



## **RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA “118” E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE - DISEGNI DI LEGGE NN. 1715 – 179 – 1127 – 1634 - 2153 e 2231**

*Senato della Repubblica – Commissione Igiene e sanità –*

**Contributo FIMEUC**

**16 settembre 2021**

La FIMEUC, Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi, ritiene fondamentale una riorganizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria, pre-ospedaliero (118) ed ospedaliero (Pronto Soccorso), mediante la piena applicazione delle Reti delle patologie tempo-dipendenti, a tutela della salute del cittadino, attraverso l'adozione universale su tutto il territorio nazionale di un modello che integri strutturalmente e funzionalmente l'emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera. Le attuali proposte di Riforma del Sistema di Emergenza-Urgenza Sanitaria “118” e Disciplina dell'Autista Soccorritore, prevedono interventi normativi per superare il DPR 27 marzo 1992 (Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la Determinazione dei Livelli di Assistenza Sanitaria di Emergenza) e l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria del 11 aprile 1996. Tuttavia gli interventi proposti non prevedono la necessaria evoluzione del sistema di emergenza pre-ospedaliero di concerto con il sistema di emergenza ospedaliero, anche alla luce delle Riforme del SSN intervenute successivamente al 1996 e, soprattutto, dell'istituzione, nel 2006, della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza. La pandemia Covid ha drammaticamente evidenziato le criticità del sistema territoriale della Sanità, specie dove i sistemi regionali, tutti differenti tra loro, sono da sempre orientati verso un approccio ospedale-centrico. E' necessario prevedere un sistema di Emergenza Sanitaria integrato, pubblico, equo ed universalistico dove l'emergenza sanitaria territoriale, pre-ospedaliera, costituisca la connessione indispensabile tra territorio ed ospedale, mediante l'istituzione dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza Integrati. Senza il necessario intervento normativo che preveda uno strategico miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari del soccorso e se non verranno previsti gli opportuni riconoscimenti giuridici, normativi, economici, e garanzie di carriera, si verificherà un progressivo abbandono del personale medico ed infermieristico dal 118 e dai Pronto Soccorso. Il rischio sempre più imminente è che il sistema di Emergenza sia profondamente debilitato e reso insufficiente, anche per il verificarsi di iniziative al limite della norma a scapito della qualità del servizio, non solo negli eventi epidemici o catastrofici, ma anche nelle attività di soccorso quotidiane. L'ultimo segno del profondo malessere è stata la recente mancata assegnazione di ben 456 borse di studio in Medicina di Emergenza-Urgenza; tuttavia già da tempo sono segnalati abbandoni dei medici 118 per esercitare in altri settori; in molti PS e 118 l'organico è ormai drasticamente ridotto, più che dimezzato, e deve essere integrato con ordini di servizio rivolti a medici di altre specialità e di altri reparti ordinari; alcuni concorsi per medici di emergenza sono andati deserti; è noto il fenomeno dell'abbandono delle scuole di specializzazione; in alcune realtà il ricorso a contratti di lavoro atipici per medici senza la necessaria competenza specialistica, in modalità diretta od indiretta, tramite agenzie o cooperative od altre associazioni è diventato ormai predominante, mettendo in crisi i Livelli Essenziali di Assistenza. Pochissimi sono i medici che vogliono e vorranno esercitare in questo settore che è strategico per tutto il SSN in termini di equità e di accesso alle cure.

La FIMEUC auspica pertanto che le proposte di legge in esame possano giungere a una riforma del Sistema che sia fondata sulla creazione di un modello dipartimentale, sulla figura del medico specialista in emergenza-urgenza e del medico dell'emergenza attualmente operativo con contratto di convezione MMG, che operando da almeno 5 anni deve essere inquadrato a domanda nella Dirigenza Medica, sulla professionalità dell'infermiere di emergenza e dell'autista soccorritore, e sul supporto di volontari formati e convenzionati.

Perché si realizzi tutto questo FIMEUC ritiene fondamentali i principi organizzativi e gestionali di seguito descritti.

**IL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA NAZIONALE DEVE ESSERE UN SISTEMA INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA SANITARIA PRE-OSPEDALIERA ED OSPEDALIERA, FINALIZZATO AD ASSICURARE LA GESTIONE SUL TERRITORIO E NEGLI OSPEDALI DELLE EMERGENZE E DELLE URGENZE SANITARIE.**

**IL SISTEMA INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA È COSTITUITO DA DUE COMPONENTI:**

**A) Il Sistema di Emergenza Pre-ospedaliero, articolato nel**

**\* Sottosistema di Centrale Operativa 118**

**\* Sottosistema di Emergenza Pre-ospedaliera con Unità Mobili e Team di Soccorso**

**B) Il Sistema di Emergenza Urgenza ospedaliero denominato Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza, similmente alla specifica disciplina (MeCAU) è articolato funzionalmente in**

