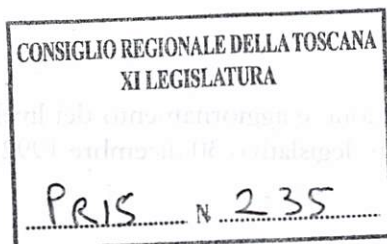




Firenze, 29 novembre 2022

Alla cortese attenzione del
Presidente del Consiglio regionale
SEDE



Proposta di Risoluzione
(ai sensi dell'Art. 181 del regolamento interno)

Oggetto: in merito alla riorganizzazione del Servizio di Emergenza-Urgenza territoriale e ospedaliero

Il Consiglio Regionale

Ricordato

- il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di Emergenza), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 1992, n. 76, che individua le condizioni per assicurare tali attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di Urgenza ed Emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero;
- il Decreto del Ministro della Sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di Emergenza";
- l'Atto di Intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di Emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992;
- il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato e integrato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 (Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in Emergenza-Urgenza);
- l'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 (Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate);
- il Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera);
- l'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni del 7 settembre 2016, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289;



- il DPR 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

Ricordato inoltre

- la Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), in particolare l'art. 76-ter che definisce il sistema sanitario di Emergenza-Urgenza quale sistema complesso e unitario costituito da un sistema di allarme sanitario, un sistema territoriale di soccorso e un sistema ospedaliero di Emergenza;
- la DGR 657 del 21 giugno 2021 avente ad oggetto (Indirizzi per il funzionamento del sistema di Emergenza-Urgenza regionale);

la DGR 596 del 23 maggio 2022 n. 596 (Indirizzi di riorganizzazione dei rapporti fra medicina d'Urgenza (DEA) ed Area medica per la sostenibilità degli accessi Pronto soccorso).

Rilevato

- che in Toscana il normale funzionamento dei Pronto Soccorso viene impedito principalmente dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla;
- che, nonostante l'avvio di progetti di riforma organizzativa, il sistema di Emergenza-Urgenza presenta, da alcuni anni, delle criticità nel funzionamento dovuti a molteplici fattori, tra cui la difficoltà nel reclutare il personale medico, anche a causa della poca attrattività del settore della Medicina d'Urgenza;
- che, sebbene si registrino continui aumenti di accesso ai Pronto Soccorso, un numero sempre maggiore di medici che vi prestano servizio si licenzia e le borse per le Scuole di Specializzazione in Medicina d'Urgenza rimangono non assegnate per circa il 50%.

Preso atto

- che si sta diffondendo il fenomeno delle Cooperative di medici che prestano servizio nei Pronto Soccorso;
- che le Aziende Sanitarie sperimentano quotidianamente problemi di budget e tetti alla spesa del personale che rendono, di fatto, impossibile o molto difficile assumere medici per la carenza di fondi.

Evidenziato

- che i Pronto Soccorso devono “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.



Tenuto conto

- dell'attuale emergenza nei Pronto Soccorso toscani e della necessità di interventi sia per la gestione del problema nell'immediato - con il reperimento di personale per garantire la copertura del servizio e la riorganizzazione del sistema per renderlo più efficiente - sia per assicurare una solidità futura al sistema.

Evidenziati

- i seguenti aspetti in materia di tenuta del sistema di Emergenza-Urgenza:

a) Personale medico

- il personale medico in formazione, nella maggior parte dei Paesi occidentali, esercita la professione obbligatoriamente per un determinato periodo presso il Pronto Soccorso, mentre in Italia la struttura delle Scuole di Specializzazione non lo prevede;
- le borse di studio ministeriali disponibili per le Scuole di Specializzazione in Medicina d'Urgenza restano non assegnate per oltre il 50% a testimonianza di una scarsa attrattività di un lavoro che si caratterizza per turnazioni massacranti, scarsissimi incentivi economici, possibilità nulle di attività libero professionale intramoenia, elevati rischi di denunce e aggressioni.

b) Corretta gestione del paziente

- il Dipartimento Emergenza-Urgenza ha la missione di garantire una corretta gestione del paziente esterno tramite un'organizzazione che preveda delle sinergie tra la rete dell'emergenza territoriale e quella ospedaliera, un'adeguata e tempestiva risposta all'urgenza intraospedaliera, assicurando la presenza di posti letto per il trattamento di pazienti in emergenza-urgenza e ottimizzando il percorso di ricovero dei pazienti.

