



Federazione Italiana di Medicina d' Emergenza-Urgenza e Catastrofi  
SIMEU. SIMEUP. CoMES. SMI. SPES. CIMO. ANAAO. AcEMC.

## MANIFESTO FIMEUC 2016-18

### IL SISTEMA EMERGENZA–URGENZA A 25 ANNI DALLA ISTITUZIONE. ANALISI DELLE CRITICITA' E PROPOSTE

La FIMEUC, nata nel marzo del 2009, raccoglie al proprio interno otto tra società scientifiche e associazioni rappresentative dei medici che operano in tutte le strutture del sistema dell' Emergenze Sanitaria nazionale (EMS) per complessivi 9000 iscritti, ed è fortemente impegnata nella elaborazione di modelli organizzativi per il Sistema di emergenza-urgenza. Questa attività si svolge attraverso la elaborazione di documenti, la partecipazione ai Tavoli Tecnici Istituzionali Intersocietari attivi dal 2012 presso il Ministero Salute e AGENAS e la organizzazione di eventi divulgativi e formativi. FIMEUC propone infine una analisi della normativa che ha istituito il Sistema di emergenza-urgenza e suggerisce l'adozione di provvedimenti per il suo miglioramento.

#### L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA

**Il Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992**, esattamente 25 anni fa, istituisce con l'articolo 1 il livello assistenziale di emergenza sanitaria, dandovi uniformità su tutto il territorio nazionale e prevedendo servizi e prestazioni organizzati in un sistema di allarme sanitario e in un sistema di accettazione costituito dai Pronto Soccorso e dai Dipartimenti di Emergenza.

**Il Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992** introduce i criteri per la codifica degli interventi dell'emergenza-urgenza territoriale, stabilendo codici alfa numerici e codici colore per la classificazione della criticità/priorità degli eventi che generano chiamate alle Centrali Operative (CO). Questi a loro volta determinano il tipo di intervento ed il tempo di risposta.

**L'atto di intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996** approva le linee guida del DPR 27/03/1992. Si conferma che il livello assistenziale deve prevedere in tutte le Regioni un sistema di allarme e un sistema di accettazione. Il primo è dotato di un numero telefonico breve ed universale (118) in collegamento con le CO che inviano i mezzi di soccorso (sistema territoriale di soccorso), il secondo è rappresentato dai Pronto Soccorso e dai Dipartimenti di Emergenza. Più specificamente la rete dei servizi e presidi ospedalieri viene gerarchicamente organizzata in Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso Ospedaliero con Osservazione Breve, Dipartimento di Emergenza-Urgenza ed Accettazione di primo e secondo livello, con attività di Pronto Soccorso, Osservazione Breve e Medicina d'Urgenza, dove previste. Nell'accordo si propone, tra gli obiettivi di questo modello "Hub and spoke", anche quello di ricondurre il numero dei posti letto alla normativa, riportando gli ospedali per acuti alla loro funzione, concentrando le attività in un



numero minore di presidi e separando nettamente le attività per acuti dalle attività per non acuti, attraverso processi di dismissione e riconversione di strutture preesistenti.

In merito al personale che deve lavorare nella organizzazione così definita, lo stesso DPM del 27 marzo 1992 ed il successivo atto d'intesa Stato-Regioni del 1996, stabiliscono che nel sistema di allarme (CO118 e mezzi di soccorso) lavorino medici dipendenti, fissi o a rotazione e medici titolari di continuità assistenziale che abbiano frequentato l'apposito corso regionale, ai sensi dell'articolo 22, comma 5 del DPR 41/1991. La responsabilità della CO118 viene attribuita ad un dirigente di I o II livello (preferibilmente un anestesista rianimatore) con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza.

Gli stessi atti dispongono che nel sistema di accettazione (Pronto Soccorso) vengano utilizzati a rotazione medici provenienti dai reparti e la responsabilità, anche essa a rotazione, venga affidata ad un medico con qualifica non inferiore ad aiuto e con esperienza nel settore. Per gli infermieri si prevede invece un organico dedicato e gli stessi, nello svolgimento del servizio di emergenza, vengono autorizzati a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre, atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

**Il DPR 484/97** individua la disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU) per l'attribuzione degli incarichi di Direzione di Struttura in coerenza con i requisiti specifici (anzianità di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente, ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina).

**Il DPR 483/98** individua la stessa disciplina di MCAU per l'accesso al ruolo di dirigenti di I livello e richiede, per quei medici che a gennaio del 1998 fossero privi di specializzazione nella disciplina o in disciplina equipollente o affine, i dieci anni di servizio nella disciplina.

