

Dr Adelina Ricciardelli

Medico Emergenza Urgenza

CoMES - Emilia Romagna

Giornata: 25 anni dopo

Gentili colleghi ed onorevoli

Ringrazio per l'invito ed esprimo il mio personale orgoglio di essere qui a celebrare con tutti voi i primi 25 anni di istituzione del Sistema di Emergenza Sanitaria all'indomani della celebrazione dei 60 anni dalla firma dei trattati di Roma per la nascita dell'Europa Unita. A dimostrazione che quando si commemora si coglie l'occasione per capire dove si è arrivati e per condividere come procedere.

Se guardiamo al quadro normativo vediamo che il DPR 27 marzo 92 Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" rappresenta la pietra miliare del sistema di Emergenza Urgenza a cui hanno fatto seguito altri provvedimenti che hanno ulteriormente sviluppato i principi ispiratori del Decreto stesso come:

Decreto 15 Maggio 1992: Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza

Ministero della Sanità G.U. 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 D.P.R. 27 Marzo 1992

Accordo tra Stato e Regioni del 22 maggio 2003:

"Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza".

Decreto del Presidente del Consiglio novembre 2016 sui nuovi LEA: Individua ancora una volta l'attività di Emergenza territoriale nell'assistenza distrettuale e quella di Pronto soccorso nella assistenza ospedaliera

Con il DPR del 27 marzo del 92 si sono fondate le basi per una organizzazione del sistema di emergenza che comprenda la fase di allarme, la fase preospedaliera costituita da mezzi e professionisti del soccorso ed una rete di servizi ospedalieri differenziati per complessità assistenziale.

Sicuramente con la individuazione dei tre momenti fondamentali della risposta sanitaria alla richiesta di soccorso il DPR del 92 parlava già di sistema istituzionalizzando di fatto un modello organizzativo avanzato, costituito da due ambiti di intervento funzionalmente integrati: l'ambito extraospedaliero e l'ambito intraospedaliero.

Il modello, così articolato, prevederebbe una forte capacità da parte delle Regioni e delle Aziende, di condurre ad un unico sistema l'insieme delle prestazioni che pur erogate da servizi diversi devono garantire l'integrazione della fase di soccorso e del trasporto con l'ideale ospedalizzazione del paziente secondo l'assioma il paziente giusto all'ospedale giusto. Pertanto, la configurazione del sistema presuppone la definizione delle aree, delle zone di intervento, degli obiettivi, delle responsabilità dei singoli interventi e degli strumenti organizzativi.

Gli Obiettivi Emergency Medicine furono esplicitati nel 1998 e sono:

Ridurre la mortalità, la disabilità, gli stati di sofferenza correlati alle malattie acute e ai traumi

Realizzare un sistema di stretta interazione tra preospedaliero, ospedaliero e interospedaliero di cure per l'emergenza Standardizzare e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria

Sviluppare la ricerca sulla natura e sul trattamento delle urgenze mediche

Raccogliere dati epidemiologici utili per prevenire le situazioni critiche e promuovere la salute

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Anche il Manifesto per Medicina di Emergenza in Europa" redatto nel 1999, proclama che una assistenza in emergenza deve essere qualificata, disponibile per ogni persona in stato di necessità in ogni circostanza e 24 ore su 24. Tutte le attività che fanno capo ai servizi di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza ed Emergenza Sanitaria Territoriale sono denominate, in campo internazionale, MEDICINA D'EMERGENZA

Il paziente preso in carico dalla Medicina di Emergenza è:

- non programmato
- indifferenziato
- con uno o più sintomi
- in condizioni di non urgenza
- urgenza differibile

Rappresenta il 98.5% dei pazienti che accedono ai servizi di emergenza, circa 20.000.000 ogni anno in Italia a cui bisogna garantire: una valutazione clinico-strumentale accurata e rapida; un trattamento appropriato; il coinvolgimento tempestivo degli specialisti; la decisione sui ricoveri; l'avvio dei percorsi di assistenza e cura sul territorio per i pazienti dimessi; la presa in carico delle componenti personali e sociali.

- indifferibile
- emergenza

Rappresenta l'1.5% dei pazienti che si presentano in PS, in base ai dati 2015 del Piano Nazionale Esiti. Spetta alla Medicina d'Emergenza quindi il primo inquadramento diagnostico (sia intra- che extraospedaliero) e il primo trattamento delle urgenze mediche, chirurgiche e traumatologiche.

Le attività specifiche sono:

- Centrale operativa 118 (dal dispatch delle chiamate con funzioni di coordinamento dell'assistenza extraospedaliera al collegamento fra i servizi ospedalieri e quelli territoriali coinvolti nella risposta alle emergenze sanitarie)
- Triage
- Accettazione con presa in carico
- Assistenza in condizioni di urgenza-emergenza
- Osservazione temporanea e degenza breve
- Ricoveri
- Maxiemergenze

Prima del DPR 27 marzo tutto ciò che capitava fuori dall'ospedale era lasciato al caso. Poi l'evoluzione del sistema con tecnologie, attrezzature, protocolli operativi, ha permesso di portare l'ospedale sul territorio e di anticipare la presa in carico e ridurre l'intervallo libero da terapia.

