



2015

Emergenza Territoriale: La Nostra Visione

L' EMERGENZA SANITARIA NELLA RIORGANIZZAZIONE
DELL' ASSISTENZA TERRITORIALE, IL PUNTO DI VISTA DEI
MEDICI S.N.A.M.I.

A cura del Comitato Regionale di Settore:

Dott. Roberto Pieralli – Responsabile Regionale Emergenza Territoriale Emilia Romagna

Dott.ssa Anna Esquilini – Responsabile Provinciale Emergenza Territoriale Bologna

Dott. Marzo Zaccaria – Responsabile Provinciale Emergenza Territoriale Ferrara

Dott. Alessandro Berti – Responsabile Emergenza Territoriale Cesena ed Area Vasta Romagna

Dott. Valentina Azzaro – Responsabile Provinciale Emergenza Territoriale Parma

Dott. Francesco Anzuini – Responsabile Provinciale Emergenza Territoriale Reggio Emilia

Dott. Davide Giovannini – Responsabile Provinciale Emergenza Territoriale Modena

SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

Sezione Regionale Emilia Romagna – Settore Emergenza Sanitaria Territoriale

Email : EST@snami.bologna.it

Sito Web : www.snami.bologna.it

Dott. Roberto PIERALLI

Responsabile Regionale di Settore per l' Emilia Romagna

tel. +39.347.1145818 fax +39.051.3371705

Roberto.Pieralli@snami.bologna.it



Sommario

L'Emergenza Sanitaria Territoriale: Il volto meno noto della Medicina Generale	1
Il punto di partenza: I nuovi standard dell'assistenza Ospedaliera 2014	1
Centrali Operative 118 di Area vasta, 112 NUE: Imprescindibile il MEDICO DI CENTRALE	2
L' integrazione capillare con la rete delle cure territoriali, AFT, UCCP, capacità di risposta del sistema territoriale di emergenza ed integrazione multiprofessionale	2
Grazie ai nuovi standard ecco come vediamo noi il Ruolo Unico della Medicina Generale	3
Formazione del personale, Inverse Care Law e aree territoriali peculiari	3
Aspetti di Welfare del personale medico, le prospettive per la terza età lavorativa	4
Formazione continua e formazione specifica e conciliazione del lavoro e della formazione	5

L'Emergenza Sanitaria Territoriale: Il volto meno noto della Medicina Generale

Storicamente dalla sua istituzione l'Emergenza Sanitaria Territoriale è stato un settore della convenzione della medicina generale. Per una serie di congiunture sociali ed economiche, nonché per la maggiore semplicità nella gestione del personale, si è assistito in Italia ad un parziale transito dei medici convenzionati alla dirigenza medica SSN. Molti di questi, inquadrati nella disciplina "Medicina e Chirurgia d' Accettazione e Urgenza", sono stati in realtà trasferiti ad altri servizi, tra cui il Pronto Soccorso ed altri reparti ospedalieri.

Negli anni tuttavia, l'assetto convenzionale è stato l'unico inquadramento che ha consentito la prosecuzione del servizio di emergenza sanitaria, che solo nella nostra regione conta oltre 150 professionisti convenzionati nel settore.

La figura del medico di emergenza sanitaria è particolare: un professionista realmente operante a cavallo tra le cure territoriali e ospedaliere, la cui formazione, anche grazie agli accordi regionali, consente oggi di garantire prestazioni in entrambi i versanti.

Il punto di partenza: I nuovi standard dell'assistenza Ospedaliera 2014

Sulla base di quanto previsto dai nuovi standard di assistenza ospedaliera condivisi e siglati dalla conferenza stato regioni il 5 Agosto 2014, riteniamo che il primo passo per un'efficace riorganizzazione della rete territoriale consista in:

