

# MANIFESTO FIMEUC 2021-2022





**Federazione Italiana di Medicina d' Emergenza-Urgenza e Catastrofi  
CoMES. ASSIMEFAC di SMI. Associazione Professionale di Simet-Spes. SPEME di CIMO-FESMED.**

## **MANIFESTO FIMEUC 2021-2022**

### **IL SISTEMA EMERGENZA–URGENZA A 30 ANNI DALLA ISTITUZIONE**

#### **ANALISI DELLE CRITICITA' E PROPOSTE**

La FIMEUC, nata nel marzo del 2009, raccoglie al proprio interno quattro società scientifiche e associazioni rappresentative dei medici che operano in tutte le strutture del sistema delle Emergenza Sanitaria Nazionale (EMS), ed è fortemente impegnata nella elaborazione di modelli organizzativi per il Sistema di emergenza-urgenza. Questa attività si svolge attraverso l'elaborazione di documenti, la partecipazione ai Tavoli Tecnici Istituzionali inter societari attivi dal 2012 presso il Ministero Salute e AGENAS e la organizzazione di eventi divulgativi e formativi. La FIMEUC è stata promotrice dell'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza. Dalla sua attivazione nel 2009, purtroppo sono stati attivati ogni anno troppo pochi contratti a fronte di un fabbisogno stimato di più di mille medici/anno. La FIMEUC è impegnata altresì nel riconoscere la professionalità di chi opera nei sistemi di emergenza urgenza auspicando un unico inquadramento giuridico e contrattuale con il superamento di ogni forma di precariato. La FIMEUC ritiene che la figura del Medico Specialista in Medicina di Emergenza-Urgenza, con le sue competenze sempre più ampie e specifiche in linea con le moderne acquisizioni scientifiche, debba divenire protagonista principale di tutto il processo clinico terapeutico che si incentra sul paziente critico, dal territorio fino all'ospedale. FIMEUC partendo da una analisi della realtà e della normativa che ha istituito il Sistema di emergenza-urgenza, ritiene fondamentale, a tutela della salute del cittadino, una riorganizzazione dell'emergenza sanitaria, attraverso l'adozione universale su tutto il territorio nazionale di un modello che integri funzionalmente l'Emergenza Pre-ospedaliera ed Ospedaliera e che dia piena applicazione al Sistema Hub & Spoke, delle reti per le patologie tempo-dipendenti, un sistema governato e gestito dallo Specialista in Emergenza Urgenza.

## L'ANALISI DI FIMEUC

A quasi 30 anni dal DPR 27/03/1992, il Sistema della emergenza urgenza è sempre più il cardine, h 24, 365 giorni all'anno, del Sistema Sanitario Nazionale per i cittadini con patologie tempo dipendenti e da condizioni cliniche acute a rischio evolutivo, ma anche per utenti (poveri, anziani, migranti) come prima presa in carico per i loro bisogni reali o percepiti. Possiamo ben affermare che il Sistema di emergenza-urgenza sia il settore della Sanità Nazionale e Regionale che rappresenta il carattere della universalità e della sussidiarietà di una sanità pubblica; è un settore fondamentale del SSN che eroga servizi essenziali, ma che per processi di sviluppo non ottimali anche a causa della riduzione di finanziamenti iniziati dal 2004, ha mostrato e mostra, oggi, con l'emergenza pandemica, tutte le sue criticità. Il sistema di emergenza-urgenza, a quasi 30 anni dalla sua istituzione, non ha ancora acquisito una sua identità e rimane ancora oggi fortemente legato nei diversi Sistemi Regionali e delle Province Autonome alla distinzione tra una fase prevalentemente territoriale (incardinata nelle attività distrettuali) e una fase prevalentemente ospedaliera. Oggi invece è chiaro che nell'area dell'emergenza urgenza una continuità clinico assistenziale tra territorio e ospedale e una omogeneizzazione formativa e di competenze dei professionisti è indispensabile per la presa in carico globale del paziente. FIMEUC, da tempo, denuncia le criticità del sistema che sono divenute intollerabili con, purtroppo, una pesante ricaduta sul raggiungimento dei LEA in Emergenza Urgenza. FIMEUC ritiene che a seguito della grande crisi pandemica che ha messo in evidenza le grandi criticità di un SSN pubblico e dei SSR, sia necessario attuare una nuova politica per una ripresa, non solo economica e sociale, ma anche sanitaria in termini di equità di accesso alle cure e di qualità per tutto di Sistema Sanitario Nazionale e specificatamente per l'Area dell'Emergenza-Urgenza. È proprio per questo che FIMEUC intende proseguire con questo Manifesto 2021-2022 nella sua opera propositiva già espressa nei precedenti, con gli standard FIMEUC del 2012, già acquisiti dal Senato della Repubblica e con la bozza di proposta di legge per il "Riordino del Sistema di Emergenza Urgenza: NUOVO SISTEMA INTEGRATO (Ospedale -Territorio)", presentata ai tavoli tecnici del Ministero della Salute nel novembre 2020. Il Sistema di emergenza presenta profonde criticità. Ancora oggi, accade che negli stessi ambiti operino medici con livelli di formazione diversa e con contratti diversi. Infatti hanno operato nel sistema di emergenza pre-ospedaliera prevalentemente medici di guardia medica con corsi regionali di formazione, mentre nella emergenza ospedaliera operavano in pronto soccorso medici provenienti a turno dai reparti ospedalieri e la specialità di emergenza urgenza è stata istituita troppo tardi con la formazione di pochi medici per il reale fabbisogno. Analogamente dal punto di vista contrattuale si è verificata la presenza di contratti di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, di convenzione a tempo determinato o indeterminato, o atipici, per molti dei quali oggi non è stata realizzata la stabilizzazione ed una omogeneizzazione giuridico-contrattuale. 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 la necessaria evoluzione in ragione dell'istituzione della scuola di specializzazione, perché ancora individua le attività di emergenza territoriale come assistenza distrettuale e quella di Pronto Soccorso come assistenza ospedaliera. Tuttavia i nuovi LEA, introducendo il concetto di cure in rete e non nel singolo presidio, rende irrinunciabile una organizzazione dipartimentale e una riqualificazione degli interventi in emergenza-urgenza sia nella fase pre-ospedaliera (sistema 118) che ospedaliera (sistema PS-OBI), che, da semplici interventi di stabilizzazione diventano interventi di valutazione, stabilizzazione del paziente adulto e pediatrico, diagnosi, trattamento terapeutico e trasporto, in virtù delle conoscenze scientifiche sopraggiunte e delle competenze acquisite dello specialista in emergenza-urgenza.

