

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'Emergenze  
Sanitaria nazionale

# FIMEUC



# OBIETTIVI

- Riorganizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria, preospedaliero (118) ed ospedaliero (Pronto Soccorso), mediante la piena applicazione delle Reti delle patologie tempo-dipendenti
- Adottare su tutto il territorio nazionale un modello che integri l'emergenza preospedaliera ed ospedaliera, in un'unica area, mediante l'istituzione dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza Integrati (DIE)
- Garantire la tutela e la specificità del lavoro eseguito dai medici, infermieri e soccorritori di emergenza urgenza, con riconoscimento economico e di carriera.

# FIMEUC



# OBIETTIVI

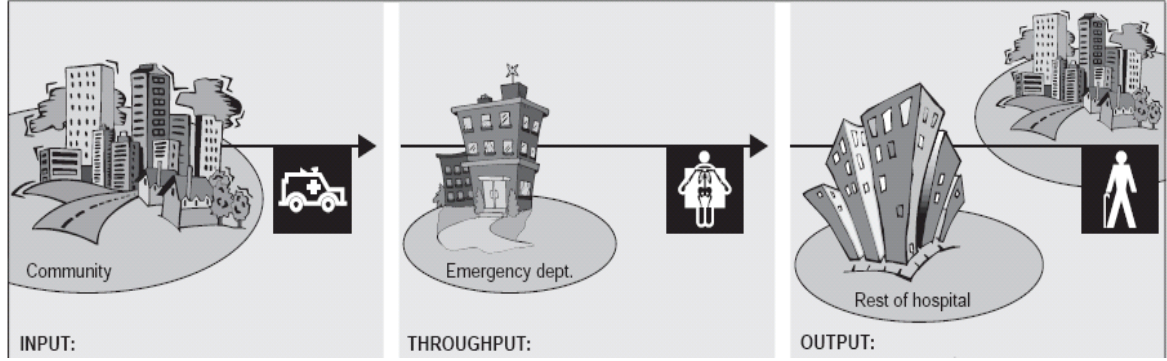
- Promuovere il Medico Specialista in Medicina di Emergenza Urgenza, in linea con le moderne acquisizioni scientifiche, come protagonista principale di tutto il processo clinico terapeutico che si incentra sul paziente critico
- Garantire ai medici dell'emergenza urgenza attualmente operativi, non in possesso di specializzazione ma in convezione, che operano da almeno 5 anni, l'inquadramento a domanda nella Dirigenza Medica.
- Riservare l'accesso alla scuola di specializzazione in emergenza-urgenza ai medici convenzionati con meno di cinque anni di anzianità, con successivo inquadramento nella Dirigenza Medica e conservazione della anzianità di servizio

# SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING) **DEFINIZIONE**

Situazione in cui il numero di **pazienti** in attesa di essere visitati, quelli in corso di valutazione o di trattamento e quelli in attesa di collocamento appropriato **soverchiano la disponibilità di letti e/o le capacità del personale in servizio**, limitando seriamente le funzioni del dipartimento stesso.

**non c'è più una postazione libera per fornire l'assistenza adeguata** al successivo paziente che accede in PS e che necessita di cure urgenti

**INPUT THROUGHPUT OUTPUT**



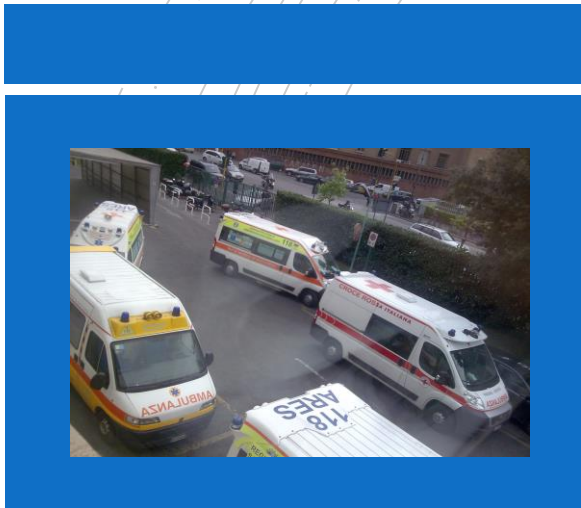
**Accesso dei pazienti al DEA/PS:**  
**118, medico famiglia, specialista, ambulatori, case di cura, polizia, decisione autonoma**

