



**FEDERAZIONE ITALIANA
di MEDICINA di EMERGENZA-URGENZA e CATASTROFI**

SIMEU, SIMEUP, CoMES, SMI, SNAMI-ES, SPES, CIMO, ANAAO

AUDIZIONE

XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

19 febbraio 2015

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA



ALLARME

MINISTERO DELLA SANITA
Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996
"Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992".



SISTEMA TERRITORIALE DI SOCCORSO



RETE DI SERVIZI

FUNZIONALMENTE DIFFERENZIATI E GERARCHICAMENTE ORGANIZZATI
PPI - PS - DEA I - DEA II





OBIETTIVO DI SALUTE IN EMERGENZA



l'identificazione di un percorso del paziente critico comune alla fase extra ed intraospedaliera, con il totale coinvolgimento di tutte le professionalità mediche, infermieristiche e tecniche che presidiano tale percorso, assicurando adequati livelli di assistenza dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente, tramite formazione specifica ed interdisciplinare, utilizzando linee guida diagnostico-terapeutiche sottoposte a verifica periodica.





NORMATIVA ITALIANA RELATIVA AL SISTEMA DELL'EMERGENZA



<p>D.P.R. 27 Marzo 1992</p>	<p>Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza</p>
<p>Consiglio Superiore di Sanità Seduta del 12 Febbraio 1992</p>	<p>Documento sul sistema delle emergenze sanitarie</p>
<p>Presidenza del Consiglio dei ministri</p>	<p>Comunicato relativo al D.P.R. 27 Marzo 1992, recante atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza</p>
<p>Decreto 15 Maggio 1992</p>	<p>Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza</p>
<p>Ministero della Sanità Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996</p>	<p>Atto di intesa tra stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione D.P.R. 27 Marzo 1992</p>





SISTEMA INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA



Per sistema dell'emergenza sanitaria si intende l'integrazione delle varie competenze professionali che ruotano intorno al problema "emergenza", in grado di consentire un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi, la quale, una volta attivata, consente la continuità delle cure secondo una sequenza logica di interventi, dall'allarme alla centrale operativa fino al trattamento mirato del paziente.



- ❑ Disomogeneità organizzativa su tutto il territorio nazionale
- ❑ Scarsa cultura in tema di emergenza anche tra professionisti sanitari
- ❑ Scarsa ricerca e valutazione outcome dei vari modelli



Società scientifiche e lavori di commissioni

TASK FORCE

Standard Strutturali ed organizzativi delle Emergenze Sanitarie in Italia”

Linguaggio comune

GLOSSARIO PER L'EMERGENZA URGENZA FIMEUC





Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza Catastrofi
FIMEUC

www.fimeuc.org

Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi
SIMEU. SIMEUP. CoMES. SMI. SNAMI-ES. SPES. CIMO-ASMD. ANAAO

MANIFESTO FIMEUC 2014-16

ORGANIZZAZIONE E RISORSE

Prevedere e normare un ***dipartimento monospécialistico*** integrato territorio ospedale dell'emergenza su base provinciale o di area vasta (bacini di 600000-1200000 abitanti su cui insiste la CO) cui devono afferire mezzi di soccorso, CO118, punti di Primo Intervento, PS e OBI generale e pediatrica e MU semintensiva) delle aziende (ospedaliere, ospedaliero-universitario, territoriali, IRCCS o delle aziende regionali 118) che insistono sul territorio/bacino e prevedere nel regolamento la ***rotazione del personale sulle varie articolazioni***, al fine di favorire la ***figura del medico unico dell'emergenza***.





Realizzare la istituzione delle OBI generali e pediatriche e delle MEU-semintensive per i bacini indicati dal regolamento sugli standard

Rivedere gli standard di personale del settore dell'emergenza tenendo conto dei tempi minimi da dedicare ad ogni paziente nei PS generali e pediatrici e nell'emergenza pre-ospedaliera, da parte del personale medico e infermieristico (standard FIMEUC 2012).



Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza



ORGANIZZAZIONE E RISORSE



Valorizzare il ruolo specifico dell'infermiere e le competenze professionali nell'ambito dell'emergenza urgenza.

Rivedere il numero di mezzi sul territorio in relazione all'introduzione necessaria dell'auto medica

Ottimizzare la formazione del personale non sanitario volontario laico e tecnico



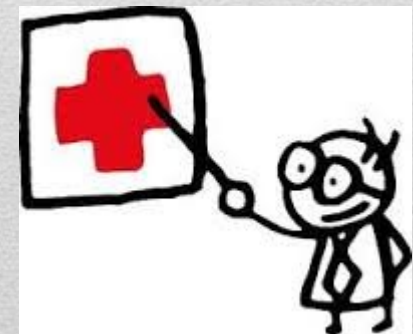


Rinominare l'attuale disciplina MCAU in medicina di emergenza-urgenza in coerenza con la denominazione attuale del diploma di specializzazione di medicina di emergenza-urgenza

Apportare modifiche al decreto sui Flussi EMUR (dicembre 2008) al fine di rilevare le attività delle OBI

Attribuire un codice di disciplina alle attività di ricovero in medicina d'urgenza (MEU-semintensiva) al fine di censire e monitorare le attività, oggi erroneamente confluite nella medicina interna codice 26.