## LE PROPOSTE DI FIMEUC

A seguito dell'analisi della situazione attuale, dei bisogni e delle competenze acquisite, FIMEUC chiede quindi di intervenire sul quadro normativo per risolvere 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.

### I. PERSONALE DEL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

- Il personale medico del Sistema Integrato di Emergenza Urgenza, è costituito da specialisti in Emergenza Urgenza, che afferiscono alla Disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza mediante procedura concorsuale, riservata a specialisti in Emergenza Urgenza o equipollenti, stabilmente dedicati al servizio di emergenza urgenza pre-ospedaliero ed ospedaliero con rapporto di dipendenza a tempo indeterminato.
- Il personale medico dell'emergenza attualmente operativo con contratto di convezione MMG ed in possesso dell'idoneità all'emergenza, da almeno 5 anni, deve essere inquadrato a domanda nella Dirigenza Medica con contratto CCNL vigente, al fine di creare organici afferenti alla disciplina della medicina di Emergenza-Urgenza.
- 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.
- Nelle more della programmazione di un sufficiente numero di borse di studio per la specializzazione in emergenza urgenza, analogamente a quanto stabilito dal DL 35/2019 si prevede l'accesso alla scuola di specializzazione in emergenza urgenza in sovrannumero per coloro che già operano nel servizio con contratti di convenzione.
- 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 ai sensi della normativa richiamata, 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 sistema di emergenza sono assunti mediante procedure concorsuali pubbliche.
- Il Sistema di Emergenza pre-ospedaliera si avvale anche di personale non sanitario formato. Per tali funzioni possono altresì essere stipulati apposite convenzioni con le organizzazioni di volontariato. Il personale non sanitario, con ruolo tecnico, può svolgere la propria attività sia nelle centrali operative 118, che sul territorio a bordo dei mezzi di soccorso e trasporto, coordinato dalla componente sanitaria della CO.
- A tutto il personale che opera nel sistema di emergenza sono riconosciute specifiche indennità professionali, definite in ambito nazionale con specifico riconoscimento economico.
- Nel contesto delle attività istituzionali del Sistema di Emergenza Urgenza, secondo quanto stabilito dall'articolo 57 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, l'attività di trasporto può essere affidata alle

associazioni di volontariato sanitario attraverso specifiche convenzioni che indichino i requisiti dei mezzi di soccorso e degli autisti e soccorritori adibiti alla rete dell'emergenza urgenza.

