



Bologna li 2 Marzo 2016

Al Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin
seggen@postacert.sanita.it

Lettera Aperta al Ministro della Salute

Gentile Ministro,

nel bel mezzo del ginepraio mediatico scaturito dalle decisioni della commissione medica dell'ordine di Bologna desideriamo, come sindacato maggiormente rappresentativo dei medici dell'emergenza territoriale, esprimere alcune considerazioni elaborate dai Medici 118 di tutte le province della Regione E.R. riuniti nel Comitato di Settore per portare all'attenzione del dicastero alcune criticità che si ritiene opportuno Lei debba conoscere.

Quanto si sta verificando non è altro che la conseguenza di una lunga catena di eventi e problemi irrisolti che minano i presupposti per quello che Lei stessa ha definito su quotidiano sanità: " **bisogno del massimo rispetto e della massima tranquillità nell'operare** ".

In questa regione Le dobbiamo segnalare che non possiamo parlare di "linee guida regionali" in quanto ogni azienda in tema di emergenza territoriale ha un'organizzazione totalmente diversa dall'adiacente e lo sviluppo dei sistemi è stato disomogeneo. È presente una diffusa tendenza dei singoli dirigenti, di determinare modelli organizzativi locali e decontestualizzati da quanto avviene all'interno della regione stessa. Il paziente colpito dalla medesima patologia o con la stessa alterazione delle funzioni vitali viene assistito e gestito dal sistema con procedure diverse in funzione dell'azienda che copre quell'area territoriale.

Negli ultimi anni abbiamo assistito alla demedicalizzazione di alcune postazioni cui è corrisposta la contestuale sostituzione del medico con l'infermiere al quale sono state assegnate procedure, non tutte finalizzate al sostegno delle funzioni vitali come la norma prevede.

Quando parliamo di procedure contestate, non parliamo di quello che è previsto dall'articolo 10 del d.p.r. 27 marzo 1992 che condividiamo nel merito e nel metodo e che riteniamo essenziali per la salvaguardia dei cittadini. L'intervento rapido di sostegno delle funzioni vitali è un caposaldo e deve rimanere tale all'interno di ogni sistema di emergenza proprio per garantirne un'efficace risposta. Quello che è invece critico secondo la nostra valutazione è che queste procedure siano state lo strumento per giustificare la demedicalizzazione di aree territoriali divenendo nel concreto quello che valutiamo come un tentativo di surrogata della presenza medica.

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana abbiamo potuto leggere meno di un anno fa (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015) il regolamento degli standard di assistenza ospedaliera che anche l'assessore Venturi in alcune note ha citato riportando i criteri di pianificazione e di disposizione dei mezzi di soccorso avanzato:

"9.1.3 Le postazioni territoriali



La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l' adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali. “

Ed ancora:

“Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane)”

Se consideriamo di rifarci a quello che qualunque cittadino può tranquillamente leggere sul sito del ministero della salute rispetto alla definizione di mezzo di soccorso avanzato qua sopra riportata quello stesso cittadino potrà leggere sulla seguente definizione di mezzo di soccorso avanzato:

“Le Centrali Operative, per garantire un'efficace gestione del soccorso nel più breve tempo possibile, dispongono di mezzi adeguati ed il personale che vi opera è rappresentato da medici, infermieri professionali, autisti/soccorritori ed ove disponibile personale volontario/soccorritore, tutti, ai vari livelli, formati ed addestrati all'emergenza sanitaria.

Per ogni tipologia di mezzo di soccorso l'équipe è formata come segue:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1100&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto

- **Ambulanza di base e di trasporto:** 1 autista soccorritore e 1 infermiere o 1 soccorritore volontario
- **Ambulanza di soccorso:** 1 autista soccorritore ed 1 infermiere professionale
- **Ambulanza di soccorso avanzato:** 1 autista/soccorritore, 1 infermiere professionale ed 1 medico
- **Centro mobile di rianimazione:** 1 autista/soccorritore, 2 infermieri professionali, 1 medico anestesista-rianimatore
- **Automedica:** automezzo per il soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico.
- **Eliambulanza:** 1 infermiere professionale, 1 medico anestesista-rianimatore”

Ebbene Ministro, ci preme farLe sapere che in questa regione quando facciamo i conti sul numero di mezzi qua sopra definiti avanzati e quindi con la presenza contemporanea sia del medico che dell'infermiere, ci pare che quel rapporto di uno a 60.000 in vigore da ben prima del 2015 non sia proprio mantenuto...