- Applicazione inderogabile del criterio di distribuzione di un mezzo di soccorso avanzato, preferibilmente sotto forma di Automedica con equipaggio minimo consistente in 1 Medico di Emergenza Territoriale e 1 Infermiere (DGR 44/2009), ogni 60.000 abitanti e per un'area non superiore a 350 kmq
- Vanno necessariamente applicati i correttivi del caso nel rispetto dell'oro geografia del territorio, come da formule previste e proposte da AGENAS su Monitor. 27 del 2011
- In coerenza con quanto previsto dagli standard ospedalieri: Rete, mezzi e personale dei mezzi Avanzati dell'emergenza territoriale deve correre su un binario parallelo e distinto rispetto al personale ospedaliero, avviando un processo di ulteriore professionalizzazione che consenta la rotazione formativa in aree ad alto flusso di attività e manovre assistenziali, onde consentire il mantenimento di elevati standard e skill tecnico pratiche.



- Bloccare il processo con il quale i medici 118 sono stati adibiti da molte aziende a doppio incarico contemporaneo, con notevoli disagi dei professionisti e dei pazienti da loro assistiti, spesso in assenza di alcuna istruzione operativa o procedura che definisse compiti, mansioni e responsabilità.
- Fissare il principio citato nel documento della conferenza stato regioni anche su base regionale: l'elisoccorso non è un mezzo di soccorso sostitutivo del mezzo su gomma, come purtroppo pare sia accaduto in alcune aree ove la mancanza di MSA viene giustificata dall'intervento dell'elisoccorso, mezzo di soccorso spesso fermo per condizioni meteo o limitato al volo diurno.

Centrali Operative 118 di Area vasta, 112 NUE: Imprescindibile il MEDICO DI CENTRALE

L'accorpamento delle centrali operative, l'incremento delle aree geografiche, la redistribuzione della capacità assistenziale della rete ospedaliera e le sempre maggiori reti di patologia, sia tempo dipendenti che relative ai PDTA, necessitano di una maggiore attenzione e dell'istituzione nelle 3 centrali operative della mancante figura del Medico di Centrale, che riteniamo oramai irrinunciabile per un adeguato supporto e gestione sia dell'emergenza ordinaria, implementando un attento filtro clinico, che per tutte le reti che rendono mutevole e difficoltosa la gestione da parte dei mezzi di soccorso operanti in territori difficili.

Riteniamo l'Emilia Romagna debba istituire al pari delle altre regioni, questa figura, che consente peraltro la piena applicazione del vigente ACN e rappresenta un importante punto di investimento per tutti i medici con ventennale esperienza che per varie ragioni sono costretti a lasciare i servizi causa età e limitazioni al soccorso in strada.

L'istituzione di questa figura necessita di uno specifico percorso di formazione tecnico operativa e di approfondimento della conoscenza di tutta la rete ospedaliera. Può anche diventare un punto centrale nella gestione della rete trapianti, della rete per i trasferimenti secondari e per la gestione delle afferenze in caso di maxi emergenza e manifestazioni di massa.

L'integrazione con il NUE 112, potrebbe aprire per il personale medico e infermieristico del 118 la collaborazione per le necessità sanitarie di altri enti che si occupano di emergenza territoriale.

L' integrazione capillare con la rete delle cure territoriali, AFT, UCCP, capacità di risposta del sistema territoriale di emergenza ed integrazione multi professionale

Proponiamo che le postazioni di auto medica periferiche, sulla base di accordi regionali ed aziendali, eventualmente integrate negli ambiti territoriali previsti per l'Assistenza Primaria, siano configurate con la possibilità di divenire punti di accesso territoriale per la popolazione, sulla base dell'esperienza maturata nella gestione dei cantieri della variante di valico G.E.C.A.V.

In questo modo, con un'adeguata programmazione, si consente alla popolazione di avere un punto di riferimento territoriale per le piccole problematiche, con MEDICO E INFERMIERE 24 ore su 24, eventualmente prevedendo la collaborazione del servizio di continuità assistenziale, comunque separato e non coinvolto nelle mansioni di emergenza sanitaria.



