

**L' EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE:  
DALLE CRITICITÀ ATTUALI AL FUTURO SVILUPPO,  
POTENZIAMENTO ED INTEGRAZIONE NEL  
SISTEMA DELLE CURE TERRITORIALI**

## **LA NASCITA E LO SVILUPPO DEL SISTEMA**

### **Il DPR 27 Marzo 1992 l'Atto di Intesa Stato Regioni Del 1996**

Il sistema di emergenza territoriale nasce in Italia in applicazione del DPR 27 marzo 1992 per garantire una risposta coordinata e professionale, quanto più adeguata e rapida, in caso di emergenza-urgenza sanitaria della popolazione. L'istituzione del numero unico 118, con l'insieme dell'organizzazione sanitaria in divenire previsto dalla legge, andava a collocarsi in una realtà di soccorso extraospedaliero gestito interamente dalle associazioni di volontariato.

Il DPR 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, si ponevano tra l'altro alcuni fondamentali obiettivi:

- di assicurare le attività di emergenza uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero;
- di riorganizzare e razionalizzare la rete ospedaliera anche attraverso una pianificazione ed un potenziamento della articolazione territoriale del sistema di servizi per l'emergenza urgenza.

### **Il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, N. 502 E S.M.I.**

Tale legge, di riordino del sistema sanitario, prevedeva tra l'altro la **possibilità** data alle Regioni di instaurare con i medici convenzionati di emergenza sanitaria un rapporto di dipendenza, cfr: art. 8 comma 1bis *“Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego.*

*A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate....”*

## **LE CRITICITÀ DEL SISTEMA ATTUALE**

- La **principale criticità** del sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale, attualmente, è l'esistenza di un **sistema a contrattualità mista** del personale medico (convenzionato e dipendente).

Tale sistema è stato generato dalle singole regioni, in maniera anche disomogenea da una regione all'altra, spesso senza una preventiva programmazione e senza un'approfondita valutazione dell'impatto economico ed in molti casi in contrasto con le norme vigenti in materia.

**Il DLgs 502 e s.m.i.** , è di fatto sotto questo aspetto **ormai superato**; la legge prevedeva infatti che le regioni potessero individuare aree del servizio di emergenza sanitaria da **transitare a dipendenza, entro un anno** dalla data di entrata in vigore del decreto del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229!

Ciò fa chiaramente comprendere come il **passaggio alla dipendenza** dei medici di emergenza fosse un **processo limitato nel tempo** e che non potesse coinvolgere tutti gli operatori medici di tale servizio.

Inoltre, anche nelle regioni nelle quali il **passaggio alla dipendenza** è stato attuato **non** si sono avute **evidenze di un significativo miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio.**

Le conseguenze negative di un sistema così organizzato sono altresì evidenti:

- Conflittualità tra personale medico operante nel sistema, che svolgendo spesso, ma non sempre medesime funzioni, opera secondo contratti di lavoro completamente differenti.
  - Difficoltà ad organizzare il servizio (differenza nella disponibilità di ore lavorate, reperibilità, ferie e astensione obbligatoria, nelle ore di straordinario, nella modalità di reclutamento dei medici)
  - Demotivazione dei professionisti operanti nel sistema per assenza di un progetto concreto di sistema, di futuro lavorativo e di possibilità di carriera.
  - Depauperamento del numero di medici operante sul territorio con conseguente spostamento di risorse umane ed economiche verso l'ospedale (legato al fatto che **in molte regioni il passaggio alla dipendenza ha significato lo spostamento dei medici dal territorio alle aziende ospedaliere con mansioni esclusivamente di medico di PS**).
  - L'esistenza di un **sistema misto** sta generando una **profonda frattura nell'area della Medicina Generale**. La presenza in questa area, costituita esclusivamente da personale in convenzione, di medici in regime di dipendenza crea non solo differenze contrattuali ma di condivisione di progetti comuni per l'assistenza territoriale e vanifica il processo d'integrazione tra le diverse figure professionali operanti nell' Area.
- Altra importante criticità, è la **scarsa integrazione** tra il sistema di emergenza sanitaria territoriale 118, il sistema di emergenza ospedaliero e le altre componenti dell'assistenza territoriale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale in primis) che e' meramente lasciata alla casualità o a sparute iniziative locali. Ciò produce inevitabilmente un aumento dei costi per la sanità pubblica !!!

