

LE PROPOSTE OPERATIVE

Organizzazione e risorse

1. Prevedere e normare un dipartimento funzionale dell'emergenza monospecialistico integrato territorio-ospedale, in linea preferenziale su base provinciale o di area vasta (bacini di 600.000-1.200.000 abitanti su cui insiste la CO). A tale dipartimento devono afferire mezzi di soccorso (base, intermedio ed avanzato), CO118, punti di Primo Intervento, PS con OBI generale e pediatrica e MEU-semintensiva delle aziende (ospedaliere, ospedaliero-universitario, territoriali, IRCCS o delle aziende regionali 118) che insistono sul territorio/bacino. Il regolamento del Dipartimento deve prevedere la rotazione del personale sulle varie articolazioni, al fine di favorire la figura del medico unico dell'emergenza. Il regolamento deve inoltre prevedere per i direttori delle UOC che vi afferiscono la rotazione per la posizione apicale di capo del dipartimento monospecialistico integrato. Nei bacini serviti da diverse tipologie aziendali, ivi compresa la azienda regionale 118, il Dipartimento monospecialistico potrà assumere la caratteristica di dipartimento interaziendale. I dipartimenti integrati d'emergenza fanno riferimento ad un Centro di Coordinamento Regionale, costituito dai direttori dei Dipartimenti che insistono nella regione e da un numero limitato dei Direttori delle UO, dai dirigenti degli uffici regionali competenti e degli uffici dell'assessorato alla sanità.

Istituire le OBI generali e pediatriche e le MEU-semintensive e le Pediatrie di Emergenza-Urgenza-semintensiva, preferibilmente una unica UOC che includa PS-OBI e MEU-semintensiva e dove previste PS-OBI-Pediatria EU-semintensiva, per i bacini indicati dal regolamento sugli standard, in accordo con le Linee Guida di indirizzo su Triage e Osservazione Breve prodotte dal Tavolo tecnico istituzionale intersocietario istituito presso il Ministero Salute il 12/12/2012.

2. In coerenza con il DM 70/2015 e in accordo con le indicazioni del documento "Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica" elaborato dal Tavolo Tecnico Agenas - Ministero della Salute -Regioni, è necessario istituire in ogni Regione una Rete Pediatrica dell'Emergenza - Urgenza, come un sistema integrato di servizi che a livello ospedaliero e territoriale rispondano ai bisogni di salute in condizioni di emergenza e/o urgenza del bambino lungo tutta l'età evolutiva, con una governance fatta dai pediatri che sono le uniche figure ad avere le competenze atte alla valutazione ed al trattamento del bambino in tutte le peculiarità fisiopatologiche delle diverse età evolutive.
3. Rivedere gli standard di personale del settore dell'emergenza. Per quanto riguarda il personale medico e infermieristico dell'emergenza pre-ospedaliera si fa riferimento agli Standard FIMEUC 2012. Per quanto riguarda il personale dei Pronto Soccorso generali e pediatrici si sottolinea la necessità di tenere sempre conto non solo dei tempi minimi da dedicare ad ogni paziente o dei tempi massimi teorici di permanenza, ma anche dei dati rilevabili dai flussi informativi per quanto riguarda i tempi reali di permanenza dei pazienti in PS divisi per codice di accesso e per esito.
4. Modificare i criteri per il triage ospedaliero generale e pediatrico, stabilendo un sistema a 5 livelli, che permette di meglio distribuire i pazienti in accesso per livelli di priorità e di meglio indirizzarli a percorsi con diversa intensità assistenziale (vedi Linee Guida di indirizzo su

Triage e Osservazione Breve prodotte dal Tavolo tecnico istituzionale intersocietario istituito presso il Ministero Salute il 12/12/2012.)

Flussi informativi

1. Rinominare l'attuale disciplina Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (MCAU) in Medicina di emergenza-urgenza (MEU) in coerenza con la denominazione attuale del diploma di specializzazione di Medicina di emergenza-urgenza.
2. Variare nelle specifiche tabelle di equipollenza la dizione "Medicina d'urgenza" in "Medicina di emergenza-urgenza" e in coerenza rinominare in modo definitivo ed univoco il reparto di degenza in Medicina di emergenza-urgenza semintensiva.
3. Apportare modifiche al decreto sui Flussi EMUR (dicembre 2008) al fine di rilevare gli accessi alle OBI e di poter valutare e riconoscere le attività che le caratterizzano.
4. Implementare un sistema di indicatori di efficacia e sicurezza dei LEA in emergenza urgenza più appropriato in relazione agli esiti, con le necessarie modifiche degli articoli 7 e 37 del DPCM /2016 sui LEA (vedi proposta FIMEUC) per la ridefinizione delle prestazioni da erogare in emergenza per gli adulti e bambini nel contesto della organizzazione hub spoke e nella organizzazione a rete prevista dal DM 70/2015.
5. 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 o astanteria codice 51

Accesso alle posizioni lavorative e stabilizzazioni

1. Aumentare il numero dei contratti per le Scuole di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza per coprire progressivamente il fabbisogno (stimato in 250-300 medici/anno) e permettere l'accesso alla specialità dei medici che già operano nel settore.
2. Prevedere a regime il reclutamento del medico di emergenza unico attraverso una procedura concorsuale ed il requisito della specialità.
3. Privilegiare nella individuazione delle figure mediche apicali e delle figure di coordinamento per i servizi di emergenza-urgenza le competenze specifiche e i curriculum formativo professionali maturati nell'ambito della emergenza urgenza.
4. Rivedere il sistema delle equipollenze, riducendo quelle previste per la Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (in futuro Medicina di emergenza-urgenza), anche con l'obiettivo di incrementare progressivamente la percentuale di medici attivi nel settore che siano in possesso della specialità in medicina di emergenza-urgenza. In questo percorso sarà comunque necessario prevedere modalità che non mettano a rischio la piena occupazione dell'area.
5. Ridurre il numero di affinità ed equipollenze anche per l'accesso alla direzione di struttura e ribadire come indispensabile l'anzianità di servizio nelle articolazioni dell'area di emergenza urgenza.

6. Riattivare l'articolo 8.1bis del D.Lgs 229/del 1999 per portare a termine il passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza pre-ospedaliera che hanno maturato i requisiti e che ne facciano richiesta.
7. Concludere le procedure per la stabilizzazione dei medici della emergenza ospedaliera con contratto dipendente a tempo determinato da più di tre anni e prevedere anche 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.