Grazie ai nuovi standard ecco come vediamo noi il Ruolo Unico della Medicina Generale

I medici di emergenza sanitaria territoriale, possono certamente divenire un valore aggiunto significativo, nel rispetto dei rapporti ottimali degli altri professionisti a quota oraria, se integrati in ambulatori ad accesso diretto presso le UCCP, AFT, Case della Salute, potendo integrare sulla base di concertazione nazionale o regionale, compiti che consentano l'avvicinamento al cittadino dei punti di erogazione di cure primarie / intermedie.

La promozione del rapporto fiduciario con i professionisti deve rimanere il punto di partenza, anche per i medici che operassero in strutture organizzate sul territorio.

I rapporti ottimali:



***Il calcolo del rapporto ottimale consta nella definizione degli standard ospedalieri di 1:60.000 ab.

Per un mezzo H24 - 365 giorni anno significa un organico minimo a tempo pieno di 6 medici per mezzo.

Formazione del personale, Inverse Care Law e aree territoriali peculiari

Sebbene in un primo momento sia parsa utile l'integrazione del personale medico 118 con quello del pronto soccorso, riteniamo necessario rivalutare criticamente le conseguenze generate da tale scelta. Seppur affini le mansioni del medico dell'emergenza territoriale non sono sovrapponibili né intercambiabili con il medico di pronto soccorso.

L'emergenza territoriale necessita di molte skill che sono spesso acquisibili solo in ambito anestesiológico - rianimatorio, piuttosto che in altri ambiti specialistici tra cui per esempio quello ostetrico ginecologico, cardiologico, pediatrico etc....

Le differenze tra i due settori, seppur affini, sono sostanziali. Tralasciando la parte strettamente contrattuale, molto diversa, e' quasi umanamente impensabile garantire la formazione per tutti gli ambiti in cui un professionista che lavora sia in 118 che in PS affronta. Da questo derivano ripetute segnalazioni alle OO.SS: rispetto alla carenza di formazione su uno o sull'altro versante. Spesso anche le materie di formazioni previste dall' ACN tra cui maxi emergenza ed NBCR, sono state trascurate per i medici operanti in 118 e PS contemporaneamente.

I medici dimostrano un enorme disappunto rispetto alle scelte organizzative che li obbligano a mansioni territoriali ed ospedaliere svolte contemporaneamente.



I binari paralleli e coordinati tra 118 e DEA, anche sulla base delle differenti forme contrattuali presenti per il personale medico, consentirebbero di adeguare i percorsi formativi oggettivando il raggiungimento di obiettivi specifici di ognuno dei due settori.

Le proposte formative necessarie al personale a nostro avviso contemplano la creazione di standard di frequenza ospedaliera periodica negli ambiti specialistici di interesse, ad esempio: Sala Operatoria per le vie aeree, Sala Parto per le problematiche ostetriche, neonatologia, cardiologia etc..etc....

A nostro avviso va inoltre eliminato il meccanismo di doppio legame con le rete HUB e Spoke ospedaliera.

Questo legame ha generato un problema importante: talvolta reale, talvolta potenziale, in termini di "inverse care law" ovvero medici con ridotta esperienza impiegati nelle situazioni e territori di maggiore difficoltà:

- Chi lavora in 118 e PS nell' HUB si sovraccarica ma mantiene un elevato volume di procedure e skill.
- Chi viceversa lavora in 118 e PS nello spoke si trova in luogo difficile dove servirebbero elevate skill e abilità tecniche; purtroppo però diventa difficile mantenerle a causa della minor frequenza di pazienti critici visti in PS periferici. Questi professionisti soffrono tutti i disagi dei territori isolati e delle lunghe percorrenze per i luoghi di lavoro, e rischiano di incappare nell' inverse care law.

Proponiamo invece che gli organici dei medici 118 siano separati da quelli dei pronti soccorsi e che si preveda una rotazione dei medici 118 tra le aree ad alto volume di interventi e quelle con minori volumi, garantendo un'omogenea risposta assistenziale su tutto il territorio.

Agli accordi regionali e locali il compito di definire i limiti ed i perimetri delle rotazioni.