**Gestione del paziente in PS/DEA:**  
**triage, visita medica, valutazione diagnostica, trattamento**

**Al Termine delle attività di PS/DEA:**  
**dimissione, ricovero, trasferimento ad altra struttura**

**MODELLO**

## Fattori coinvolti nell'Overcrowding



**INPUT**

Invecchiamento popolazione e maggiore richiesta di ricovero

Cattiva gestione domiciliare delle malattie croniche

**Deficit di efficacia ed efficienza della continuità assistenziale: medici di famiglia, UCP, CAD, servizi territoriali...**

Assenza di azioni mirate sui "frequent users" ospedalieri

Difficoltà di accesso alle prestazioni urgenti

Picchi stagionali epidemici e mancata profilassi vaccinale

Ricoveri inappropriati

Centralizzazione negli ospedali metropolitani delle urgenze

Inadeguata gestione delle liste di attesa per i ricoveri in elezione

Cattiva informazione dei mass-media, scarsa educazione sanitaria

Richieste inappropriate ai DEA: accertamento età, certificazioni di malattia, prestazioni ambulatoriali, prescrizione di farmaci.....

Incremento popolazione povera difficoltà per affrontare le spese sanitarie

Riduzione della rete di assistenza familiare

## Fattori coinvolti nell'Overcrowding



Flessibilità del triage globale, difficoltà nel rispetto dei tempi ottimali di accesso alla visita

Efficienza e tempestività dei servizi diagnostici

Carenza o mancanza di consulenti, cattiva collaborazione tra professionisti

**Understaffing**  
**Carenza di personale**

Limiti strutturali PS/DEA

Inadeguatezza risorse economiche

Carenza servizi di telemedicina

Irrazionale organizzazione delle reti per l'emergenza

Pratica della cosiddetta medicina difensiva

Utilizzo di personale transitorio o di limitata esperienza nell'emergenza

Carenza di raccomandazioni operative, di attività di valutazione del rischio clinico, limitato/assente supporto delle direzioni sanitarie

# THROUGHPUT



## Fattori coinvolti nell'Overcrowding



# OUTPUT

Diffusione non capillare delle unità di breve osservazione e di osservazione breve intensiva

**Carenza di posti letto per acuti**  
**Carenza di letti monitorizzati**

Scarsa efficienza dei reparti nel garantire un turnover adeguato con ricoveri prolungati

**Individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili**

Carenza di “discharge room” ospedaliere

Bed-blockers, dimissioni difficili

Carenza letti post-acuzie

Difficoltà invio pazienti in RSA, riabilitazioni, lungodegenze

Possibilità di gestire pazienti in ambulatori post-dimissioni e/o in day hospital/service

Carenza servizi sociali per homeless, senza fissa dimora.....

Assenza di controlli sui ricoveri prolungati: motivazioni cliniche? Difficoltà sociali? Indisponibilità di letti di lungodegenza? RSA? Altro?

Ricoveri in reparti non appropriati (appoggi, malati instabili.....)

Efficienza e tempestività dei servizi di diagnosi



9 febbraio 2009 – Barella



## CONSEGUENZE

Perdita della centralità del paziente, minore soddisfazione

Incremento delle percentuali di mortalità

Condizionamento nella tempestività delle cure

Scarso controllo del dolore

Prolungamento dei tempi di permanenza in ospedale

Peggioramento delle patologie in seguito all'accesso in PS

Incremento dei contenziosi e delle azioni legali

Gravi problematiche di turn-over dello staff e di burn out

Pericolosi fenomeni di blocco/diversione delle ambulanze

**Peggioramento di performances, aumento costi, minore qualità**

## Il cittadino che va in Pronto Soccorso....

### INPUT

sviluppo di una sanità ed assistenza sociale territoriale che intercetti i bisogni non urgenti della popolazione e una ottimizzazione della rete dei Pronto Soccorso che permetta un rapporto continuo tra ospedali Hub e Spoke