Le professionalità in campo in emergenza preH:

Autisti soccorritori: in grado di rilevare parametri, di riconoscere l'arresto cardiaco e di trattarlo con la rianimazione di base e defibrillatore. Punto critico: manca il riconoscimento di un profilo professionale specifico.

INFERMIERI: Di estremo rilievo è stato anche il cambiamento nel percorso formativo degli Infermieri italiani; l'attività infermieristica è più ricca e complessa e si fonda sulle conoscenze scientifiche, su una precisa deontologia professionale, sulla responsabilità e, infine, su una autonomia operativa rispetto ad altre figure che operano nel medesimo campo.

Relativamente al Medico del 118:

A partire da 1988 si va configurando in Italia un sistema dell'emergenza-urgenza che prevede una rete di servizi strutturati secondo un modello dipartimentale con la capacità di operare dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione, attraverso l'individuazione delle diverse competenze.

Alcune delle funzioni previste furono assegnate al medico del Servizio di Guardia Medica che previo corso di formazione è divenuto, in seguito, medico del Servizio di Emergenza Territoriale (S.E.T.)

Con l'introduzione dell'articolo 22 nel D.P.R. 41/91, per la prima volta vengono individuati i compiti dei medici della fase extra-ospedaliera, prima ancora dell'attivazione del numero unico 118:

Interventi di primo soccorso sul territorio e Soccorso Avanzato a bordo di Mezzi attrezzati secondo le normative regionali.

Attività di assistenza ai trasporti inter ospedalieri

Servizio di assistenza in occasione di manifestazioni pubbliche

Aggiornamento e formazione del personale dei servizi di emergenza

Attività di primo soccorso "intra moenia".

Attività presso la Centrale Operativa con compiti di supervisione dell'attività del personale infermieristico per garantire la corretta risposta delle richieste di soccorso.

In particolare, per ammalati ad alto grado di criticità, i medici addetti all'emergenza territoriale operano la scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto dei protocolli concordati tra il responsabile della centrale Operativa ed i responsabili dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione.

Anche il Pronto Soccorso ha visto una evoluzione della medicina d'emergenza con approccio work to admit al fine di selezionare e gestire anche pazienti complessi difficilmente collocabili in altri reparti.

Le professionalità in campo in intraH:

Al triage si identifica nell'infermiere la figura professionale a cui si attribuisce tale funzione con l'Accordo del 25/10/2001 tra il Ministero della Salute, le regioni e le province autonome: "Triage intraospedalieronel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria" come strumento per il governo degli accessi non programmati nelle strutture per acuti .

Relativamente alla figura del Medico: abbiamo visto come nelle linee guida del 96 si parlava di medici a rotazione per cui, in conseguenza della mancanza della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza fino al 2009, si è fatto ricorso, per sostenere gli organici, ad un numero elevato di equipollenze nelle più diverse discipline ;

I medici provenienti da settori convenzionati e con contratti libero professionali, rendendo il settore uno dei più colpiti dal fenomeno del precariato medico (fino al 50% in alcuni Dipartimenti di Emergenza di alcune Regioni)

A queste storiche carenze si aggiunge, maggiormente nelle regioni con piani di rientro, il blocco del turn-over. La commistione di varie forme di contratto di lavoro (Dipendente SSN, Convenzionato, contratto a tempo determinato) rende difficile un modello formativo ed organizzativo unico, soprattutto nel complesso e delicato settore della Emergenza Pre-Ospedaliera (Sistema 118). I medici possono lavorare nel settore con diverse tipologie contrattuali, dipendenti, convenzionati, Libero Professionisti, a seconda della regione in cui operano.

Ogni regione ha strutturato modalità autonome di formazione del personale e sarebbe importante tracciare un modello unico a cui fare riferimento; ma oggi la Scuola di specializzazione rappresenta il gold standard della formazione; è ormai indispensabile individuare la specialità in medicina di emergenza-urgenza come l'unica riconosciuta per l'accesso alla disciplina. Attualmente l'ampia gamma di equipollenze previste per l'accesso al settore dell'emergenza non appare in sintonia con le competenze professionali richieste.

Ma questi medici dove dovrebbero operare? Il modello organizzativo a cui facciamo riferimento per collocare i professionisti dell'emergenza prevede che tutte le funzioni finora indicate siano considerate strutture portanti di una unica casa il cui tetto sia rappresentato dal Dipartimento Di Emergenza.

Ma è così su tutto il territorio nazionale? Questo perimetro di riferimento non è stato ancora istituzionalmente riconosciuto se ancora assistiamo a modi difformi di approcciare l'emergenza tra realtà diverse spesso sostenute da una sorta di autoreferenzialità.

