



IL SINDACATO DEI MEDICI

COORDINAMENTO NAZIONALE EMERGENZA URGENZA

**EMERGENZA 118: MODELLI REGIONALI A
CONFRONTO**

Napoli 19 dicembre 2016

Emergenza 118: Quale futuro? Proposte CIMO

Dott. Alessandro Caminiti

Resp. U.O.S. Provinciale - S.U.E.S. Roma Città Metropolitana - A.R.E.S. 118 Lazio

Delegato Aziendale CIMO – Componente Coordinamento Nazionale Emergenza Urgenza



FIMEUC



Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza Catastrofi

FIMEUC

www.fimeuc.org

Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi
SIMEU. SIMEUP. CoMES. SMI. SNAMI-ES. SPES. CIMO-ASMD. ANAAO

MANIFESTO FIMEUC 2014-16

25°
anniverario
ancora
insieme

D.P.R.
27 marzo 1992



DP.R. 27 marzo 1992



la creazione di un sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria strutturato:

Fase di Allarme e prima risposta sul territorio (istituzione del numero unico di chiamata 118, delle Centrali Operative e delle postazioni-mezzi di emergenza territoriali)

Fase di Risposta Ospedaliera disposta su più livelli di intervento.





- DPR 27 Marzo 1992
- L.G. 1996
- 2009 Specializzazione in Medicina d'urgenza
- D.M. 70/2015

IL SISTEMA I18 IN ITALIA OGGI





“Senza un’area unica dell’emergenza urgenza a livello nazionale, la Rete ospedaliera e nuovi LEA sono a rischio di sostenibilità”

La mancata applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992, atto che costituiva il servizio di emergenza urgenza del sistema sanitario nazionale e regionale, rischia di far collassare tutto il sistema. *E’ necessario, ora più che mai, avere a livello nazionale un sistema uniforme sotto gli aspetti organizzativi dei sistemi di emergenza urgenza.* E’ una delle necessità imprescindibili per affrontare le nuove sfide poste dalla riorganizzazione dei servizi a livello territoriale e ospedaliero. Questo è quanto dichiarato al termine della riunione nazionale del coordinamento Cimo Emergenza Urgenza.

Di fatto, oggi, la sanità è in continua ricerca e sviluppo di un *nuovo modello clinico assistenziale, territorio-ospedale, sicuro e di qualità, che usi le risorse in modo appropriato, garantendo i livelli minimi assistenziali, migliorando continuamente la qualità e gli esiti dei servizi erogati.* Per questo riteniamo che l’*Emergenza urgenza* debba diventare la *colonna vertebrale sistema sanitario nazionale*, costituita da più corpi: quello del sistema 118 (emergenza preospedaliera), i servizi di pronto soccorso di osservazione (emergenza alla porta dell’ospedale), le medicine urgenza e di intensità (emergenza intra ospedaliero). *Solo creando una rete, che unisca il territorio all’ospedale e gli ospedali fra loro, si potrà affrontare e garantire l’emergenza.*

Come coordinamento stiamo raccogliendo dati sulle criticità che ogni territorio incontro nel servizio di emergenza urgenza. Questi dati verranno presentati il 28 e il 29 ottobre nel corso del nostro convegno annuale. In attesa che anche i dati confermino quanto sosteniamo da anni, chiediamo al Governo e alle Regioni:

“Senza un’area unica dell’emergenza urgenza a livello nazionale, la Rete ospedaliera e nuovi LEA sono a rischio di sostenibilità”

Chiediamo:

- **Un Dipartimento Emergenza Urgenza in ogni azienda**
- **Un Dipartimento Monospecialistico con “Specialista in Medicina di Emergenza Urgenza” a garanzia dei PDTA per Patologie e Traumi Tempo dipendenti.**
- **Piante Organiche determinate e definite. Standard del personale nell’emergenza sistema 118, nel Pronto Soccorso, OBI e nei reparti di degenza.**
- **La stabilizzazione dei medici precari a rapporto subordinato e di tutti quei medici che non hanno la specializzazione ma che in questi anni hanno maturato conoscenze e competenze lavorando a sostegno del sistema emergenza urgenza regionale. E un unico contratto lavorativo.**