“Si può migliorare solo ciò che si può misurare”





ACCESSO ALLE POSIZIONI LAVORATIVE



Solo nel 2006, con il Decreto Ministeriale n. 118 viene istituita la scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza (Gazzetta Ufficiale del 22-5-2006) che parte nel 2009 e quest'anno consegna solo 100 specialisti.

Aumentare i contratti per la specializzazione di medicina di emergenza urgenza per coprire progressivamente il nuovo fabbisogno e permettere l'accesso alla specialità dei medici che già operano nel settore

Ridurre il numero delle equipollenze ed affinità (35)

Medical Training:
A New Specialty in Emergency Care Causing Fierce Debate in Hospitals

By HOWARD W. FRENCH

In a major change over the past 10 years, emergency rooms in many American hospitals have begun to rely on a corps of doctors trained in an entirely new medical specialty: emergency room medicine.

The change, which entails new residency programs in emergency medicine, has prompted fierce debate, especially in the Northeast, where resistance has been strongest at some of the country's most prestigious and conservative medical schools.

Traditionally, emergency rooms have been staffed by junior doctors of medical or surgical departments, or part-time physicians viewing or ending their careers. But supporters of the new programs in emergency medicine insist that specialists are better equipped to deal with complications of the new specialty and

initial hospital and an associate professor of medicine at Albert Einstein Medical College. The college is one of three out of the seven medical schools in New York City that offer emergency residencies.

Lurking behind many of the objections to the new discipline, many doctors say, is an old-fashioned ego battle. Emergency rooms have long been dominated by departments of internal medicine or surgery. With the spread of emergency medicine, these

Proponents of the new discipline say that the broad experience gained in emergency residencies prepares specialists to make critical diagnoses and initial treatment decisions much more rapidly than would be possible if a hospital had to call on the appropriate internist or surgeon each time a seriously ill patient was wheeled in.

Discipline Began in 1978

According to the American College of Emergency Physicians, 38 percent of the physicians practicing in emergency rooms nationwide are "board certified" in emergency medicine, meaning they have completed the residency programs or passed the written and oral examinations that were established in 1978, when the discipline was formally recognized. In New York State, only 15 percent of emergency room doctors are board-certified.

Principals of the new programs say

How to handle crises: change clashes with tradition, and some see a battle of egos.





Con la finanziaria del 2004, il settore della sanità subisce più di ogni altro tagli che si concretizzano nelle regioni sottoposte a rientro (ben 11 all'inizio del 2005) al blocco del turnover con la conseguenza di un rinnovo continuo dei contratti di dipendenza a tempo determinato e del ricorso a contratti atipici per aggirare il blocco e nel contempo assicurare i LEA.



STABILIZZAZIONE

Riattivare l'articolo 8.1bis del D.Lgs 229/del 1999 per portare a termine il passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza preospedaliera che hanno maturato i requisiti

Accelerare le procedure per la stabilizzazione dei medici della emergenza ospedaliera con contratto dipendente a tempo determinato da più di tre anni e nelle regioni in piano di rientro al netto dello sblocco del turnover sui cessati

Riconsiderare la stabilizzazione dei medici con contratti atipici la cui attività sia stata fondamentale per i LEA in emergenza-urgenza, previa verifica dell'adeguatezza delle competenze e del curriculum.



DEFINIZIONE DI INDICATORI CONDIVISI ANCHE PER L'EMERGENZA SANITARIA

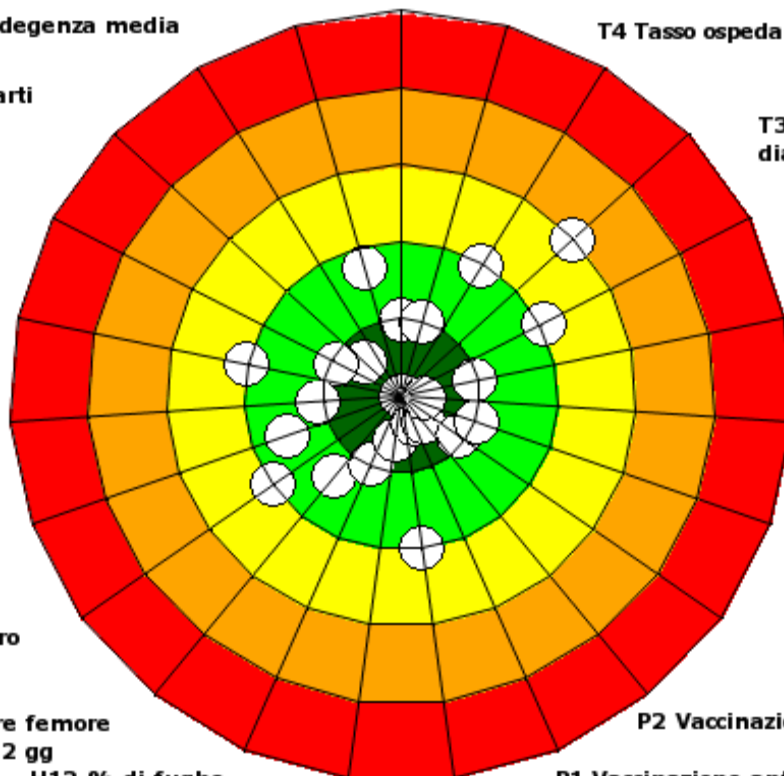
Emilia - Romagna

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)