Il clima che si è respirato in diversi territori di questa regione per il personale medico dei servizi di emergenza è stato pesante: in ogni provincia sono presenti peculiarità differenti, alcune ASL hanno reclutato i medici per il tramite di associazioni di volontariato con contratti Libero professionali ed in alcuni casi questo personale non ha neanche mai potuto conseguire l'attestato di idoneità all'emergenza richiesto dalla normativa. altre aziende hanno utilizzato contratti di lavoro dipendente di convenzione 118, altre aziende ancora hanno usato medici convenzionati 118 con relativo contratto convenzionale e stipendio annesso per coprire i posti ospedalieri nella disciplina Medicina e Chirurgia d' Accettazione e Urgenza.

Degli effetti del Suo decreto per la stabilizzazione dei precari dell'emergenza, ad oggi, non abbiamo visto alcun effetto sul suolo Emiliano Romagnolo.



Come anticipato, negli ultimi anni in alcune province di questa regione abbiamo assistito ad una progressiva demedicalizzazione con sostituzione del medico con l'infermiere come ad esempio è avvenuto nella provincia di Modena per le ambulanze di Zocca e di Montese. In quel contesto esisteva già una situazione anomala in quanto su questi mezzi la AUSL non assegnava un medico dell'emergenza territoriale ma bensì uno della continuità assistenziale. In molte aree di questa regione se un medico deve accompagnare un paziente per un infarto fino alla cardiologia di riferimento distante parecchi km, ecco che in quel territorio il primo mezzo di soccorso avanzato in caso di seconda emergenza insistente nella medesima area territoriale, spesso dista anche 50 minuti di corsa a sirene spiegate se il traffico consente ed il tempo è clemente.

Quel parametro di 1: 60.000 scritto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica è uno dei parametri tra i più importanti ed accorti che si possano trovare nelle norme di organizzazione sanitaria: quando viene meno costituisce una grave pregiudiziale poiché viene meno la possibilità di dare una risposta ad una seconda emergenza nella stessa area territoriali in tempi ragionevoli e previsti dalle normative.

Abbiamo assistito negli anni a svariati tentativi di giustificazione con interpretazioni che riteniamo strumentali rispetto la definizione di mezzo di soccorso avanzato che ribadiamo come recita anche il sito web del Suo dicastero, debba prevedere la contemporanea presenza di entrambi i professionisti medico ed infermiere. Per superare questo, alcune province di questa regione hanno invece scelto di considerare mezzo di soccorso avanzato il solo mezzo con personale infermieristico e addirittura in una provincia di questa regione il cittadino poteva ricevere indifferentemente l'uno o l'altro come se vi fosse totale equipollenza assistenziale.

Saremo lieti se il Ministero della Salute volesse prendere visione e valutare tutte le procedure che provincia per provincia sono piovute sulla testa degli operatori quasi sempre senza alcun tipo di concertazione con i professionisti ma con l'avvallo dei soli dirigenti. In alcuni territori abbiamo assistito a direttori che si sono presentati con un telefono cellulare e che a seguito della rimozione del medico dalle ambulanze della zona comunicavano al medico di turno in PS che avrebbe dovuto concordare ed eventualmente avallare terapie delicatissime con il solo canale telefonico e senza poter visitare il paziente che ricordiamo sta vivendo una condizione di emergenza.

A nostro giudizio un conto è prevedere una procedura assistenziale di sostegno delle funzioni vitali qualora la pianificazione del fabbisogno territoriale di mezzi avanzati sia soddisfatta e conseguentemente questa procedurazione divenga tutelante per i cittadini in caso di stati di necessità come intervento anticipatorio ed integrativo a quello medico, ben altro è operare in un contesto in cui lo stato di necessità rischi di divenire diretta conseguenza dell'organizzazione attuata.

Accade anche che ci siano ambulanze di volontari in territori difficili che debbano essere attivate per il soccorso in emergenza con un meccanismo di reperibilità domiciliare dei volontari che una volta contattati per telefono devono avere il tempo di uscire di casa dal lavoro andare alla sede dell'ambulanza e da lì partire con un enorme allungamento dei tempi di intervento.