## II. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

FIMEUC ritiene che il Sistema di Emergenza Sanitaria Nazionale debba essere costituito da 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:

### A) IL SISTEMA DI EMERGENZA PRE-OSPEDALIERO 118

È costituito dalla Struttura Complessa 118 e Unità Operative articolate funzionalmente in:

1. **Sottosistema Centrale Operativa 118 (C.O.118)**
2. **Sottosistema Emergenza pre-ospedaliera 118**, organizzato in:
  - **Postazioni Emergenza Territoriali (PET)**
  - **Unità Operative Mobili (UOM)**
  - **Punti di Primo Intervento (PPI)**

### 1. CENTRALE OPERATIVA 118 (CO118)



È una struttura complessa (U.O.C.) a dimensione prevalente provinciale o sovra-provinciale, dotata di numero di accesso breve, 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. Ha contenuti tecnico-organizzativi–tecnologici, svolge funzioni di processo delle chiamate per richieste di soccorso, garantisce l'intervento dei mezzi di soccorsi, idonei e nel più breve tempo possibile, la gestione dei trasporti urgenti in continuità di soccorso e con risorse dedicate, anche i trasporti intra/inter-ospedalieri programmati. Si collega con gli altri enti deputati al soccorso con i quali si coordina per garantire la Risposta Sanitaria al disastro secondo il DM 13 febbraio 2001.

## 2. EMERGENZA PRE-OSPEDALIERA 118

### Postazioni Emergenza Territoriali (PET)



Le Postazioni di Emergenza 118, mobili e fisse, sono costituite da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie e sono dislocate strategicamente sul territorio, per garantire adeguati tempi di risposta, e sono dimensionate proporzionalmente alla popolazione ed anche alla tipologia ed estensione di aree geografiche. Più postazioni territoriali sono organizzate in aree. Un' area con più postazioni territoriali è una UOS/UOC diretta da un Dirigente medico appartenente alla disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. I requisiti strutturali delle PET devono essere adeguati per la sosta ed il ristoro del personale e per la logistica dei mezzi di soccorso e dei relativi presidi. Le postazioni sono sede di sosta e di partenza di una o più Unità Operative Mobili che effettuano le attività di soccorso.

### Unità Operative Mobili (UOM)

  **Unità Operative Mobili Medicalizzate** (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 km<sup>2</sup> in area extraurbana, ogni 700 km<sup>2</sup> in area rurale-montana tenendo conto del correttivo oro-geografico e di viabilità stradale):

**a) Unità Mobile Automedica:** Il personale minimo previsto a bordo è rappresentato da 1 Medico di emergenza e da 1 infermiere di emergenza con la presenza di personale di supporto adeguatamente formato in emergenza con funzione di autista e Soccorritore. Questa unità consente un rapido intervento e trattamento medico a rete con altre unità mobili di soccorso adibite al trasporto.

**b) Unità Mobile Ambulanza Medicalizzata:** Ambulanza di soccorso medico con strumentazioni e presidi con a bordo personale sanitario: 1 medico, 1 infermiere ed autista soccorritore ed un altro soccorritore debitamente formati.

  **Unità Operative Mobili Non Medicalizzate** (È prevedibile una postazione mobile di soccorso non medicalizzato con a bordo infermiere in un area operativa con unità mobile con medico, che tiene conto delle realtà territoriali (area metropolitana, urbana, extraurbana, rurale-montana) e tenendo conto del correttivo oro-geografico della viabilità stradale e degli ospedali.

**a) Unità Mobile Ambulanza Infermieristica:** Ambulanza di soccorso infermieristica, attrezzata con strumenti e presidi con a bordo infermiere, 1 autista soccorritore ed 1 soccorritore debitamente formato che provvede al trasporto e monitoraggio ed atti sanitari sul paziente secondo i protocolli della CO.

**b) Unità Mobile Ambulanza con Soccorritore:** Ambulanza attrezzata per il trasporto di base ed il monitoraggio dei pazienti con 1 autista soccorritore, 2 soccorritori debitamente formati.



## Unità operative Mobili Speciali:

**a) Unità Mobile ad ala rotante:** Servizio HEMS - Helicopter Emergency Medical System - e HSAR - Helicopter Search And Rescue: mezzo attrezzato per il trasporto aereo, il trattamento avanzato ed il monitoraggio dei pazienti. (Norma Europea EN 1789:2007). Si ritiene essenziale la presenza di 1 medico specializzato in emergenza o di un medico di Emergenza di comprovata esperienza e di 1 infermiere della 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.

**b) Unità Mobile per il Soccorso in acqua – Idroambulanza:** Unità mobili di soccorso in acqua 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, infermiere e medico di emergenza della postazione. La dotazione tecnologica è quella di una Unità Mobile di Soccorso con Medico ed Infermiere. La struttura e le risorse tecnologiche sono specificamente adattate alla necessità di navigazione.



