



SINDACATO AUTONOMO URGENZA EMERGENZA SANITARIA

Nuova proposta di Riorganizzazione dei Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale (Ri.S.E.S.T.)

Premessa

Fondo finanziario

Si ritiene che la qualità del sistema sanitario ed ogni forma di organizzazione sanitaria siano condizionati dal fondo finanziario a disposizione. L'attribuzione dell'1,6 % della spesa sanitaria al Servizio 118, a nostro avviso, è esigua in relazione alle funzioni espletate che saranno sinteticamente descritte di seguito.

Norme

Il Servizio 118 è stato istituito sul territorio nazionale con il DPR del 27 marzo 1992. L'articolo 2, comma 2 del citato DPR detta che *“Le Regioni organizzano le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su:*

a) il sistema di allarme sanitario (Servizio 118)

b) il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria (Pronto Soccorso ospedaliero e DEA).

Ne deriva che ogni Regione ha organizzato il Servizio 118 secondo il proprio modello, creando una difformità organizzativa del sistema sul territorio nazionale. Tale difformità è stata evidenziata dalla nostra O.S. nel “Progetto Ri.S.E.S.T.” del 2014 il quale, al contempo, ha rilevato che l'art. 2 del DPR era in contrasto con l'art. 1 dello stesso DPR che recita che il livello assistenziale di emergenza sanitaria è *“da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale...”* e, pertanto, chiedeva l'intervento del Capo dello Stato e del Ministro della Salute affinché fossero emanate direttive dalla Conferenza Stato-Regioni al fine di risolvere tale discordanza e garantire uniformemente l'assistenza sanitaria in emergenza ai cittadini, in qualsiasi ambito del territorio nazionale si trovassero. La questione diventa ancora più complessa in relazione alla autonomia legislativa posseduta dalle Regioni; per cui, solo un referendum popolare potrebbe assegnare allo Stato la competenza organizzativa del sistema di Emergenza sanitaria, garantendo così la uniformità del sistema su tutto l'ambito nazionale. La Conferenza Stato - Regioni ha emanato nel 1992 e nel 1996 linee guida, di carattere tecnico-organizzativo, per l'assistenza sanitaria in Emergenza Territoriale cui si sono attenute tutte le Regioni assicurando, anche se parzialmente, l'uniformità del sistema. L'accesso dei Medici ai servizi di Emergenza Territoriale è avvenuto principalmente mediante la stipula di contratto di lavoro di tipo convenzionale ex ACN di Medicina Generale, ove il requisito è costituito dal Corso di formazione di Emergenza territoriale ex art.22 dell'ACN, oppure dal titolo di specialista in Anestesia e Rianimazione. Qualche Regione, in virtù dell'autonomia legislativa, ha stipulato contratti con Enti di volontariato che ha fornito i propri medici nel Servizio di Emergenza Territoriale. Successivamente, sono stati varati il D.Lgs 502/92 modificato dal D.Lgs 517/93 e il D.Lgs 229/99 che hanno consentito il passaggio alla dipendenza rispettivamente dei Medici della Guardia Medica e di Emergenza Territoriale in possesso di determinati requisiti, oggi non più validi. Tenuto conto che i citati decreti prevedevano una discrezionalità delle Regioni di applicazione della norma, ne è derivato che solo alcune Regioni e, in tempi diversi, hanno consentito il passaggio alla dipendenza dei Medici convenzionati di Medicina Generale. Di conseguenza, avviene che, nell'ambito della stessa Regione, Azienda o addirittura postazione 118, operano Medici convenzionati e dipendenti, creando disomogeneità nel sistema, considerato che i contratti di lavoro sono diversi e che, pertanto, sono diverse le norme che disciplinano i rispettivi compiti. In alcune AA.SS.LL. operano nel sistema anche medici con contratto libero professionale ex D.Lgs 165 /2001 ,Art 7, comma 6 e Medici volontari di Enti del volontariato. L'inquadramento nel ruolo sanitario dei Medici di Emergenza Territoriale avviene, secondo le norme vigenti, con concorso pubblico per titoli ed esami, riservati a specialisti in Medicina di Emergenza-Urgenza o discipline affini o equipollenti (Chirurgia Generale, Medicina Interna, Etc.). Il numero di Medici che si specializza annualmente in Medicina di Emergenza-Urgenza è molto esiguo; gli specialisti delle branche equipollenti o affini mirano ad ottenere incarichi nelle strutture ospedaliere. Pochissimi Medici di E.T. precari, con rapporto di lavoro flessibile, possono beneficiare della “Legge Madia” per il passaggio alla dipendenza. In virtù dell'autonomia organizzativa delle Regioni per l'attività di Emergenza Territoriale, il Servizio 118 è organizzato in modo che in alcune Regioni siano state istituite a) l'Agenda regionale delle attività di Emergenza Territoriale, b) la figura unica del medico di Emergenza sanitaria con sede nel Pronto Soccorso ospedaliero e duplice o triplice compito: territoriale, P.S. e Medicina d'Urgenza c) la figura autonoma (più frequente) del Medico di Emergenza Territoriale e del Medico di Pronto Soccorso ospedaliero.