**\* Pronto Soccorso ed Osservazione Breve Intensiva (OBI)**

**\* Medicina d' Urgenza (MU) comprendente la degenza breve e semintensiva.**

L'EMERGENZA PRE-OSPEDALIERA ED I SERVIZI DI EMERGENZA OSPEDALIERA COSTITUISCONO IL DIPARTIMENTO INTEGRATO DI EMERGENZA (DIE). Il DIE è un Dipartimento orizzontale, mono specialistico, con area di competenza provinciale ma anche interprovinciale o di area vasta o area metropolitana dove insistono ospedali gerarchicamente organizzati nel modello di reti tempo dipendenti e Hub & Spoke. Il DIE rappresenta l'aggregazione funzionale di più Strutture Complesse e Strutture semplici dipartimentali che, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico assistenziale, riconoscono la reciproca interdipendenza adottando percorsi clinico-assistenziali integrati, al fine di assicurare una gestione appropriata e tempestiva delle emergenze e delle urgenze sanitarie.

IL SISTEMA DI EMERGENZA PREOSPEDALIERO garantisce, in situazioni di emergenza urgenza interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla valutazione, diagnosi, trattamento e stabilizzazione del paziente, sia adulto che pediatrico assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato della Rete ospedaliera di riferimento e con livello assistenziale adeguato al bisogno di salute.

La CENTRALE OPERATIVA 118 (CO118) è una struttura complessa (U.O.C.) a dimensione prevalente provinciale o sovra-provinciale, dotata di numero di accesso breve ed unico (1-1-8/1-1-2) su tutto il territorio nazionale, che governa con risposta immediata tutti i collegamenti di allarme sanitario, le attività cliniche ed i percorsi assistenziali dell'intero Sistema di Emergenza nell'arco delle 24 ore. Alla sua direzione è posto un direttore di struttura complessa appartenente alla disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza tenendo conto nella valutazione dei titoli per i medici provenienti dalla convenzione.

Le POSTAZIONI DI EMERGENZA 118, mobili e fisse, sono costituite da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie con dislocazione strategica sul territorio; sono dimensionate alla popolazione ed alla tipologia/estensione di aree geografiche e sono organizzate per aree con più postazioni territoriali. Un'area con più postazioni territoriali è una UOS /UOC diretta da un Dirigente medico.

L'UNITÀ OPERATIVA MOBILE AUTOMEDICA prevede a bordo 1 Medico di emergenza ed 1 infermiere di emergenza con la presenza di personale di supporto adeguatamente formato in emergenza con funzione di autista e Soccorritore. Questo modello consente un rapido intervento e trattamento medico a rete con altre unità mobili di soccorso adibite al trasporto.

L'UNITÀ MOBILE AMBULANZA MEDICALIZZATA prevede strumentazioni e presidi con a bordo personale sanitario: 1 medico, 1 infermiere con la presenza di un autista soccorritore ed un altro soccorritore debitamente formati. Questo modello consente il monitoraggio dei parametri vitali, trattamento ed il trasporto del paziente.

È PREVISTA UNA POSTAZIONE MOBILE DI SOCCORSO MEDICALIZZATO CON A BORDO MEDICO ED INFERMIERE, OGNI 60.000 ABITANTI IN AREA URBANA E OGNI 100.000 ABITANTI IN AREA METROPOLITANA, OGNI 350 Km2 IN AREA EXTRAURBANA, OGNI 700 Km2 IN AREA RURALE-MONTANA TENENDO CONTO DEL CORRETTIVO OROGEOGRAFICO E DI VIABILITÀ STRADALE.

L'UNITÀ MOBILE AMBULANZA INFERMIERISTICA è una ambulanza di soccorso, attrezzata con strumenti e presidi con a bordo 1 infermiere, 1 autista soccorritore ed 1 soccorritore debitamente formato. Provvede al trasporto e monitoraggio ed effettua atti sanitari sul paziente secondo i protocolli della CO 118.

L'UNITÀ MOBILE AMBULANZA CON SOCCORRITORE è una ambulanza attrezzata per il trasporto di base ed il monitoraggio dei pazienti con 1 autista soccorritore, 2 soccorritori debitamente formati.

L'UNITÀ MOBILE AD ALA ROTANTE (Eliambulanza) prevede la presenza di 1 medico specializzato in emergenza-urgenza o di un medico di emergenza di comprovata esperienza e di 1 infermiere di emergenza, con comprovata conoscenza delle tecniche di rianimazione avanzata e supporto delle funzioni vitali. Il rimanente personale tecnico è costituito dal pilota (comandante a bordo) e tecnico, che in caso di configurazione HSAR svolge la funzione di specialista verricellista. Il servizio di elisoccorso garantisce la medicalizzazione in un'area territoriale ben definita (è auspicabile un tempo di volo non superiore a 20', in cui non sia possibile raggiungere il paziente, in tempi rapidi, con altro vettore medicalizzato ovvero per necessità di centralizzazione protetta).