## Punti di Primo Intervento (PPI)

I Punti di Primo Intervento, previsti nell'ambito delle normative nazionali e regionali, possono coincidere con una PET. La presenza di PPI trova il suo razionale 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.

### B) IL SISTEMA DI EMERGENZA OSPEDALIERO (MeCAU)

È costituito dalla Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia Accettazione Urgenza, diretta da un direttore di struttura complessa appartenente alla disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, articolata funzionalmente in unità operative semplici:

- 1. Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva**
- 2. Area di degenza della Medicina di Emergenza, a media intensità di cure con degenza inferiore alle 72 ore ed alta intensità di cure (Semintensiva)**

Il Sistema di Emergenza Urgenza Ospedaliero (MeCAU) 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 da DM 70.

## 1. PRONTO SOCCORSO - OBI

Il PS 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). È ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera. Il Personale medico appartiene alla Struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. È dotato di postazioni di Osservazione Breve Intensiva (senza DRG). Il presidio ospedaliero sede di PS deve garantire 24 h/24: attività di chirurgia generale, medicina interna, ortopedia, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, farmaceutica.

È provvisto inoltre di un'**Osservazione Breve Intensiva (OBI)**, 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". Trova indicazione in pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo e intensivo di osservazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle dimissioni. Tale area deve essere collocata in uno spazio attiguo al PS cui è funzionalmente collegata. È dotata di 1 postazione ogni 4-6000 accessi alcuni dei quali monitorizzabili. Il paziente può rimanere in regime di osservazione (cioè senza DRG) fino ad un massimo di 36 h. L'attività di osservazione deve svolgersi separatamente da quella del PS per pediatria, psichiatria, ostetricia. Per i pazienti pediatrici nei Pronto Soccorso Generali, in Ospedali privi di Pronto Soccorso Pediatrico o di U.O. Di Pediatria, vanno riservati locali di degenza peculiari, adeguatamente attrezzati. Ogni 8-10 letti di OBI è necessario 1 medico, 2 infermieri e 1 Operatore Tecnico Ausiliario (OTA), dedicati in h24. Funzioni: osservazione longitudinale clinico-strumentale, approfondimento diagnostico, completamento e verifica di efficacia della terapia di urgenza. L'attività dell'OBI deve seguire percorsi clinico-terapeutici aziendali specifici. Il paziente deve presentare un unico problema clinico preminente da definire o risolvere.

## AREA DI DEGENZA DELLA MEDICINA DI EMERGENZA

L'Area di degenza della Medicina di Urgenza è dedicata alla gestione di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso (area rossa - Emergenza) instabili 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, tutti monitorizzati, con rapporto infermiere/paziente pari a 1:4 ed 1 medico h/24.

***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.***



### III. DIPARTIMENTO INTEGRATO DI EMERGENZA (DIE)

Il Sistema Integrato di Emergenza Urgenza Sanitaria pre-ospedaliera ed ospedaliera concorrono a costituire il Dipartimento Integrato di Emergenza – DIE.

**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-urgenze e della continuità assistenziale.**

**Il DIE è un dipartimento mono-specialistico anche interaziendale che comprende tutte le articolazioni organizzative individuate nell'emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera ed è la sede dove integrare le loro attività e performance. Il DIE si integra negli ospedali sede di DEA.**

Nell'ambito del DIE opera il Medico Specialista in Emergenza-Urgenza, secondo percorsi clinici assistenziali condivisi e con rotazione programmata dei professionisti in tutte le articolazioni individuate nel Sistema Integrato di Emergenza Urgenza Sanitaria pre-ospedaliera ed ospedaliera: CO 118, PET, UOM, PPI, PS/OBI, Area di degenza della Medicina di Emergenza.

Il DIE è dotato delle tecnologie più evolute e di collegamento anche informatico con e fra le sue diverse componenti per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività.

Il DIE afferisce al Dipartimento di Emergenza Regionale o equivalente di Area vasta di seguito denominato "DER" o "DEAV" 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 o di area vasta sia in ambito pre-ospedaliero che ospedaliero.

Nel DIE saranno condivise ed organizzate tutte le attività di formazione, aggiornamento professionale e addestramento sui percorsi assistenziali relativi al paziente adulto e pediatrico.

Ai sensi dell'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, a capo del DIE è posto uno dei direttori 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 o metropolitano l'estensione del territorio ricomprenda diverse aziende sanitarie, le stesse provvedono alla costituzione di un unico dipartimento provinciale che, in tal caso, si configura quale dipartimento interaziendale.