**Il Decreto del Ministero della Sanità, 30 gennaio 1998**, individua i Servizi e le Scuole equipollenti per la disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (ben 35) e l'immediatamente successivo Decreto del Ministero della Sanità, 31 gennaio 1998, lo completa individuando le discipline affini.

**L'articolo 8.1 bis del D. Lgs. 229/ 1999** concede alle Regioni di individuare aree di attività della Emergenza territoriale e della Medicina dei servizi che, al fine del miglioramento dei servizi stessi, richiedano il passaggio ad un rapporto di lavoro dipendente dei medici addetti che siano titolari di un incarico convenzionale a tempo indeterminato da almeno cinque anni, a domanda e previo giudizio di idoneità. Questa modificazione nella tipologia del rapporto lavorativo viene concessa per i soli medici che maturino i requisiti entro l'anno 2005.

**L' accordo del 25/10/2001** tra il Ministero 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"* istituisce il triage intraospedaliero come strumento per il governo degli accessi non programmati nelle strutture per acuti e attribuisce al personale infermieristico, adeguatamente formato e che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio, tale funzione .



**Il Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza "** individua l'attività di Emergenza territoriale (assistenza distrettuale) e di Pronto soccorso (assistenza ospedaliera) tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale.

**L' accordo del 22 maggio 2003, tra Stato e Regioni fornisce le** “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”.

**Il Decreto Ministeriale n. 118/2006** istituisce la Scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza (Gazzetta Ufficiale del 22-5-2006) che parte nel 2009 in 25 sedi e che oggi diploma circa 100 specialisti ogni anno.

**L'accordo tra Governo e Regioni del 7 febbraio 2013 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"** introduce un sistema di ricezione H24 delle richieste di Assistenza primaria e una serie di percorsi basati sulla organizzazione associativa delle cure primarie anche multidisciplinari in presidi riconvertiti, nonché prenotazioni e contatti agevolati con altri specialisti.

#### **Il Patto della Salute 2014-2016:**

All'articolo 3, adotta il regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, legge 7 agosto 2012, n 135, ovvero DM 70/2015 . All'articolo 5, prevede quale forma organizzativa della medicina convenzionata le Unità Complesse di Cure Primarie (a carattere multiprofessionale) e le Associazioni Funzionali Territoriali della medicina generale per bacini di 30.000 abitanti, che hanno come scopo l'erogazione della assistenza territoriale in tutti i suoi aspetti, la garanzia della continuità assistenziale nelle 24 ore per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina generale.

Vengono inoltre istituiti il numero 116117 per le cure mediche non urgenti e gli Ospedali di comunità, per ricoveri brevi di casi non complessi in cui le condizioni domiciliari non risultino idonee alle cure o che necessitino di assistenza infermieristica continuativa.

Il Patto prevede infine la definizione di bacini più ampi per le CO118 e la adozione del Numero unico europeo di soccorso 112 .

**Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 6 marzo 2015, in tema di disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario** stabilizza i precari con contratto di dipendenza a tempo determinato e almeno tre anni di servizio negli ultimi 5 anni e prevede l'accesso a concorsi riservati per il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa presso i Servizi di emergenza urgenza, ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

**Il Decreto ministeriale n 70 dell'aprile 2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera** fissa a 3.7/1000 abitanti lo standard dei posti letto sul territorio nazionale di cui 3.0/1000 abitanti destinati agli acuti. Il modello organizzativo rimane, nel regolamento, il sistema “Hub and spoke” integrato dalle reti per le patologie tempo dipendenti. Le CO118, e i DEA di II livello insistono su



bacini di popolazione più ampi di quelli attuali (600.000-1.200.000 abitanti), per i DEA di I livello il bacino viene stabilito in 150.000-300.000 abitanti, le OBI sono previste già a partire dai Presidi Ospedalieri con funzione di PS, le Medicine d'emergenza urgenza-semintensiva a partire dai DEA di I livello. Un mezzo di soccorso avanzato è previsto per ogni 60.000 abitanti per una copertura di un territorio di 350kmq (con correttivi per le zone disagiate). L'efficacia delle cure viene garantita da indicatori di volumi ed esiti del Piano Nazionale Esiti altri sono ancora da definire.

**Il Decreto del Presidente del Consiglio novembre 2016 sui nuovi LEA** che individua ancora una volta l'attività di Emergenza territoriale nell'assistenza distrettuale e quella di Pronto soccorso nella assistenza ospedaliera.