**UNICO
MODELLO
NAZIONALE
DI
EMERGENZA
URGENZA**

In media quasi **1 persona su 2** si reca
una volta l'anno in Pronto Soccorso
(343 DEA e 550 PS)

Accede direttamente nel **86%** dei casi
Tramite il 118 nel **12%** dei casi

Il **75%** dei cittadini viene successivamente **dimesso** e solo il **13%** viene **ricoverato**



**Tutto ciò dimostra
l'enorme lavoro
prodotto all'interno del PS/118 e la grande
efficienza degli operatori che porta ad un
numero piuttosto ridotto di ricoveri**

**Stabilizzazione e trasporto dei pazienti dalla
scena dell'evento direttamente agli ospedali più idonei
a garantirne il trattamento definitivo
evitando tappe intermedie che rallenterebbero la
soluzione del problema**





.. La risposta ad un bisogno di
SALUTE ..
è uguale .. ovunque ..

Formazione ed accesso



LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DI EMERGENZA



Solo nel 2006, con il Decreto Ministeriale 118, viene istituita la scuola di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, che parte nel 2009

**La creazione della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza ha attivato ogni anno 50 contratti ministeriali, e altri 50 contratti sono attivati da finanziamenti regionali:
sono insufficienti**

è importante aumentare in modo consistente i contratti

Carenza di organici

negli anni passati si è fatto ricorso ad un numero elevato di equipollenze ed all'inserimento nel sistema emergenza di medici provenienti dalla medicina convenzionata o con contratti libero professionali

Il blocco del turnover nelle regioni sotto piano di rientro ha incrementato il fenomeno del lavoro atipico

DIRIGENTI MEDICI



**CONVENZIONATI
a Tempo Determinato**

**CONVENZIONATI
a Tempo Indeterminato**

Contratti libero professionali

Stabilizzazione

**si rende necessario il passaggio alla
dipendenza dei Medici del 118
convenzionati su tutto il territorio
nazionale e dei medici con rapporto a
tempo determinato**



VENERDI 11 NOVEMBRE 2016 – ORE 10.00

**SIT IN DI PROTESTA DAVANTI AD
ASSESSORATO SALUTE – PALERMO**

**PER DIRE BASTA ALL'ASSENZA DELLA RETE OSPEDALIERA
PER DIRE BASTA AL PRECARIATO IN SANITA'
PER CHIEDERE LO SBLOCCO DELLE ASSUNZIONI
PER UNA SANITA' MIGLIORE PER TUTTI**



STOP AL PRECARIATO IN SANITA'

Numero di Medici precari da stabilizzare:

- **7.000 a Tempo Determinato**
- **6.500 Contratti Atipici**

Medici da assumere

- **12.000** ad oggi
- **6.000** per coprire i pensionamenti del triennio 2012/2014
- **6.000** per applicare la direttiva europea sull'orario di lavoro

TRA il 2017 e il 2020 avremo

**20.000 Medici del SSN in
Meno**



**I medici in servizio da almeno 5 anni,
senza apprezzabile interruzione,
presso i servizi di emergenza sanitaria
possono
partecipare ai concorsi
ancorché
non in possesso del
diploma di specializzazione**