SINDACATO AUTONOMO URGENZA EMERGENZA SANITARIA

1) Utilità del Servizio 118

Il Servizio 118 è utile nell'ambito della sanità per i seguenti motivi:

- a) Il cittadino-utente riceve un intervento sul territorio, immediato ed appropriato alla fase di emergenza, per questo motivo riteniamo che il territorio non debba essere demedicalizzato
- b) Si auspica che tutti i mezzi di soccorso del territorio siano forniti di tutti i presidi sanitari necessari per l'assistenza
- c) Si riscontra che in alcune Regioni il Servizio 118 è utile nel senso più globale, sopperendo talvolta anche agli altri servizi sanitari

2) Formazione

Tutto il personale che opera sul territorio deve essere formato secondo le linee guida nazionali ed internazionali del servizio di emergenza sanitaria

3) Sicurezza sul posto di lavoro

Si riscontra che la maggior parte delle aggressioni, avvenute nei confronti del personale del Servizio 118, è dovuta al ritardo degli interventi sanitari. Il ritardo è dovuto non solo alla tipologia del territorio, alla conoscenza dello stradario, al numero delle autoambulanze in servizio, ma anche al tempo di permanenza dell'autoambulanza nel P.S. per mancanza di barelle e alle sequenze che seguono il dispatch fino alla messa in moto del mezzo.

4) Protocolli Organizzativi

L'attività di Emergenza Territoriale dovrebbe essere integrata con gli altri servizi territoriali (Continuità Assistenziale ed Assistenza Primaria) ed Ospedalieri (Pronto Soccorso e DEA); le Regioni dovrebbero, a tal fine, emanare protocolli organizzativi al fine di disciplinare in modo uniforme il sistema e garantire la tutela degli operatori sanitari da eventuali risvolti di carattere medico-legale



SINDACATO AUTONOMO URGENZA EMERGENZA SANITARIA

5) Personale Medico

Il Personale medico del servizio 118 è costituito da Medici Convenzionati ex ACN di Medicina Generale, Medici Dipendenti ex CCNL della Dirigenza Medica, alcuni Medici con contratti libero-professionali ex D.Lgs 165/2001 art. 7, comma 6, Medici volontari di Enti del volontariato. Nel servizio 118 si riscontra in tutte le AA.SS.LL. del territorio nazionale **una grave carenza di personale medico** che comporta non solo danni al servizio, così come sopra esposto, ma anche agli stessi medici in quanto costretti a svolgere “turni massacranti” in regime di lavoro straordinario e a continuare il proprio servizio dopo un turno di lavoro di 12 ore, in contrasto da quanto previsto dalla Direttiva europea in tema di riposo giornaliero e settimanale. La nostra Organizzazione sindacale ritiene che il fondo finanziario del servizio di Emergenza territoriale dovrebbe essere incentivato onde evitare la carenza di personale medico che comunque va ricoperta. Riteniamo, in primo luogo, che al fine di uniformare il servizio di E.T. e, al contempo, garantire una gestione ottimale e qualificata dello stesso che i medici convenzionati di E.T. passino alla dipendenza. Inoltre, considerata che la maggior parte dei medici di Emergenza Territoriale sono alla soglia della pensione e che in Italia esistono 15 mila giovani medici inoccupati e che le risorse finanziarie, a disposizione dell’E.T., sono esigue, la soluzione potrebbe essere quella di assumere nuovi medici mediante la stipula di contratti di lavoro libero-professionali ex D.Lgs 165 del 2001 art. 7, comma 6 che potrebbero diventare i futuri medici di Emergenza Territoriale, concedendo che gli Stessi, previa loro disponibilità, svolgano attività anche nei DEA Ospedalieri. Auspichiamo che nel futuro il Servizio di Emergenza territoriale sia svolto principalmente da medici Dipendenti.

