



FIMEUC

Federazione Italiana

**Medicina di Emergenza-Urgenza
e delle Catastrofi**

Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza e Catastrofi
www.fimeuc.it Via Francesco Durante, 19 Roma – 00151
CF – 97551690155 PEC fimeuc.fed@pec.it

Roma, 10 gennaio 2024

Indagine conoscitiva della XII Commissione della Camera dei Deputati sulla situazione della Medicina d’Emergenza-Urgenza e dei Pronto Soccorso in Italia

Buongiorno Onorevoli Deputati, Vi ringrazio per la opportunità che avete offerto a FIMEUC di partecipare all’indagine conoscitiva sulla situazione della Medicina Emergenza Urgenza e dei P.S. in Italia.

Sono Alessandro Caminiti Medico di Emergenza Urgenza, Presidente FIMEUC – Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza e Catastrofi fondata nel 2009 da Società Scientifiche e Associazioni rappresentative dei medici che operano in tutte le strutture del sistema dell’Emergenza Sanitaria Nazionale. Attualmente è costituita da: ASSIMEFAC-SMI, CIMO-FESMED-SPEME- COMES,SPES.

FIMEUC si è costituita con gli obiettivi di riorganizzazione il Sistema dell’Emergenza Sanitaria preospedaliero (118) ed ospedaliero (P.S.), adottare su tutto il territorio nazionale un modello che integri l’emergenza preospedaliera con il Pronto Soccorso ospedaliero, garantire la tutela e la specificità del lavoro dei medici infermieri e soccorritori nell’ambito dell’emergenza urgenza sanitaria, promuovere il medico specialista in medicina emergenza urgenza, prevedere per i medici dell’emergenza attualmente operativi in convenzione l’inquadramento nella dirigenza medica, riservare l’accesso alla scuola di specializzazione in emergenza urgenza ai medici convenzionati dell’emergenza territoriale.

I dati già in possesso della Commissione, ribaditi da numerosi esperti in materia, evidenziano che il problema più grave per i cittadini che si rivolgono al P.S. è il sovraffollamento (overcrowding): situazione in cui i pazienti in attesa di essere visitati o che comunque siano già entrati nel processo diagnostico terapeutico nel P.S., sono talmente numerosi da soverchiare la disponibilità di risorse e di personale tanto da pregiudicare una assistenza adeguata.

L’indagine ha già evidenziato che il sovraffollamento dei P.S. ha molteplici cause che possono essere studiate secondo un modello di processo che

prevede tre fasi: accesso (input), processi interni (throughput) ed esito (output).

Per quanto riguarda l'aumento degli accessi che riguarda la prima fase, i fattori in causa sono molteplici ma il più importante è un deficit di efficacia ed efficienza nell'assistenza distrettuale (medicina di famiglia, specialistica ambulatoriale, gestione della cronicità).



6

Fattori coinvolti nell'Overcrowding



INPUT

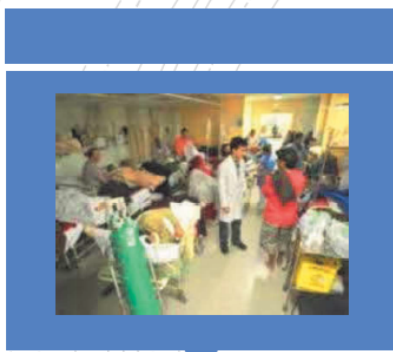
Invecchiamento popolazione e maggiore richiesta di ricovero	Difficoltà di accesso alle prestazioni urgenti	Cattiva informazione dei mass-media, scarsa educazione sanitaria
Cattiva gestione domiciliare delle malattie croniche	Picchi stagionali epidemici e mancata profilassi vaccinale	Richieste inappropriate ai DEA: accertamento età, certificazioni di malattia, prestazioni ambulatoriali, prescrizione di farmaci.....
Deficit di efficacia ed efficienza della continuità assistenziale: medici di famiglia, UCP, CAD, servizi territoriali...	Ricoveri inappropriati	Incremento popolazione povera difficoltà per affrontare le spese sanitarie
Assenza di azioni mirate sui "frequent users" ospedalieri	Centralizzazione negli ospedali metropolitani delle urgenze	Riduzione della rete di assistenza familiare
	Inadeguata gestione delle liste di attesa per i ricoveri in elezione	

Per quanto riguarda la difficoltà nei processi interni anche in questo caso i fattori sono numerosi ma il più rilevante è certamente la carenza di personale.