c) Ambulanze con infermiere a bordo

- la presenza di un medico a bordo di un mezzo di soccorso è pratica desueta nella maggior parte dei paesi Occidentali poiché la gestione di casi di emergenza sul territorio si basa su protocolli e terapie applicabili anche da parte degli infermieri;
- in virtù di protocolli operativi già esistenti (ATLS, ACLS, etc.) il personale infermieristico può svolgere, sui pazienti acuti sul territorio, una funzione quasi completamente sovrapponibile a quella del medico; in caso di necessità (emergenze di elevatissima complessità che richiedono la presenza del medico) l'infermiere in servizio sull'ambulanza può richiedere l'intervento di un medico che potrebbe partire da un Pronto Soccorso con un'auto medica.



d) Ambulatori per Codici bianchi

- gli ambulatori per i cosiddetti 'Codici bianchi', quelli a bassa complessità, riducono la pressione dei tanti accessi al Pronto Soccorso, che pur non appropriati per questo setting, non trovano dal sistema sanitario risposta alternativa.

e) Centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti in Ospedali ad alta specializzazione

- la rete regionale dei Pronto Soccorso deve prevedere la centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti in Ospedali che posseggano le specialistiche necessarie per il trattamento in maniera da ottimizzare il concetto di 'Golden Hour', ovvero 'l'ora appena successiva al trauma'. Questo concetto è stato esteso dalla traumatologia anche ad altre patologie tempo dipendenti nelle quali un intervento eseguito nel minor tempo possibile potrebbe alleggerire in maniera considerevole gli effetti negativi della patologia stessa;
- quando le sindromi o patologie sono tempo-dipendenti, la gestione per protocolli ha un ruolo ancora più rilevante, riducendosi i margini temporali del percorso diagnostico-terapeutico.

f) Sicurezza del personale sanitario

- il personale sanitario, in particolar modo quello operante nei servizi d'Emergenza-Urgenza, è esposto a fattori di rischio rilevanti per la sicurezza soprattutto a causa del contatto diretto con soggetti quali pazienti psichiatrici, alcolisti e tossicodipendenti. Sono sempre più frequenti infatti, le aggressioni fisiche e verbali agli operatori presso i Pronto Soccorso. Questi eventi, oltre che danneggiare gli operatori, possono compromettere la gestione e la cura dei pazienti e il corretto svolgimento delle attività.

g) Unità di Osservazione Breve dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza

- le Unità di Osservazione Breve all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), sono state introdotte nei paesi anglosassoni a partire dagli anni '60 e si diffondono parallelamente all'evoluzione organizzativa dei DEA. Gli studi di settore condotti per la valutazione dell'efficienza organizzativa del sistema hanno da subito dimostrato un indubbio beneficio delle unità di Osservazione Breve in relazione al miglioramento della qualità delle cure, al sovraffollamento e all'appropriatezza dei ricoveri.



Impegna la Giunta regionale

- ad attivarsi in tempi brevi, di concerto con la Commissione competente, al fine riorganizzare il Servizio di Emergenza-Urgenza territoriale e ospedaliero e ad adoperarsi, in relazione a quanto esposto in narrativa, anche con specifici interventi normativi al fine di:
 - 1) garantire la presenza del personale medico nei Pronto Soccorso attraverso l'istituzione dell'obbligo di rotazione di almeno 6 mesi (3 mesi da eseguirsi nel primo anno di specializzazione e 3 mesi nel penultimo anno) presso tali presidi di tutti i medici specializzandi delle tre aree (medica, chirurgica e dei servizi);
 - 2) tutelare e incentivare il personale sanitario operante nei Pronto Soccorso:
 - assicurando la presenza h24 in ogni Pronto Soccorso di vigilanza armata esclusivamente dedicata alla difesa degli operatori;
 - introducendo la possibilità di fruire su base anonima e gratuita da parte del personale del Pronto Soccorso di un servizio di psicologia clinica per fronteggiare lo stress derivante dal lavoro;
 - esentando il personale del Pronto Soccorso, che lo richieda, dallo svolgimento di attività di guardia e reperibilità notturna a partire dal 60° anno di età;
 - garantendo ogni anno un fondo di euro 4.000.000 da utilizzarsi come indennità da corrispondere a tutti i medici in servizio attivo presso i suddetti presidi;
 - introducendo un incentivo economico regionale da corrispondere ai medici che si iscrivono alle Scuole di Specializzazione in Medicina d'Urgenza. Tale bonus deve essere corrisposto su base mensile per tutta la durata della Specializzazione e la sua erogazione subordinata all'impegno, da parte del medico, a prestare servizio in un Pronto Soccorso della Regione Toscana per almeno 5 anni dopo il conseguimento del Diploma di Specializzazione;
 - 3) istituire Dipartimenti di Emergenza- Urgenza unici che coprano sia l'aspetto territoriale sia quello ospedaliero, con rotazione sia dei medici che degli infermieri su ambedue i servizi, per coordinare gli interventi di Emergenza-Urgenza sanitaria adottando percorsi clinici, assistenziali, organizzativi e gestionali integrati nell'ambito del servizio pre-ospedaliero e ospedaliero di Emergenza-Urgenza, allo scopo di assicurare una gestione tempestiva e appropriata dei pazienti;