### SOLUZIONI

Chi avete contattato prima di recarvi al pronto soccorso/chiamare il 118?	PS	Tot. Accessi
Il Medico di medicina generale (MMG) ci ha indicato di rivolgerci al Pronto soccorso	26%	5.315.000
La Guardia Medica ci ha indicato di rivolgerci al Pronto soccorso	6%	1.226.000
Il MMG, ma non siamo riusciti a parlarci	3%	613.350
La Guardia Medica, ma non siamo riusciti a parlarci	3%	613.350
Siamo venuti qui perché riteniamo che il caso sia grave	34%	6.951.000
Siamo venuti direttamente qui perché ci fidiamo solo dell'ospedale	23%	4.702.000
Siamo venuti direttamente qui perché il MMG è fuori dalla sua fascia oraria di reperibilità	6%	1.226.000
Altro	14%	2.852.000

**(understaffing)**

### THROUGHPUT

Miglioramento dei processi interni al Pronto Soccorso con un adeguamento della dotazione di personale sanitario e assistenziale

## SOLUZIONI

- Nei Pronto soccorso italiani mancano oltre quattromila medici
- Elevato numero di dimissioni con l'abbandono di cento professionisti al mese
- Il 50% dei contratti di specializzazione in medicina d'emergenza non è stato assegnato, abbandono dopo i primi anni di corso

### PRINCIPALI MOTIVI

- Retribuzioni inadeguate, di certo più basse rispetto al resto d'Europa
- Alto rischio di contenziosi medico legali
- Frequenti aggressioni

## CARENZA DI PERSONALE (understaffing)

### THROUGHPUT

Miglioramento dei  
processi  
interni al Pronto Soccorso  
con un adeguamento  
della dotazione di  
personale sanitario e  
assistenziale

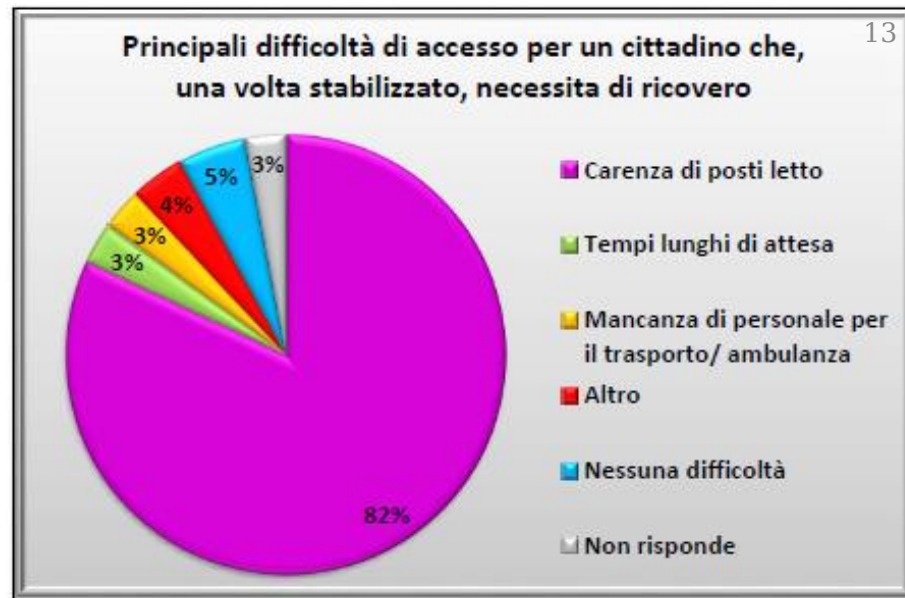
## SOLUZIONI

- 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 per gli specializzandi (ospedali di formazione)
- Norme più dure contro la violenza negli ospedali
- Depenalizzazione dell'atto medico