Anche i compiti che sarebbero propri del medico di centrale in Emilia-Romagna sono difficoltosi in quanto in Emilia-Romagna nelle centrali operative del 118 il medico di centrale non è presente contrariamente alle previsioni normative. Questo sindacalmente parlando ha messo in gravissima crisi anche tante situazioni legate alla contrattualistica dei medici dell'emergenza che per esempio in corso di malattie gravidanza, avendo un rapporto di lavoro convenzionale, non hanno potuto essere qui ricollocati come l'accordo collettivo nazionale prevede.

Riteniamo che non sia più tollerabile un sistema eterogeneo, lasciato in gestione al singolo funzionario e che continui a far piovere istruzioni non concertate sugli operatori che vivono già un servizio così delicato, stressante e pericoloso. Serve un'assistenza omogenea condivisa su tutti i piani ed è ora di prendere in mano la situazione e affrontare i problemi che gli operatori quotidianamente vivono.



La solita strumentale e vecchia questione rispetto la difesa della casta e svalutazione delle altre professioni è il solo pretesto mediatico per continuare ad avere visibilità su questi temi. Ma i problemi sono ben altri.

Entrando vagamente nel merito della questione invitiamo il suo dicastero a voler inviare i propri ispettori ed analizzare tanto gli assetti organizzativi quanto le fantomatiche procedure contestate e potrete appurare direttamente come queste procedure solo in alcuni casi rispondano effettivamente al trattamento tempestivo e a sostegno delle funzioni vitali che la legge oggi nell'articolo 10 del d.p.r. 27 marzo 1992 propone e tutela.

Deve essere chiaro a tutti il messaggio che qualunque medico per il semplice fatto di esserlo è a favore del trattamento precoce delle situazioni in cui le funzioni vitali sono alterate a tutela della salute del cittadino, non ci pare tuttavia che in molti casi queste procedure siano indirizzate al solo interesse del cittadino.

Non vediamo tutela delle funzioni vitali, per esempio, quando accade che durante una rianimazione non venga previsto l'arrivo del medico in supporto all'infermiere, e che questi decida quando sospendere le manovre. Non vediamo tutela quando farmaci non salvavita vengono delegati alla gestione di personale infermieristico in assenza di alterazione delle funzioni vitali del paziente.

La procedura dovrebbe a nostro avviso essere integrativa, anticipatoria e tutelante le funzioni vitali sia nella contingenza per indisponibilità o nell'attesa del supporto di un mezzo di soccorso avanzato, prevedendo comunque che nei casi di alterazione delle funzioni vitali venga comunque previsto l'intervento e la valutazione medica. Usare al contrario la procedura come sostitutiva dell'intervento del mezzo di soccorso avanzato diventa nostro giudizio antitetico rispetto al principio ispiratore della stessa norma che ha previsto queste procedure.

Concludiamo nel dirle che in questa regione per troppi anni i corsi formazione medica sull'emergenza territoriale ex art 66 DPR 270/2000 furono interrotti nonostante fosse chiaro fin da subito che il fabbisogno dei medici dell'emergenza rimaneva elevato e non veniva pienamente soddisfatto dal reclutamento concorsuale. Anche quest'anno siamo da molti mesi in attesa della pubblicazione di un bando che l'Emilia-Romagna ancora non ha emesso. I concorsi e di reclutamento del personale dipendente è problematico e lo sta diventando anche quello del personale convenzionato proprio per la scarsità di corsi attivati, della mancata pubblicazione degli incarichi e della costrizione in molte aree a svolgere doppie mansioni contemporanee di medico di pronto soccorso e di ambulanza.

In un paese nel quale a causa dei problemi di programmazione ci troviamo con tanti laureati e abilitati che non possono neanche confrontarsi con un pubblico concorso per operare in questo settore non vorremmo arrivare al paradosso che per il tramite di fantasiosi passaggi burocratici di procedure si sostituisca la figura medica con quella dell'infermiere in quanto rimangono profili professionali con finalità diversa e integrata.

L'ultima considerazione che desideriamo portare alla Sua attenzione è quella relativa alla formazione, necessario porre grande attenzione alla programmazione dei servizi di emergenza territoriale perché una formazione in questo ambito crediamo sia essenziale per i futuri professionisti indipendentemente dallo specifico settore nel quale andranno ad operare. È importante quindi garantire che sia presente un numero congruo di mezzi di soccorso medicalizzati proprio per consentire anche tutti quei bisogni formativi che altrove non potrebbero trovare risposta.

Nel ringraziarla dell'attenzione, confidiamo che il suo dicastero vorrà dedicare la dovuta attenzione ai temi presentati

Il Presidente Regionale
Elisabetta Simoncini