- H1_1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
- H2 Indice performance degenza media DRG chirurgici
- H3 % DRG medici da reparti chirurgici
- H4 % colecistectomie laparoscopiche Day surgery
- H5 DRG Lea chirurgici: % ricoveri Day Surgery
- H6 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione

- T9 Ricoveri DH medico con finalità diagnostica
- T4 Tasso ospedalizzazione BPCO
- T3 Tasso ospedalizzazione diabete globale
- T2 Tasso ospedalizzazione scompenso



- P6 Adesione screening colon-retto
- P5 Estensione screening colon-retto
- P4 Adesione screening mammografico
- P3 Estensione screening mammografico
- P2 Vaccinazione pediatrica
- P1 Vaccinazione antinfluenzale

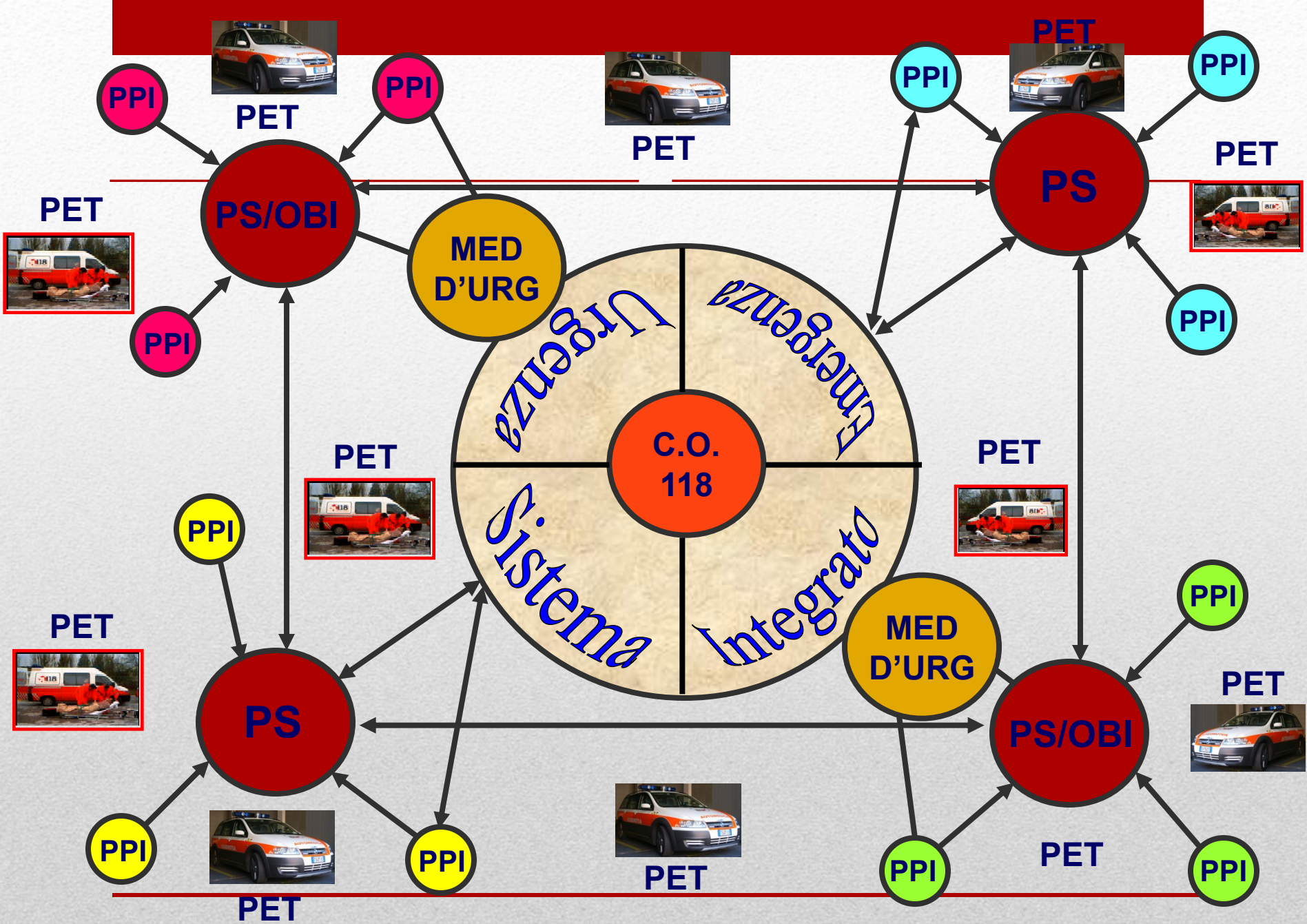
Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



ESSERE PRONTO
AIUTA IL SOCCORSO





Grazie per l'attenzione