UNICA FIGURA PROFESSIONALE DEL MEDICO SPECIALISTA IN EMERGENZA





118

Si fa con
gli Infermieri



Il Governo Clinico



Medico di Centrale Operativa



Sul Territorio

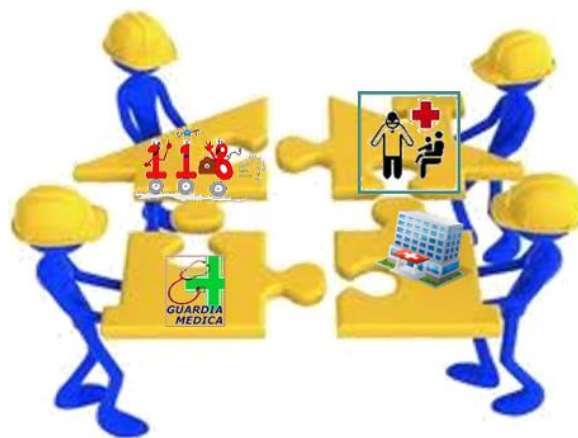
Un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km².





L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

**Ospedale e territorio:
una logica di sistema**



END POINTS

- **Organico omogeneo**
- **Personale medico dipendente**
- **Uniformità di obiettivi e di standard assistenziali erogati**
- **Omogeneità organizzativa, strutturale e formativa**

END POINTS

- **Integrazione Cure primarie e S.E.U.**
- **SET deve essere integrato al sistema d'emergenza ospedaliero (Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza) in termini strutturali.**
- **Rotazione del personale medico ed infermieristico tra assistenza intra ed extra-ospedaliera**

SICUREZZA SUL LAVORO



“Pretendiamo luoghi di lavoro a cominciare dai Pronto Soccorsi caratterizzati da dignità, sicurezza e appropriatezza”

AOSTA

08/08/2013

Minacce di morte in Pronto Soccorso
e liti per chi deve essere visitato prima
Il primario: "Situazione insostenibile"



TIVOLI

14/04/2016

Aggredisce un medico e un poliziotto al
pronto soccorso, arrestato 33enne



NAPOLI

12/10/2016

Non riescono a rianimare 60enne,
sanitari del 118 aggrediti

COMUNICATO STAMPA
ROMA 06/10/2016

I PRONTO SOCCORSO SONO LA TRINCEA DELLA SANITA' PUBBLICA
I MEDICI COSTRETTI A LAVORARE SEMPRE IN PRIMA LINEA

Il pronto soccorso è il posto dove su pazienti e operatori sanitari sono scaricate tutte le inefficienze organizzative. Questo emerge dal rapporto TDM-Cittadinanza e SIMEU sullo stato di salute dei Pronto Soccorso italiani. Uno spaccato della sanità italiana non nuovo ai pazienti ed operatori sanitari ma certamente ben conosciuto da chi ritiene che il sistema di emergenza-urgenza non debba rientrare nelle scelte strategiche della sanità perché eccessivamente denso di problemi e rischi a fronte di fattori produttivi poco interessanti.

“E' l'ennesimo esempio, questo – **commenta Guido Quici, Vice Presidente Vicario di Cimo** - di diseguaglianza tra i cittadini per effetto della estrema regionalizzazione dei processi organizzativi sanitari. Ed è anche la dimostrazione della mancata volontà di realizzare una Rete Unica della Emergenza ed Urgenza anche attraverso l'istituzione di un ruolo unico per i medici che lavorano nei 118, nei Pronto Soccorso, nei DEA, superando la molteplicità dei contratti professionali nel settore delle emergenze”.

Non è più tollerabile che chi lavora nell'emergenza sia destinato solo a fare il "lavoro sporco", abbandonato a se stesso ed in situazioni di cronica precarietà assumendo, spesso, anche il ruolo di "parafulmine" nei confronti dei pazienti e familiari vittime di organizzazioni obsolete dove i lunghi tempi di attesa, gli spazi ridotti, le dotazioni scarse ed il sovraffollamento sono la regola.