## OUTPUT

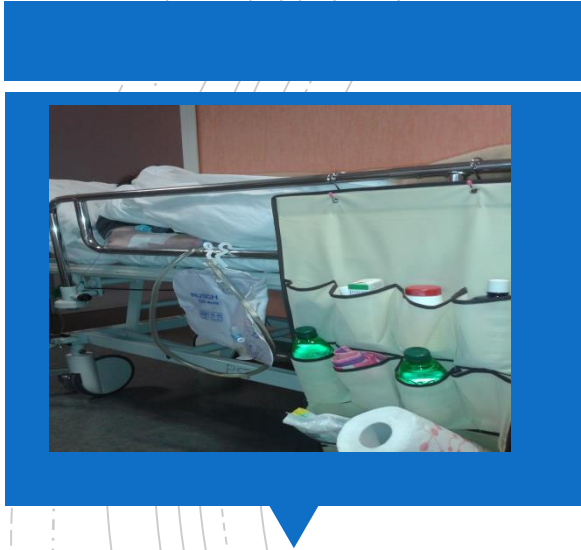
Aumento di posti letto intraospedalieri, l'ottimizzazione del bed management e la presa in carico del paziente in attesa di ricovero da parte del personale del reparto

## SOLUZIONI



Gli accessi impropri sono un problema, ma del tutto minoritario rispetto a tutti gli altri, in particolare la permanenza in attesa di ricovero, in barella (boarding).

La percentuale degli accessi impropri, non rappresenta un problema e comunque può essere quantificata soltanto dopo valutazione medica: non di rado tra i casi che si presentano come a bassa priorità si nascondono casi gravi.



# BOARDING

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, i cui operatori si trovano in condizioni di lavoro sempre più spesso al di fuori delle norme di legge, in definitiva insopportabili

- Tra il 2010 ed il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso.
- Sono stati tagliati 37 mila posti letto e, nonostante le assunzioni per far fronte al Covid-19, nelle strutture ospedaliere mancano all'appello ancora oltre 29 mila professionisti, di cui 4.311 medici.
- Gli accessi in Pronto soccorso risultano in calo, ma il tasso di mortalità è aumentato dell'85%.
- Tra il 2010 e il 2019 si sono registrati 1,36 milioni di ricoveri ordinari in meno (dato che scende a -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: anch'essi infatti risultano diminuiti, rispetto al 2010, di 1,27 milioni nel 2019 e di 1,73 milioni nel 2020.
- Nel 2020 sono state erogate 282,8 milioni di prestazioni in meno rispetto a dieci anni prima: -19% di indagini di laboratorio, -30% di attività di radiologia diagnostica e -32% di attività clinica ambulatoriale.



- 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, ma che proprio in questi mesi è alla prova di una drastica riforma, ci sono ancora **7,8 letti ogni mille abitanti** poco di meno di quanti erano nel 2000 (9,1).
- **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 solo l'evidenza di un problema che affonda le radici in tutta l'organizzazione sanitaria.
- Se si prevede la rotazione di tutti i medici in pronto soccorso, il risultato non potrà che essere il rallentamento delle attività nei reparti, un ulteriore allungamento delle liste d'attesa ed un abbassamento del livello e della sicurezza dell'assistenza.

- Se non si aumentano i posti letto a nulla servirà un 'bed manager' che non potrà che constatare l'assenza di un letto per ricoverare il paziente.
- Se non si interviene sulla carenza del personale, senza richiedere ulteriori sacrifici ai dipendenti già al limite delle forze, i percorsi rapidi di assistenza sono destinati a rimanere lettera morta.
- Se non si riducono le liste d'attesa e non si interviene sul territorio, rendendolo un filtro reale alle richieste di salute dei cittadini, il 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.

Il sistema di emergenza-urgenza necessita di una riforma complessiva, che superi il D.P.R. 27 marzo 1992, che comprenda sia il sistema preospedaliero che ospedaliero, per affrontare le criticità che la pandemia da Covid-19 ha reso ancora più evidenti

**FIMEUC** ritiene ormai **NECESSARIA ED INDIFFERIBILE** una riforma complessiva del **SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA**, con l'obiettivo di far riconoscere al settore il ruolo di **“QUARTA GAMBA” DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO**, al fianco dei tre macrolivelli di assistenza, della prevenzione collettiva e sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e dell'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.