**L'accordo Stato Regioni del novembre 2016: "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117"**, richiamando il documento integrativo dell'atto di indirizzo della medicina convenzionata approvato dal Comitato di settore, comparto Regioni Sanità, nella riunione del 13 aprile 2016, l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e il Patto della salute 2014-2016, istituisce di fatto un sistema di assistenza primaria H16, sospendendo la continuità assistenziale dalle ore 24.00 alle ore 8.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 20.00 del sabato. In questo modo l'assistenza primaria nelle ore di non attività della continuità assistenziale viene riversata sui Pronto Soccorso tanto per gli adulti che per il bambino.

## L'ANALISI DI FIMEUC

A 25 anni dal DPR 27/03/1992 il Sistema della emergenza urgenza rappresenta ancora il punto di riferimento che, in ogni ora del giorno e in ogni giorno dell'anno, offre una risposta sanitaria ai cittadini con patologie tempo dipendenti, a quelli con altre condizioni cliniche acute a rischio evolutivo, ma anche alle nuove tipologie di utenti (poveri, anziani, migranti) che non trovano altrove una risposta adeguata alla loro sofferenza reale o percepita. In questo senso è indubbio che il Sistema di emergenza-urgenza sia il settore della Sanità italiana che più di ogni altro ha il carattere della universalità e della sussidiarietà. Un Sistema che continua ad erogare servizi, anche se con sempre maggiore fatica e nonostante i tagli imposti al SSN dalle leggi finanziarie che si succedono dal 2004, grazie alle capacità organizzative e alle competenze professionali dei suoi operatori (vedi i curricula delle Scuole di specializzazione in medicina di emergenza urgenza e gli standard FIMEUC).

L'Annuario Statistico Nazionale del 2013 parla di una contrazione del 4% del numero di strutture pubbliche e del 1,4% del numero di strutture private accreditate per effetto degli interventi di razionalizzazione delle reti ospedaliere effettuati nel periodo in esame. Sempre nel 2013, anno in cui erano disponibili poco più di 199.000 posti letto per degenza ordinaria (3.72 posti letto ogni 1.000 abitanti dei quali solo 3.13 per acuti, a fronte di una media europea di circa 5.5/1000), con Pronto Soccorso presenti nell'81,6% degli ospedali si sono registrati circa 3.4 accessi al Pronto Soccorso ogni 10 abitanti, per un totale di 20.551.053 accessi. Di questi solo il 14.7% è stato seguito da ricovero (in costante e progressiva riduzione rispetto agli anni precedenti) grazie al lavoro di stratificazione del rischio, diagnostica anche avanzata, cura e dimissione protetta svolto dai medici dell'emergenza nei PS e nelle Osservazioni Breve Intensive della cui attività, a meno di



una modifica del decreto sui flussi EMUR del 2008, non esiste traccia. Nello stesso anno erano attivi in Italia 98 PS pediatrici (nel 17.5% degli Ospedali), e si sono registrati 1.609.287 accessi al Pronto Soccorso, di cui l'8.2% (132.264) seguiti da ricovero. Erano attive 1.189 ambulanze di tipo A, 16 ambulanze pediatriche e 56 neonatali, e non è noto in quale misura le ambulanze per l'adulto fossero dotate di attrezzature e di un organico adeguati per assistere un bambino critico durante il trasporto.

L'applicazione del DM70/2015 su tutto il territorio si tradurrà a regime in una perdita di 14.043 posti letto per acuti ed in un guadagno di 6.653 posti per subacuti con una perdita totale di posti letto pari a 7.389.

Il Sistema dell'emergenza che nasce dal DPR 27/03/1992 continua da allora a rispondere a tutte le chiamate, pagando lo scotto del blocco delle autoambulanze e del *boarding* (con conseguenze sui tempi di risposta della emergenza pre-ospedaliera, sui tempi di attesa alla visita in PS, sui tempi di attesa al ricovero) con esiti dimostrati sulla prognosi dei pazienti e sulla salute degli operatori.

Su questo sistema, già al limite delle sue possibilità con un territorio che deve dare ancora le sue risposte, si riverseranno da oggi ulteriori pazienti provenienti dal settore cure primarie, grazie alla adozione del modello di assistenza H16 che vede l'operatività della continuità assistenziale fino alle ore 24.00 dei giorni feriali e fino alle ore 20.00 del fine settimana. Non è la dimensione del prevedibile incremento di accessi che spaventa, ma il fatto che questa venga programmata dalle stesse Istituzioni che da anni, insieme ai media e agli stessi cittadini, hanno riconosciuto la necessità di uno sviluppo delle cure primarie in tutte le sue forme per ridurre il carico di non appropriatezza dell'emergenza-urgenza, vicina a una situazione di collasso, dove già non l'abbia oltrepassata.