Aspetti di Welfare del personale medico, le prospettive per la terza età lavorativa

Riteniamo vada incoraggiato un buon assetto convenzionale per i medici dell'emergenza sanitaria, migliorando l'attuale convenzione e garantendo la permanenza nella medicina generale. Visto quanto storicamente accaduto in Emilia Romagna, anche grazie alla firma del Ministro Lorenzin del decreto per la stabilizzazione dei precari, riteniamo necessario procedere tramite programmazione di concorsi al transito alla dirigenza medica dei medici che vorranno optare per la dipendenza SSN in Medicina e Chirurgia d' Accettazione e Urgenza.

Il mantenimento della convenzione consente in una visione a lungo termine, negli attuali assetti contrattuali, di garantire al personale che per anni lavora in un settore così delicato e usurante, l'opzione per una seconda o terza età lavorativa, tramite il trasferimento in altri settori convenzionali meno fisicamente usuranti: Assistenza Primaria e/o servizi territoriali.

Il transito alla dirigenza ha di fatto bloccato le maturazioni dei punteggi di anzianità nel sistema della medicina generale, e vede oggi una fuga dei medici dipendenti, ancora equipollenti per età, verso le graduatorie e le zone carenti di assistenza primaria.

E' necessario garantire al personale che voglia permanere nella rete ospedaliera il transito a cadenze prefissate, mediante concorso per l'inquadramento in "Dirigente Medicina e Chirurgia d' Accettazione e Urgenza", e viceversa consentire la possibilità di formazione per chi un domani vorrà trasportare quel bagaglio di cultura e contenuti professionali acquisiti nell'emergenza, all'interno della rete delle cure primarie: Assistenza Primaria in UCCP, AFT, Ospedali di Comunità etc.....

Molti servizi territoriali possono vedere l'impiego di questa figura professionale, nell'ambito di un articolato accordo nazionale o regionale:

- Flussi turistici importanti in aree ricettive
- Flussi migratori ora gestiti con personale reclutato senza predeterminati criteri e direttive



- Gestione della rete di defibrillazione precoce in territorio: formazione nelle strutture previste dalla legge Balduzzi, governo clinico dei dati e della gestione degli eventi.
- Assistenza nelle stazioni sciistiche, in collaborazione con il soccorso alpino, garantendo la preparazione e addestramento delle squadre di terra addette agli interventi in area montana.
- Assistenza nelle stazioni balneari in collaborazione con gli enti deputati al soccorso in mare
- Assistenza nei PSSA Aeroportuali – miglior accostamento del sistema di emergenza e della rete aeroportuale in caso di maxi emergenze ed attività ordinaria.
- Gestione e governo della formazione delle associazioni ed enti convenzionati con il SSR (come già previsto in ACN) a garanzia dell'omogeneità della preparazione del personale volontario operante in emergenza territoriale.

Formazione continua e formazione specifica e conciliazione del lavoro e della formazione

Al netto di quanto previsto dalle vigenti norme, riteniamo fondamentale consentire ai giovani professionisti l'accesso alla formazione.

Riteniamo che sia necessario che in tutte le aziende sanitarie regionali siano indetti a cadenza annuale "Corsi di Idoneità all' Esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale" Art. 96 ACN Medicina Generale. Siamo certi che la grande esperienza di questa regione in tema di soccorso sanitario debba diventare un faro nella formazione dei giovani medici che chiedono di partecipare e vogliono avviarsi a questo percorso lavorativo e di crescita professionale.

Auspichiamo che in un vicino futuro sia possibile, anche mediante l'attivazione di diversi percorsi di formazione specifica in medicina generale, consentire ai professionisti che ne sono privi, di poter continuare un percorso di crescita formativa e professionale conseguendo l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, consolidando l'investimento in termini di capitale umano che le aziende del SSN attuano su questo personale.

Riteniamo infine sia per aspetti professionali che formativi sia utile mantenere un'integrazione con l'attività nei DEA, sulla base di quote orarie dedicate definite negli accordi regionali e aziendali, e con modalità che non contemplino il contemporaneo svolgimento di compiti territoriali e ospedalieri.