**Con la nascita di una rete unica che integri ospedale e territorio, di un ruolo unico e di un modello uniforme a livello nazionale l'Emergenza-Urgenza non sarà più la «Cenerentola del SSN»**

## **Proposta di riordino del sistema di emergenza urgenza (riforma del D.P.R. 27 marzo 1992)**

- **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 provinciale ma anche interprovinciale o di area vasta o area metropolitana dove insistono ospedali gerarchicamente organizzati nel modello di reti tempo dipendenti e Hub & Spoke.**

**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, al fine di assicurare una gestione appropriata e tempestiva delle emergenze e delle urgenze sanitarie sia dal Territorio (Sistema preospedaliero) o che si presentino alla porta dell'Ospedale (Sistema Ospedaliero)**



**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 della Rete ospedaliera di riferimento e

- **La CENTRALE OPERATIVA** è una **struttura complessa della disciplina di emergenza-urgenza a dimensione prevalente provinciale** o sovra-provinciale, dotata di numero di accesso breve ed unico (1-1-8/1-1-2) su tutto il territorio nazionale, che governa con risposta immediata tutti i collegamenti di allarme sanitario, le attività cliniche ed i percorsi assistenziali, garantite dal medico di centrale presente h24, dell'intero Sistema di Emergenza Pre-ospedaliera.
- **Le POSTAZIONI DI EMERGENZA, MOBILI (Automediche, ambulanze medicalizzate, infermieristiche, con soccorritore, eliambuanze, idroambulanze) e FISSE (Punti di Primo Intervento)**, sono costituite da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie con dislocazione strategica sul territorio; **sono dimensionate alla popolazione ed alla tipologia/estensione di aree geografiche** e sono organizzate per aree con più postazioni territoriali. **Un'area con più postazioni territoriali è una UOS /UOC diretta da un Dirigente medico della disciplina 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 come DM 70/2015 .

- **Le UOC di MeCAU nell'ambito della propria struttura ospedaliera, sono inserite nei Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA)** di I o II livello nella rete ospedaliera Hub-Spoke negli Ospedali Provinciali e di Riferimento per Patologia. E' la struttura organizzativa dell'emergenza-urgenza deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e agli altri interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strumentali di urgenza, e a garantire il trasferimento in continuità di soccorso (ove appropriato) all'ospedale di riferimento HUB (Reti per IMA, Ictus, Traumi Maggiori) e garantire al minimo 24/24 attività di chirurgia generale, medicina interna, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, trasfusionale, farmaceutica.
  - **L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)** è una articolazione organizzativa della MeCAU caratterizzata da percorsi clinico-assistenziali che consentono la gestione di problemi clinici in urgenza entro 36 ore senza ricorso al ricovero ordinario, attraverso valutazioni clinico-strumentali "intensive" ovvero compresse in tempi brevi. E' dotata di 1 postazione ogni 4-6000 accessi, il 40% dei quali monitorizzabili.
  - **L'AREA DI DEGENZA DELLA MEDICINA DI URGENZA** è dedicata alla gestione di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso (Area Rossa - Emergenza) critici o a elevato rischio di instabilità (area Gialla-Urgenza indifferibile) che necessitano di un periodo prolungato di stabilizzazione prima del trasferimento nel reparto più appropriato a timing definito (massimo 72h). I pazienti non devono richiedere Ventilazione Meccanica Invasiva e/o monitoraggio emodinamico invasivo. Il numero di posti letto, 4pl/100pl dell'ospedale, comprende almeno il 30% dei letti monitorizzati, con rapporto infermiere /paziente pari a 1:4 ed 1 medico h/24.
- **Il Dipartimento Integrato di Emergenza (DIE) afferisce al DIPARTIMENTO DI EMERGENZA REGIONALE (DER) o equivalente al fine di garantire una visione unitaria, nonché coordinata e integrata dal punto di vista gestionale, dei processi e dei percorsi clinici, assistenziali, organizzativi e gestionali da assicurare all'utenza in caso di emergenza-urgenza sanitaria sull'intero territorio regionale sia in ambito pre-ospedaliero che intraospedaliero.**