- 4) incrementare il numero di ambulanze con infermiere a bordo con un rapporto mezzi/popolazione di 1:20.000.
- 5) applicare in modo capillare i protocolli operativi già esistenti (ATLS, ACLS, etc) da parte del personale infermieristico ampliando le possibilità, da parte di questi, di somministrare farmaci ed eseguire manovre invasive secondo i protocolli citati;
- 6) mantenere i punti di soccorso territoriale muniti di auto-medica in relazione al numero della popolazione con un rapporto di 1: 300.000 collocandoli, dove sia presente, presso il Pronto Soccorso di un presidio ospedaliero. Il medico in servizio sull'auto-medica dovrà essere impiegato nella gestione dei c.d. Codici Bianchi. Il servizio di auto-medica potrà essere attivato esclusivamente dal 118 su richiesta dell'infermiere dell'ambulanza infermieristica in caso di situazioni ad elevatissima complessità (Es: incidenti stradali maggiori con feriti multipli, codici rossi pediatrici);
- 7) mantenere i tre punti di Elisoccorso presenti in regione con mansioni sovrapponibili a quelle già in atto;
- 8) implementare gli ambulatori per Codici bianchi;
- 9) riorganizzare la rete regionale dei Pronto Soccorso con la centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti in ospedali che posseggano le specialistiche necessarie per il trattamento in maniera da ottimizzare il concetto di 'Golden Hour';
- 10) implementare e/o creare Unità di Osservazione Breve dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. Ogni presidio ospedaliero deve conteggiare i flussi di pazienti ricoverati dal pronto soccorso. Su questa base devono essere incrementati il numero dei letti nelle medicine d'urgenza a scapito dei posti nei reparti di degenza internistica. I medici delle degenze internistiche devono prestare servizio, laddove necessario, anche nelle degenze di medicina d'urgenza. Restano invariati i posti letto nelle medicine specialistiche (cardiologia, neurologia, pneumologia) con un pool da dedicare al PS per i ricoveri che necessitano di una specifica specialità. Le degenze chirurgiche devono prevedere, laddove non esistano, una degenza apposita per la patologia chirurgica urgente con un numero di letti calcolati sulla base degli accessi annuali. I servizi di Osservazione Breve Intensiva (OBI) devono essere incrementati in modo da garantire una disponibilità al ricovero dei pazienti acuti. I pazienti per cui si prevede una degenza inferiore o uguale ai tre giorni devono permanere all'interno dell'OBI mentre quelli per cui si prevedono ricoveri maggiori devono essere indirizzati alle Medicine d'Urgenza o alle medicine specialistiche in caso di patologie tempo dipendenti (Stroke, IMA o angina);



- 11) istituire il Collegio Regionale per l'organizzazione e la gestione dell'Emergenza- Urgenza. Il Collegio dovrà essere composto da dieci membri così suddivisi: tre Direttori di Unità Operativa di un DEA a cui afferisce una popolazione >200.000 abitanti, due Direttori di Unità Operativa di un DEA a cui afferisce una popolazione <200.000 abitanti, due Infermieri Coordinatori di Pronto Soccorso, due Dirigenti Medici di due differenti DEA, un infermiere di un DEA. Ognuno dei membri resta in carica per 3 anni e può ricoprire la carica per un solo mandato. La carica non prevede retribuzione. Il Collegio ha il compito di revisionare con cadenza semestrale le attività dei DEA della Regione monitorando il numero degli accessi ai Pronto Soccorso, i tempi di attesa per codice di priorità, la percentuale di ricoveri, il numero di patologie tempo dipendenti trattate, il numero di interventi effettuati con mezzi del 118. Nel caso il Collegio riscontri delle criticità ha il compito di segnalarle tempestivamente all'Assessorato alla Salute della Regione Toscana assieme alle proposte di risoluzione delle criticità stesse.

Cons. Diego Petrucci

Cons. Francesco Torselli

Cons. Vittorio Fantozzi