7

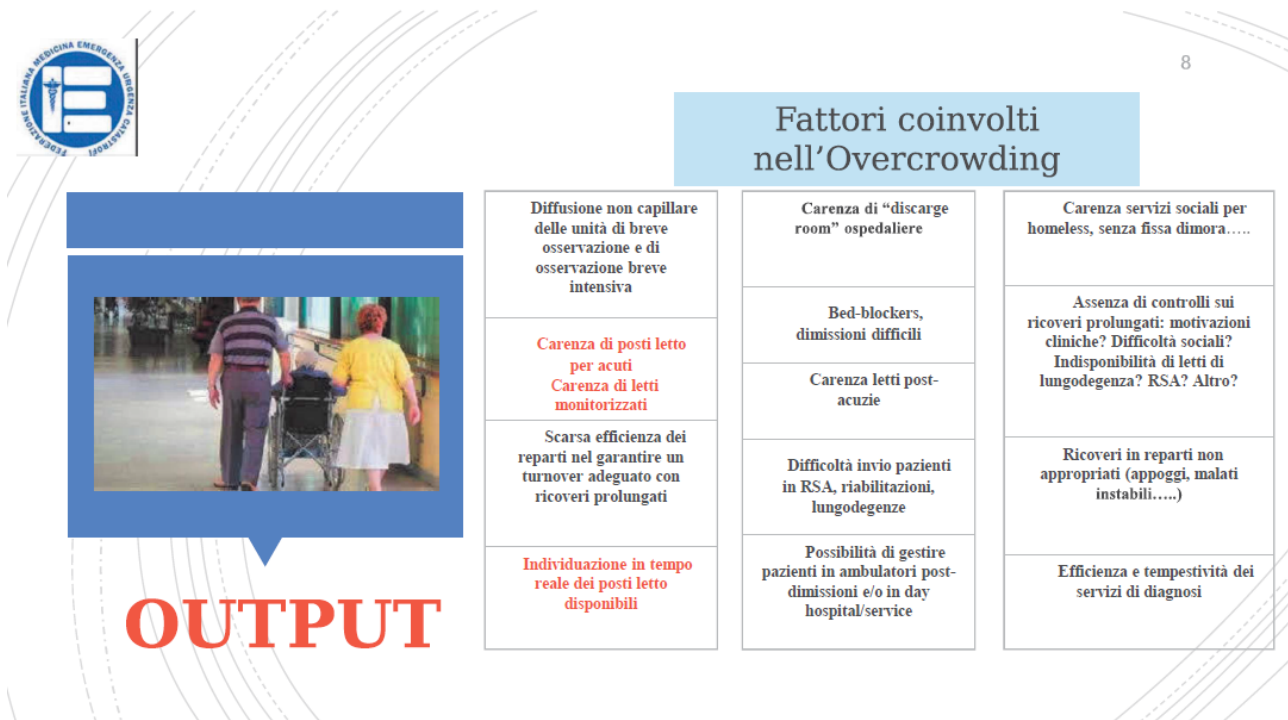
Fattori coinvolti nell'Overcrowding



THROUGHPUT

Flessibilità del triage globale, difficoltà nel rispetto dei tempi ottimali di accesso alla visita	Limiti strutturali PS/DEA	Pratica della cosiddetta medicina difensiva
Efficienza e tempestività dei servizi diagnostici	Inadeguatezza risorse economiche	Utilizzo di personale transitorio o di limitata esperienza nell'emergenza
Carenza o mancanza di consulenti, cattiva collaborazione tra professionisti	Carenza servizi di telemedicina	Carenza di raccomandazioni operative, di attività di valutazione del rischio clinico, limitato/assente supporto delle direzioni sanitarie
Understaffing Carenza di personale	Irrazionale organizzazione delle reti per l'emergenza	

Infine le problematiche relative all'esito sono ugualmente molto numerose ma la più preoccupante è la carenza di posti letto per acuti o comunque di posti letto monitorizzati che possano garantire una adeguata assistenza; tuttavia anche la difficoltà nell'individuazione in tempo utile di posti letto disponibili ed utilizzabili rappresenta un fattore di notevole importanza pratica.