L'UNITÀ MOBILE PER IL SOCCORSO IN ACQUA (Idroambulanza) interviene per il soccorso in acqua e per il trasporto da postazione insulari al presidio ospedaliero Spoke/HUB su terra ferma, sovente in sinergia con la Marina Militare e la Capitaneria di Porto. L'equipaggio è costituito dal comandante, dirigente medico di emergenza ed infermiere della postazione. La dotazione tecnologica è quella di una Unità Mobile di Soccorso con medico ed infermiere.

I PUNTI DI PRIMO INTERVENTO sono previsti nell'ambito delle normative nazionali e regionali; possono coincidere con una postazione di emergenza pre-ospedaliera presente in una struttura ospedaliera. La presenza di PPI trova il suo razionale unicamente in aree a bassa/media densità di popolazione nelle quali il PS di riferimento sia difficilmente raggiungibile. I PPI devono garantire, nei propri orari di operatività (variabile dalle 12 alle 24 ore), la presenza costante di personale medico ed infermieristico dedicato. Il personale medico ed infermieristico appartiene al Sistema di Emergenza Pre-ospedaliera o alla UOC di MeCAU del DIE di riferimento o ad entrambi.

IL SISTEMA DI EMERGENZA OSPEDALIERO (MeCAU) è costituito dalla struttura complessa di Medicina d'Urgenza e deve garantire una risposta immediata ed appropriata di accoglienza e presa in carico, in rapporto alla complessità del quadro di presentazione e tipologia dell'ospedale sede della struttura come DM 70. Le UOC di MeCAU nell'ambito della propria struttura ospedaliera, sono inserite nei Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA) di I o II livello nella rete ospedaliera Hub-Spoke.

Il PRONTO SOCCORSO generale o pediatrico (ove esistente) è la struttura organizzativa dell'emergenza-urgenza deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e agli altri interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strumentali di urgenza, e a garantire il trasferimento in continuità di soccorso (ove appropriato) all'ospedale di riferimento HUB (Reti per IMA, Ictus, Traumi Maggiori). E' ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera. Il Personale medico appartiene alla Struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. E' dotato di

postazioni assistenziali di Osservazione Breve Intensiva (senza DRG). Il presidio ospedaliero sede di PS deve garantire 24 h/24: Attività di chirurgia generale, medicina interna, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, trasfusionale, farmaceutica.

L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA è una articolazione organizzativa della MeCAU caratterizzata da percorsi clinico-assistenziali che consentono la gestione di problemi clinici in urgenza entro 36 ore senza ricorso al ricovero ordinario, attraverso valutazioni clinico-strumentali "intensive" ovvero compresse in tempi brevi. E' dotata di 1 postazione ogni 4-6000 accessi, il 40% dei quali monitorizzabili.

L'AREA DI DEGENZA DELLA MEDICINA DI URGENZA è dedicata alla gestione di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso (area rossa - Emergenza) critici o a elevato rischio di instabilità (area Gialla-Urgenza indifferibile) che necessitano di un periodo prolungato di stabilizzazione prima del trasferimento nel reparto più appropriato a timing definito (massimo 72h). I pazienti non devono richiedere Ventilazione Meccanica Invasiva e/o monitoraggio emodinamico invasivo. Il numero di posti letto, 4pl/100pl dell'ospedale, comprende almeno il 30% dei letti monitorizzati, con rapporto infermiere /paziente pari a 1:4 ed 1 medico h/24.

Il Dipartimento Integrato di Emergenza afferisce al DIPARTIMENTO DI EMERGENZA REGIONALE o equivalente al fine di garantire una visione unitaria, nonché coordinata e integrata dal punto di vista gestionale, dei processi e dei percorsi clinici, assistenziali, organizzativi e gestionali da assicurare all'utenza in caso di emergenza-urgenza sanitaria sull'intero territorio regionale sia in ambito pre-ospedaliero che intraospedaliero. A capo del DIE è posto un direttore delle unità operativa complessa (UOC) che compongono il Dipartimento Integrato di Emergenza, nominato a rotazione ogni 3 anni. Il direttore del DIE è componente di diritto, senza oneri aggiuntivi, del Consiglio di direzione del Dipartimento regionale. Ove a livello provinciale l'estensione del territorio provinciale ricomprenda diverse aziende sanitarie, le stesse provvedono alla costituzione di un unico Dipartimento provinciale che, in tal caso, si configura quale dipartimento interaziendale.