6) Integrazione della Continuità Assistenziale nel Servizio di E.T.

Tenuto conto che il Servizio di Continuità Assistenza può essere considerato come “una forma embrionaria” del Servizio 118, garantendo l’assistenza domiciliare solo per le urgenze (Codici bianchi e raramente verdi) e l’assistenza ambulatoriale, prevalentemente come continuazione del Servizio di Assistenza Primaria e tenuto conto che in alcune Regioni il Servizio 118 effettua fino al 50% delle prestazioni sanitarie di competenza della C.A., sottraendo le autoambulanze dal proprio compito precipuo di assistenza emergenziale, si propone di integrare il Servizio di Continuità Assistenziale nel servizio di Emergenza Territoriale, secondo le seguenti modalità:

Il Servizio di Continuità Assistenziale potrebbe diventare operativo h 24, potrebbe avere la stessa sede del presidio 118 o del punto di primo intervento; potrebbe essere attivato dalla Centrale operativa per interventi sul territorio con il proprio automezzo o con quello disposto dall’ ASL solo per codici bianchi o eventualmente verdi.

Dovrebbe essere previsto il pagamento di un ticket da parte dell’utente, qualora l’autoambulanza fosse allertata con codice di invio di colore bianco.



SINDACATO AUTONOMO URGENZA EMERGENZA SANITARIA

7) Indennità aggiuntiva per i Medici di E.T. e di Pronto Soccorso Ospedaliero

Da una indagine approfondita si rileva che sussiste non solo un rifiuto del giovane Medico ad intraprendere attività nei Servizi di E.T. e di P.S. Ospedaliero, ritenuti molto stressanti e ad alto rischio; ma, si rileva che anche Coloro che rivestono tali incarichi tendono a richiedere il trasferimento in altri servizi sanitari. Pertanto, riteniamo che debba essere riconosciuta una indennità aggiuntiva ai Medici di Emergenza Territoriale e di Pronto Soccorso Ospedaliero e debba essere attribuito il beneficio del lavoro usurante, così come avvenuto per gli infermieri di sala operatoria, onde scongiurare il depauperamento dei Medici di E.S.

8) Eventuale trasferimento in altri Servizi al raggiungimento dell'età anagrafica di 60 anni

I Medici del servizio di E.T. e P.S., al raggiungimento dell'età di 60 anni, transitano, a domanda, in altri servizi sanitari carenti di personale. Il trasferimento avverrà solo dopo che siano state espletate le procedure per la copertura del posto reso carente dagli Stessi

9) Accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e incremento dei posti per l'accesso alla branca specialistica di Medicina di Emergenza-Urgenza

In relazione a tutto quanto sopra esposto e tenuto conto che sussiste una grave carenza di personale medico, non solo nei servizi di Emergenza Sanitaria (E.T. e P.S. ospedaliero), ma anche in tutti gli altri servizi della sanità, si richiede l'incremento del numero dei posti per l'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, tenendo conto del fabbisogno reale del personale medico. Al contempo, tenuto conto che i posti carenti della Dirigenza medica non possono essere messi a bando di concorso per incarichi di tipo convenzionale ex ACN di Medicina Generale, si richiede che sia varata una legge che consenta, previa disponibilità del medico e concorso interno, l'inquadramento in ruolo dei sopra indicati Medici. Al contempo, si chiede l'incremento dei posti per l'accesso alla branca specialistica di Medicina di Emergenza-Urgenza, tenendo conto del fabbisogno del personale medico dipendente dei servizi di emergenza sanitaria.

Roccarainola (NA), 6-7 ottobre 2018

Il Consiglio Nazionale SAUES
(Firmato)