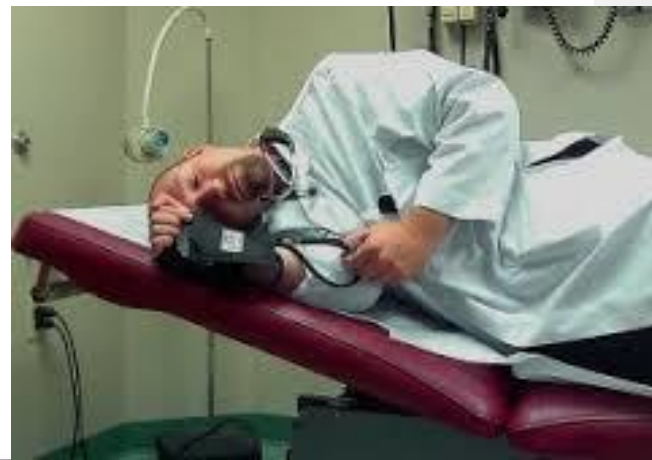
I dati emersi dal rapporto sono molto interessanti in termini di inadeguatezza degli spazi e delle risorse ma anche relativamente alla carenza delle OBI segno, questo, di una mancata applicazione degli standard e, soprattutto, di una incompleta ed inefficace rete di Emergenza e Urgenza.

“E' condivisibile quanto sostiene Aceti rispetto alla necessità di investire nei Pronto Soccorso per migliorarli e renderli più accessibili ed umani, anche attraverso l'adozione in tutte le strutture degli otto punti previsti nella Carta dei Diritti al Pronto Soccorso – **continua Quici** - E per chi lavora nei Pronto Soccorso, vorrei aggiungere almeno altri due diritti : **la valorizzazione e gratificazione professionale certa di chi lavora in condizioni di estremo disagio e complessità e, soprattutto, l'implementazione obbligatoria in tutte le aziende della Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007 relativa alla protezione e prevenzione da atti di violenza a danno degli operatori sanitari**”.

STRESS PSICO-FISICO PER I MEDICI DI EMERGENZA



- **Sovraccarico di lavoro**
- **Pressione dei pazienti**
- **Comunicazione con i loro familiari**
- **Paura di commettere errori**
- **Rischio di denunce**
- **Pesanti turni di guardia**



Nelle ore di punta mentre un Medico di reparto visita 1 paziente durante il giro visite, un **Medico di Pronto Soccorso** ne ha già preso in consegna e ne tiene in trattamento **7**

Indagine ACEMC (Emergency Medicine and Care Academy)





Il carico di lavoro e lo stress psicofisico sopportato dagli operatori che lavorano nell'area dell'emergenza non ha l'equivalente in nessuna altra categoria di lavoratori addetti alla sanità

Per questo è fondamentale riconoscere ai medici che lavorano in tale settore la **“mansione usurante”** non per il numero di notti lavorative (in media 52/54 anno mentre la legge ne prevede oltre 64) ma per la necessità di occuparsi di tante persone contemporaneamente in condizioni di tempo ridotto al minimo

Il Medico di Emergenza è sottoposto tutto l'anno ad una usura che costituisce un serio pericolo per sé e per le persone che deve soccorrere

AUMENTATO
RISCHIO CLINICO
NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE
CRITICO CON PATOLOGIE TEMPO
CORRELATE



Cause più frequenti di errore e di malpractice

15 % dei problemi dipendono da fattori individuali, l'85 % da fattori organizzativi

- aumento eccessivo dei carichi di lavoro/stress;
- situazioni di emergenza ed urgenza
- inadeguata dotazione organica del personale, Supervisione inadeguata
- introduzione non pianificata e priva di adeguato periodo di prova di nuove procedure, di nuove regole organizzative, di nuove strategie...;
- mancanza, o non consultazione adeguata, di protocolli e linee guida presenti
- aumento ingiustificato della catena di trasmissione di dati e parametri, orale o scritta; Comunicazione inadeguata fra operatori
- utilizzo di personale non esperto;
- struttura edilizia dell'ambiente di lavoro o tecnologie inadeguate
- obbiettivi in conflitto (per esempio, tra limiti economici dell'assistenza ed esigenze cliniche)



ALZIAMO LA VOCE.IT

PER VINCERE CONTRO LA **MALASANITÀ**



Malasanità

*Sei vittima di un
errore medico?*

*Hai 10 anni per chiedere
il risarcimento!*

Se ti senti vittima di una errata prestazione sanitaria e ritieni di avere subito un danno noi ti aiutiamo ad ottenere il giusto risarcimento.