IL PERSONALE DEL SISTEMA INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA, È COMPOSTO DA PERSONALE STABILMENTE DEDICATO AL SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA PRE-OSPEDALIERO ED OSPEDALIERO CON RAPPORTO DI DIPENDENZA A TEMPO INDETERMINATO.

I Medici impiegati nel Sistema di Emergenza Integrato afferiscono alla Disciplina Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza mediante procedura concorsuale. Il personale medico dell'emergenza attualmente operativo con contratto di convezione MMG da almeno 5 anni ed in possesso dell'idoneità all'emergenza, deve essere inquadrato a domanda nella Dirigenza Medica con contratto CCNL vigente, al fine di creare organici unici dedicati all'Emergenza. Tutte le strutture di emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera, mediante convenzione con le Università costituiscono Centro di formazione per i laureandi in Medicina e Chirurgia, per i laureandi in Scienze Infermieristiche e per gli specializzandi in Medicina d'Emergenza - Urgenza. Costituiscono inoltre centro di formazione per i Tirocinanti in Medicina Generale. I professionisti, pur in assenza di titolo di specializzazione in medicina di Emergenza Urgenza o in discipline equipollenti o affini, transitati nei ruoli della dirigenza medica vedono riconosciuta la qualifica di dirigente medico nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e l'anzianità di servizio maturata in convenzione. Gli infermieri del DIE sono assunti mediante procedure concorsuali pubbliche. Per i mezzi mobili di soccorso il Sistema di Emergenza Pre-ospedaliera si avvale anche di personale non sanitario formato per le funzioni di autista soccorritore. Per tali funzioni di supporto e trasporto possono altresì essere stipulati apposite convenzioni con le organizzazioni di volontariato. A tutto il personale che opera nel sistema di emergenza sono riconosciute la specificità del lavoro e la continuità assistenziale H24, specifiche indennità di rischio ambientale e lavorativo, Nucleare, biologico, chimico e radiologico, definite in ambito nazionale con adeguato e specifico riconoscimento economico.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

MANIFESTO FIMEUC 2021-2022 [www.fimeuc.org](http://www.fimeuc.org)

Standard di riferimento 2021 per le unità di Medicina di Emergenza Urgenza (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) nella rete ospedaliera italiana MODELLI ORGANIZZATIVI E PERSONALE - SIMEU 29 maggio 2021-

EUROPEAN CORE CURRICULUM FOR EMERGENCY MEDICINE VERSION 2.0 – EUSEM - marzo 2019

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

Visto il decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 7, del citato decreto legislativo che prevede l'elaborazione di apposite linee guida per l'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 1 marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994 - 1996, recante i livelli di assistenza da assicurare, in condizioni di uniformità, a tutti i cittadini;

Visto, in particolare, il capitolo 4, paragrafo B, del Piano sanitario nazionale che individua tra le priorità di intervento del Servizio sanitario nazionale l'attivazione e l'organizzazione delle strutture e delle attività di emergenza; Ritenuta l'opportunità di definire criteri ed indirizzi uniformi sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto della recente evoluzione legislativa nonché dell'esperienza fin qui maturata da numerose regioni; Visto l'art. 12, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400; Visto l'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241;

Lo Stato, nella persona del Ministro della sanità, e le regioni, nella persona del presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome, nel corso della seduta dell'11 aprile 1996 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano,

Visto l'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria specializzazione di "Medicina d'Emergenza-Ur in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. (GU Serie Generale n.114 del 17-05-1996);

Visto il DPR 10 dicembre 1997 n. 484: requisiti per l'accesso alla dirigenza medica con Inserimento della Disciplina in "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza";

Visto l'Accordo del 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria";

Vista la Conferenza Stato-Regioni 22 maggio 2003: Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza;

Vista l'Istituzione disciplina "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza" – 1997 - DPR 484;

Visto il Decreto Ministeriale 17 febbraio 2006 (G.U. 23 maggio 2006 n°118): Approvazione della Scuola di

Visto il Decreto Ministeriale 22 gennaio 2008 (GU n. 48 del 26-2-2008 ): Integrazione del decreto 29 agosto 2006, con gli standard e requisiti minimi, relativi alla scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza.

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 6 marzo 2015, che disciplina le procedure concorsuali per la stabilizzazione del personale precario del Sistema delle Emergenze Sanitarie;

Visto il Patto della Salute 2014-2016 che riorganizza il territorio, istituendo le Unità Complesse di Cure Primarie, il numero 115117 per le cure non urgenti, gli Ospedali di Continuità, la ridefinizione dei bacini di utenza delle CO 118, l'adozione del Numero Unico Europeo 112;

Visto il DM 70 02 aprile 2015 che definisce gli Standard qualitativi, strutturali , tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera

Visto il Decreto di Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 che nei nuovi LEA individua le attività di Emergenza territoriale come assistenza distrettuale e quella di Pronto Soccorso come assistenza Ospedaliera;