Il sistema di emergenza-urgenza, a 25 anni dalla sua istituzione, rimane ancora fortemente legato alla distinzione tra una fase territoriale (incardinata nelle attività distrettuali) e una fase ospedaliera, quando è oramai chiaro che un'integrazione dei professionisti è indispensabile per la presa in carico totale del paziente e per garantire la crescita culturale, operativa e di carriera degli operatori. Complici di questa situazione sono gli ostacoli amministrativi che derivano dalla modalità iniziale di reclutamento del personale, tra i convenzionati a tempo indeterminato della guardia medica in base all'articolo 22, comma 5 del DPR 41/1991 e in ospedale a rotazione dai reparti. È urgente riformare un sistema dove per le stesse patologie e le stesse cure operano medici con livelli di formazione diversa e con contratti diversi (dipendenza a tempo determinato o indeterminato, contratti atipici, convenzionati a tempo determinato o indeterminato) a molti dei quali (che non rientrano in nessuno degli articoli del DPCM 2015 per la stabilizzazione dei precari) è ancora impedito l'accesso alla dirigenza e alla dipendenza a causa della cessata efficacia dell'art. 8 comma 1 bis del D. Lgs. 229/99.

L'attività dell'emergenza-urgenza, sebbene inserita dal 2001 tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale, non ha visto nell'aggiornamento dei LEA del 2016 una rivisitazione degli articoli 7 e 37 pur necessaria per definire le attività e i servizi da garantire ai cittadini nella attuazione del DM70/2015 e del Patto della Salute.

Infatti il nuovo regolamento introduce il concetto di cure in rete e non nel singolo presidio, rendendo irrinunciabile una organizzazione dipartimentale e una riqualificazione degli interventi in emergenza-urgenza che, da semplici interventi di stabilizzazione diventano, nella proposta di FIMEUC, interventi di valutazione, diagnosi, trattamento e stabilizzazione del paziente adulto e



pediatrico, in virtù delle conoscenze scientifiche sopraggiunte e delle competenze acquisite. Per gli stessi motivi è opportuno anche una riclassificazione dei mezzi di soccorso in: base (con soccorritore esperto), intermedio (con infermiere del SSN) ed avanzato (con medico di emergenza ed infermiere del SSN), senza tralasciare la necessità di dotare le autoambulanze degli strumenti per l'assistenza dei pazienti pediatrici e la necessità di una formazione adeguata per il personale medico-infermieristico che assiste un bambino critico durante il trasporto

## LE PROPOSTE OPERATIVE

In considerazione di quanto sopra discusso, FIMEUC chiede misure che risolvano le criticità poste dal mutare dei bisogni e dal sovrapporsi di interventi legislativi non sempre coerenti tra di loro, al solo scopo di aumentare l'affidabilità, l'efficacia e l'efficienza del Sistema dell'emergenza-urgenza.

### 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) che ottimizzi in se le due aree dell'emergenza dell'adulto e pediatrica. 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 e salvaguardare l'area dell'emergenza pediatrica come un area dell'emergenza di alta specializzazione che necessita di formazione e personale dedicato.

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 dell'adulto e pediatrici 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.

2. Istituire le OBI e MEU-semintensive per i bacini indicati dal regolamento sugli standard e in una unica UOC che includa PS-OBI e MEU-semintensiva. Istituire altresì, laddove previste le UOC di PS-OBI e Pediatria di Emergenza-Urgenza-semintensiva e in assenza di tali UOC e/o del PS pediatrico istituire OBI pediatrica come unità funzionale della UO di Pediatria ed in contiguità strutturale con questa.



3. 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.

4. 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.

5. 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 d' 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 e spoke e nella organizzazione a rete prevista dal DM 70/2015.
5. Attribuire un codice di disciplina alle attività di ricovero in Medicina di emergenza-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 e parallelamente delle scuole di specializzazione in pediatria per permettere il ricambio ospedaliero e garantire nelle divisioni pediatriche un numero di medici idoneo a ricoprire anche le esigenze dell'emergenza pediatrica.
2. Prevedere a regime il reclutamento del medico di emergenza unico per l'adulto e del pediatra d'urgenza per l'età evolutiva 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.

La presidente  
Giovanna Esposito

La segretaria  
Fabiola Fini

Il Coordinamento Nazionale

18 marzo 2017