**RESPONSABILITÀ
MEDICO-SANITARIA**


GIESSE

0421 394203

specializzati nel

**RISARCIMENTO
DANNI**

PORTOGRUARO Complesso Domusviva - www.giesse.info

La conseguenza è che i premi assicurativi schizzano alle stelle , le aziende subiscono un vero e proprio salasso per tutelarsi da quello che sembrerebbe un affare colossale

Commissione d'inchiesta errori sanitari

A soli tre anni dall'entrata in vigore della discussa **legge 189 del 2012** (meglio nota come “**legge Balduzzi**”), il legislatore è, infatti, intervenuto nuovamente con il **disegno di legge Gelli** (d' ora in poi ddl Gelli), modificando sostanzialmente la responsabilità medica, per come finora delineatasi in materia penale e civile.



La nuova **responsabilità del medico** dopo la legge Balduzzi

Aggiornato alla L. 8 novembre 2012, n. 189,
recante disposizioni urgenti per la tutela della salute

Marco De Luca

Già licenziato dalla Camera dei Deputati il 28 gennaio 2016, il disegno di legge approda al Senato per diventare legge.

Il ddl Gelli, come già la legge Balduzzi, avrebbe fra gli scopi principali quello di scongiurare la c.d. “**medicina difensiva**”, e cioè i comportamenti dei sanitari volti più ad **evitare** eventuali addebiti che non a prendersi cura del paziente.



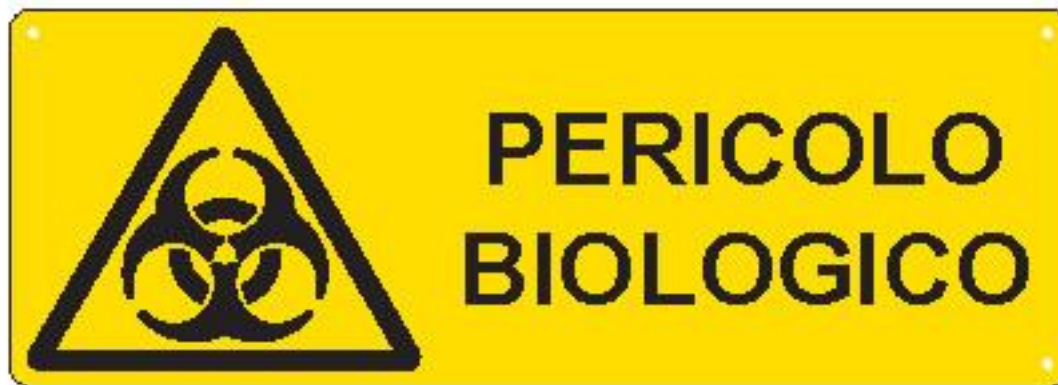


DECALOGO

1. Assicura ABCDE
2. Considera e somministra Tiamina, Naloxone, ...
3. Test di Gravidanza
4. Pensa al Peggio
5. Non inviare pazienti instabili in radiologia
6. Cerca i comuni segni di allarme
7. Non fidarti di nessuno, non credere a nulla ..
8. Impara dai tuoi errori
9. Tratta gli altri come faresti con il tuo familiare
10. Se sei in dubbio sbaglia a favore del paziente



AUMENTATO RISCHIO BIOLOGICO
LEGATO ALLE PARTICOLARI
CONDIZIONI DI APPROCCIO CON IL
PAZIENTE ED AL CONTESTO IN CUI SI
OPERA