## IL FUTURO

Il processo di revisione del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale dovrebbe svilupparsi attraverso l'attuazione dei seguenti punti:

### Accesso alle funzioni

- ✓ **L'Emergenza Sanitaria Territoriale è una risorsa del territorio** e rappresenta una **area ultraspecialistica** della Medicina Generale. Per tale motivo **l'accesso** alle funzioni di medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale avviene, come per le altre figure professionali della Medicina Generale, **esclusivamente con contratti di convenzione** stipulati secondo quanto previsto dal DLgs 502/92 e s.m.i.
- ✓ La **formazione del Medico dell'EST** deve prevedere oltre al corso di formazione in Medicina Generale, una formazione supplementare della durata minima di anni 1 **gestita dall'area di formazione della MG.**
- ✓ L'accesso al sistema avviene tramite graduatoria regionale dedicata all'emergenza e distinta da quella dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, essendo l'EST una funzione specialistica della MG.

### Potenziamento del sistema e miglioramento della qualità

Visti gli attuali orientamenti Governativi di potenziamento dei servizi territoriali, allo scopo di trasferire in esso parte delle attività dei P.S. Ospedalieri, le funzioni svolte attualmente dal sistema dell'emergenza dovrebbero essere ulteriormente ampliate con:

- ✓ **Lo sviluppo e la diffusione dei punti di primo intervento (PPI)** sul territorio prevedendo in essi anche posti di degenza temporanea, gestiti dai medici dell'EST, dove i pazienti non critici possono rimanere temporaneamente in osservazione clinica dopo apposito trattamento.

- ✓ **Il potenziamento ed il mantenimento della medicalizzazione del territorio** in relazione sia all'aumento dell'età media della popolazione e del conseguente aumento del numero di eventi cronici potenzialmente riacutizzabili, sia all'aumento dei codici a media-bassa gravità che richiedono per essere trattati sul territorio un intervento medico mirato, da parte di professionisti appositamente formati.
  
- ✓ **L'integrazione professionale tra i medici 118 e gli altri professionisti della medicina generale, oltre che con l'ospedale e le altre componenti dell'assistenza territoriale.**

L'emergenza sanitaria 118 è attualmente il principale punto di snodo e di filtro tra il sistema territoriale e quello ospedaliero per i pazienti le cui condizioni richiamano situazioni di urgenza-emergenza.

La domanda di salute è aumentata così come la percentuale di pazienti affetti da patologia croniche che spesso hanno come primo contatto con il servizio sanitario proprio il sistema 118 nei casi di riacutizzazione della propria patologia.

Pertanto si ritiene che ruolo fondamentale del sistema di emergenza dovrebbe essere anche quello di operare uno screening sui pazienti, per individuare coloro che potrebbero essere trattati a domicilio.

Le azioni di filtro operate sui pazienti assistiti che necessitano di una risposta immediata, ma che non si traduce necessariamente nella necessità di ricorso alle cure ospedaliere, può essere incrementata da una più stretta collaborazione tra i professionisti operanti sul territorio, in particolare tra i medici di famiglia, della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria.

Tale integrazione dovrà realizzarsi anche attraverso la progressiva informatizzazione del sistema, che dovrà garantire una ottimale interrelazione e comunicazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria.

Ciò consentirà non solo al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute del cittadino a partire dal primo intervento, ma anche di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri, con il risultato di realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente redistribuzione delle risorse.

In tal senso la funzione di ponte tra territorio e ospedale che svolge l'EST rappresenta la più preziosa risorsa della MG per una risposta urgente al bisogno di salute del paziente in condizioni critiche o sub critiche.

- ✓ **L'attività di formazione specifica e continua in tema di emergenza e prevenzione sanitaria.**
- ✓ **L'uniformità del sistema di Emergenza Sanitaria 118** sull'intero territorio nazionale nel rispetto dei LEA e dell'autonomia delle regioni.
- ✓ **L'istituzione di percorsi di verifica e controllo della qualità**

### **Evoluzione di carriera del medico di Emergenza Sanitaria Territoriale**

Si ritiene indispensabile individuare la possibilità di sviluppo di carriera del medico 118 sia all'interno del sistema di Emergenza Sanitaria, che nell'area della Medicina Generale.

In relazione all'anzianità di servizio maturata, il medico dell'emergenza sanitaria territoriale ha un'evoluzione di carriera che lo coinvolge in:

- **attività di formazione e docenza;**
- **attività organizzative e gestionali** nell'ambito dei sistemi integrati di emergenza (es. coordinatore dei PPI, Direttore di Centrale Operativa);
- **tutoraggio** e attività seminariale universitaria e di formazione specifica;
- **attività valutativa** per l'esame di stato;

- **attività di ricerca;**
- **funzioni di responsabilità** e di integrazione nel SSN così come previsto per i medici di medicina generale.

Appare infine necessario prevedere nella stipula dei futuri ACN la possibilità per i soli medici dell'emergenza sanitaria transitati alla dipendenza di poter rientrare a richiesta in convenzione.