Le conseguenze del sovraffollamento sono note da più di 15 anni e consistono in una minore soddisfazione dell'utenza, in un incremento della mortalità, in cure meno tempestive, uno scarso controllo del dolore, nel prolungamento dei tempi di degenza, nel peggioramento delle cronicità; inoltre al sovraffollamento si associano l'incremento dei contenziosi medico legali, ed il burnout degli operatori. Il sovraffollamento può anche provocare il pericoloso fenomeno del blocco delle ambulanze al quale consegue uno scadimento della qualità del servizio 118. In definitiva si assiste ad un peggioramento degli esiti, all'aumento dei costi ed a una minore qualità del P.S. e del 118.

Le soluzioni del problema del sovraffollamento sono quindi molteplici come molteplici sono le cause. Relativamente all'incremento degli accessi, la soluzione non può essere che lo sviluppo di una sanità ed assistenza sociale territoriale che intercetti i bisogni non urgenti della popolazione ed anche una ottimizzazione della rete dei P.S.



Il miglioramento dei processi interni al P.S. passa invece attraverso l'adeguamento della dotazione di personale sanitario assistenziale. Nei P.S. italiani mancano oltre 4000 medici ed ogni mese cresce il numero dei medici che si dimettono, il 50% dei contratti di specializzazione in medicina d'emergenza urgenza non viene assegnato. D'altra parte le retribuzioni sono inadeguate e di certo tra le più basse in Europa; il rischio di contenziosi medico legali è elevato come anche la possibilità di essere perseguiti penalmente. Le aggressioni fisiche e verbali sono frequenti. Le soluzioni non possono essere altro che: innalzamento dei compensi per i medici e infermieri che lavorano in emergenza-urgenza, migliori prospettive di carriera con incarichi professionali adeguati, passaggio alla dipendenza per i medici convenzionati, contratti adeguati per gli specializzandi (ospedali di formazione), norme più dure contro la violenza negli ospedali, la depenalizzazione dell'atto medico.

Anche se su alcune delle criticità descritte si è già intervenuti sia a livello normativo che contrattuale e comunque già sono in essere ulteriori iniziative al riguardo, tuttavia la soluzione definitiva è quella di intervenire aumentando i posti letto intraospedalieri, ottimizzando il bed management e la presa in carico del paziente in attesa di ricovero da parte del personale del reparto. Gli accessi impropri sono infatti un problema, enfatizzato da alcuni, ma minoritario rispetto a quello della permanenza in Pronto Soccorso, in attesa di ricovero. La prima causa del sovraffollamento è il **boarding o access block**, cioè lo stazionamento dei pazienti da ricoverare nell'ambito del dipartimento di emergenza/PS per la mancanza di una appropriata possibilità di collocazione ospedaliera. La riorganizzazione del SSN verso la deospedalizzazione e le conseguenti riduzioni dei posti letto specie per acuti sta determinando un progressivo e sempre meno sostenibile sovraffollamento dei PS e DEA. Tra il 2010 ed il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso. Sono stati tagliati 37 mila posti letto. Tra il 2010 e il 2019 si sono registrati 1,36 milioni di ricoveri ordinari in meno (dato che scende a meno 2,13 milioni nel 2020, primo anno di emergenza sanitaria). Un calo che non viene compensato da un aumento di ricoveri di day hospital e day surgery. Nel 2020 sono state erogate 282,8 milioni di prestazioni ambulatoriali in meno rispetto a dieci anni prima. Inoltre da fonte EUROSTAT risulta che se nel 2000 potevamo contare su 4,7 letti ogni 1.000 abitanti, nel 2020 dovevamo fare i conti con soli 3,18 letti ogni 1.000 residenti in Italia. In Germania, che con una dotazione di oltre 650mila letti ha il numero più



elevato di posti letto nella UE, ci sono ancora 7,8 letti ogni mille abitanti. In Francia, altro grande Paese con molti posti letto (poco meno di 387mila), abbiamo tuttora un indice di 5,7 letti per 1.000 abitanti. Sotto la soglia del 3 x mille troviamo la Svezia, la Finlandia, la Danimarca e i Paesi Bassi. Su soglie superiori a 6 letti per mille troviamo Austria (7 per mille), Ungheria (6,7) e Romania (7,1). In Europa, con 447 milioni di abitanti, nel 2020 si registrano 5,2 letti ogni mille abitanti.

Il boarding e il sovraffollamento dei Pronto soccorso sono quindi solo l'evidenza di un problema che affonda le radici in tutta l'organizzazione sanitaria.