20) A fronte di una preoccupante disomogeneità organizzativa su tutto il territorio nazionale sia per l'extra che per l'intra H. dove il governo clinico, proprio perché poco normato, spesso, risponde più a logiche di opportunità locali che a criteri di razionalità ed efficienza. Poiché crediamo che le Regioni, per poter rendere più efficienti i loro servizi sanitari, abbiano bisogno di uno Stato che garantisca una azione di regia fornendo attività di indirizzo e verifica, rispetto al settore dell'emergenza

21) occorre rivedere un quadro normativo di riferimento che attraverso la definizione degli standards organizzativi e professionali puntualizzi definitivamente l'asse portante della struttura ed indichi in maniera inequivocabile i ruoli degli operatori, da nord al sud del paese. La SIS118 e La FIMEUC, con il documento sugli standards, hanno ritenuto di fornire un contributo attivo dei professionisti.

22) Pur nel rispetto delle autonomie locali, si rendono necessari oggi riferimenti nazionali che vadano oltre le LG del 1996 e che indirizzino le regioni sull'organizzazione dei Dipartimenti d'Emergenza Urgenza dove l'integrazione della medicina pre-ospedaliera (Sistema 118) con quella ospedaliera, sia intesa come appartenenza almeno funzionale ad un'unica organizzazione dell'emergenza che permetta ai professionisti di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adatte ad ogni realtà (rotazione, progressione, etc..). L'integrazione è positiva per i medici e per il sistema. Tutti sono convinti che la Rete dell'Emergenza per funzionare necessita di un Dipartimento Integrato territorio-ospedale di Emergenza Sanitaria e la FIMEUC riconosce questo modello integrato come l'unico in grado di favorire la rotazione del personale medico ed infermieristico che, impiegati in strutture e servizi diversi, raggiungono più rapidamente livelli di competenza, capacità di valutazione e di risposta clinica appropriata fondamentali per operare, in emergenza, in maniera efficace. Ma nella maggior parte dell'Italia, l'integrazione tra il territorio e l'ospedale risulta essere una convivenza forzata. Nelle realtà dove l'integrazione è reale vedi molte aziende dell'Emilia Romagna, come Ferrara dove io lavoro, il sistema è compatto anche se le risorse sempre più scarse ne stanno mettendo a dura prova la tenuta ma dove l'integrazione non è reale anzi dove si sono fatte scelte organizzative che hanno demarcato ancora di più i confini tra il dentro e il fuori il sistema è instabile con professionisti soprattutto medici sempre più a rischio di dequalificazione che induce ad una demedicalizzazione poco governata senza che a questa si associ una organica ricomposizione delle varie professionalità coinvolte.

Così come nelle realtà dove il modello territoriale prevede una netta e chiara definizione dei tre livelli organizzativi dei mezzi di soccorso è possibile indicare una modalità di intervento secondo il criterio di intensità di cura che vada dal livello base a quello avanzato

MEZZI DI SOCCORSO: Anche sul territorio la distribuzione dei mezzi è vista nell'ambito di un sistema che preveda una risposta a più livelli di complessità assistenziale, in cui il volontariato costituisca il livello "basic per passare ad un livello intermedio con gli infermieri e finire con quello avanzato costituito da medico ed infermiere dell'emergenza. Il Volontariato rappresenta da sempre una risorsa fondamentale integrata istituzionalmente nel sistema di emergenza preospedaliera e la sua integrazione deve prevedere una attività di informazione / formazione continua volta alla applicazione di procedure condivise con i professionisti.

A 25 anni dalla nascita del sistema di Emergenza Sanitaria si è registrato una evoluzione progressiva ed importante, considerate le varie congiunture economiche e normative ma con uno sviluppo difforme. A tal proposito sarebbe utile una revisione della normativa vigente che meglio accolga i mutamenti sociali professionali e tecnologici avvenuti in

questi anni, ma che al contempo tenga conto dei vincoli di bilancio aggravatisi progressivamente e della cronica carenza degli organici.

Non è più tempo di far finta di nulla di fronte alle tante criticità da tutti ormai note.

I LEA in materia di Emergenza sanitaria, pur nella riconosciuta autonomia Regionale e delle aziende, dovrebbero essere caratterizzati dall'indispensabile miglior uniformità nazionale, con una previsione legislativa che declini con la più accurata precisione gli elementi minimi del contesto organizzativo e della qualità complessiva;

In analogia con gli auspici per il nuovo patto sull'Europa non vorremmo avere due velocità nell'organizzazione dei servizi sanitari e non vorremmo 21 sistemi differenti per poterci confrontare e migliorare e le società scientifiche sono a disposizione a dare il proprio contributo per centrare l'obiettivo di efficienza e tutela della salute dei cittadini.

Grazie

COMES