AUMENTATO RISCHIO DI INFORTUNIO LAVORATIVO

**LEGATO AL RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE IN
EMERGENZA DEI PAZIENTI ,AL RISCHIO DI
INCIDENTI STRADALI DEI MEZZI DI SOCCORSO
O DI AGGRESSIONI DA PARTE DI PAZIENTI
PSICHIATRICI E/O DA PARTE DI PAZIENTI IN
CONTESTI SOCIO CULTURALI DEPRESSI**



RICONOSCIMENTO DEL LAVORO DEL MEDICO DI EMERGENZA QUALE LAVORO USURANTE



- **PRIMA DELLA LEGGE FORNERO I MEDICI ULTRASESSANTENNI ERANO POCHISSIMI**
- **OGGI L'ETA' MEDIA DEI MEDICI DEL SSN E' DI 50,3 ANNI**
- **LA CLASSE PIU' NUMEROSA E' QUELLA TRA I 50 E I 59 ANNI**
- **IL PERSONALE MEDICO OVER 50 IN SERVIZIO SUPERA IL 50%**

**LE CAPACITA' DI SVOLGERE IL LAVORO E LE
PROPRIE MANSIONI SI MODIFICANO
SENSIBILMENTE IN SEGUITO AI FISIOLÓGICI
INVECCHIAMENTI DEI SISTEMI
MUSCOLARI, SCHELETRICI, CARDIOVASCOLARI,
CAPACITA' VISIVE E DI REAZIONE**

Pubblicazione INAIL 2013



**NON SI PUO' CHIEDERE A CHI HA SUPERATO I
63 ANNI GLI STESSI VOLUMI PRESTAZIONALI DI
CHI NE HA 35**

**BISOGNEREBBE INSERIRE IL LIMITE
MASSIMO DI 60 ANNI PER I TURNI
NOTTURNI**

Attività Libero Professionale

Art. 5 comma 4 DPCM 27/3/2000

4. L'attività libero-professionale è prestata nella disciplina di appartenenza. Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero-professionale nella propria struttura o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal direttore generale, con il parere favorevole del collegio di direzione e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, ad esercitare l'attività in altra struttura dell'azienda o in una disciplina equipollente a quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa. L'autorizzazione è concessa per l'esercizio delle attività di prevenzione di cui al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, salvo quanto previsto dall'art. 11.

Tra le attività di tipo libero professionale rientra quella di certificazione medico legale resa dall'azienda per conto dell'**INAIL** a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 4 bis - Prest.

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO
(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Alia Sede INAIL

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO
(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

S. Si dichiara che il datore di lavoro

**Accordo INAIL- Rappresentanze
Sindacali di categoria:**

**disciplina dei rapporti normativi ed
economici con i medici dell'area della
dirigenza che redigono la certificazione
a favore degli assicurati INAIL stipulata
in data**

24 dicembre 2007

**INTRODURRE INDENNITA' O
"RICONOSCIMENTO" DI TIPO
PREVIDENZIALE**

**LEGATO ALLE CONDIZIONI E AI
RISCHI CORRELATI AL LAVORO DEL
MEDICO DELL'AREA DELLA
MEDICINA DI URGENZA**

INTRODUZIONE DELLA
INDENNITA' DI SPECIFICITA' DI AREA
MEDICINA DI EMERGENZA-
URGENZA

CHE POSSA RICONOSCERE:

- GLI ASPETTI DI DISAGIO LEGATI ALL'ATTIVITA' IN AREA DI EMERGENZA URGENZA
- LE PECULIARITA'
- LE SPECIFICITA'
- LE COMPETENZE

DI PROFESSIONISTI, SPECIALISTI DI QUESTO SETTORE DELLA MEDICINA, PRE-OSPEDALIERA (**SISTEMA118**) ED OSPEDALIERA (**PRONTO SOCCORSO**) CHE RIVESTE UN RUOLO STRATEGICO IN TERMINI DI EFFICACIA, EFFICIENZA SOSTENIBILITA' EQUITA'



GRAZIE



PER

L'ATTENZIONE



Napoli 19 dicembre 2016