La rotazione di tutti i medici in pronto soccorso, come era in passato, non può essere una soluzione perché determinerà solamente il rallentamento delle attività nei reparti, un ulteriore allungamento delle liste d'attesa ed un abbassamento del livello e della sicurezza dell'assistenza. Il 'bed manager' non potrà che constatare l'assenza di un letto per ricoverare il paziente se non si aumentano i posti letto; la carenza del personale, comporterà sempre insostenibili sacrifici ai dipendenti già al limite delle forze, ed i percorsi rapidi di assistenza sono destinati pertanto a rimanere lettera morta.

Solo la riduzione delle liste d'attesa nel Distretto può rendere il territorio un filtro reale alle richieste di salute dei cittadini, altrimenti i Pronto Soccorso continueranno ad essere l'unico presidio in cui cercare risposte.

Se non si trovano soluzioni volte a migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario che lavora in emergenza-urgenza, le dimissioni di massa minacciate diventeranno sempre più drammatiche e sempre meno giovani decideranno di intraprendere questo percorso professionale.

Per quanto il Sistema Sanitario necessiti quindi di una riforma complessiva e di investimenti reali, **FIMEUC** ritiene comunque **NECESSARIA ED INDIFFERIBILE** anche una **RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA**, (che superi il D.P.R. 27 marzo 1992 - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, che risale ormai ad oltre 30 anni or sono e ben 2 riforme sanitarie), con l'obiettivo di far riconoscere al settore il ruolo di **“QUARTA GAMBA” DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO**, al fianco dei



tre macrolivelli di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

FIMEUC nella scorsa legislatura ha sostenuto una Proposta di Legge che rappresentava una sintesi di altre proposte di riforma del settore, per contribuire a migliorare il sistema esistente, garantendo l'erogazione di prestazioni di soccorso appropriate, integrate, efficienti ed efficaci grazie alla **nascita di una rete unica che integri ospedale e territorio, di un ruolo unico e di un modello uniforme a livello nazionale.**

I punti salienti del riordino del Sistema Integrato di Emergenza Urgenza proposto da FIMEUC sono:

IL SISTEMA INTEGRATO DI EMERGENZA URGENZA È COSTITUITO DA DUE COMPONENTI:

A) Il Sistema di Emergenza Pre-ospedaliero,

B) Il Sistema di Emergenza Urgenza Ospedaliero

Queste due componenti devono operare in un contesto integrato: il **Dipartimento Integrato Emergenza-Urgenza (DIE)**: il DIE è un Dipartimento orizzontale, mono specialistico, con area di competenza prevalentemente provinciale dove insistono ospedali gerarchicamente organizzati nel modello di reti tempo dipendenti. 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.

IL SISTEMA DI EMERGENZA PREOSPEDALIERO garantisce, in situazioni di emergenza urgenza interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla valutazione, diagnosi, trattamento e stabilizzazione del paziente, sia adulto che pediatrico assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. E' costituito da Centrali Operative e postazioni di emergenza.

La **CENTRALE OPERATIVA** è una struttura complessa della disciplina di emergenza-urgenza a dimensione prevalentemente provinciale.

Le **POSTAZIONI DI EMERGENZA, MOBILI** (Automediche, ambulanze medicalizzate, infermieristiche, con soccorritore, eliambuanze,



FIMEUC

Federazione Italiana

**Medicina di Emergenza-Urgenza
e delle Catastrofi**

Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza e Catastrofi
www.fimeuc.it Via Francesco Durante, 19 Roma – 00151
CF – 97551690155 PEC fimeuc.fed@pec.it

idroambulanze) e **FISSE** (Punti di Primo Intervento), sono dimensionate alla popolazione ed alla tipologia/estensione di aree geografiche gestite a dirigenti di medicina di emergenza urgenza.

IL SISTEMA DI EMERGENZA OSPEDALIERO (MeCAU) è costituito dalla struttura complessa di Medicina d'Urgenza e 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.

Le UOC di MeCAU nell'ambito della propria struttura ospedaliera, sono inserite nei Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA) e possono essere organizzate in:

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)

AREA DI DEGENZA DELLA MEDICINA DI URGENZA.

Il Dipartimento Integrato di Emergenza (DIE) afferisce al **DIPARTIMENTO DI EMERGENZA REGIONALE (DER)**.

Ringrazio per l'attenzione e rinnovo la disponibilità di FIMEUC a fornire il proprio contributo anche mettendo a disposizione la proposta di Legge presentata nella scorsa Legislatura.