

PROPOSTA CIMO-ASMD PER EMERGENZA E 118

In Italia la normativa che regola l'organizzazione del Sistema Integrato di Emergenza-Urgenza è rappresentata dal D.P.R. 27.03.1992 e dalle Linee Guida del 1996 che individuano una componente territoriale, costituita da mezzo di soccorso di base, mezzo di soccorso avanzato (autoambulanza ed automedica), Punto di Primo Intervento Territoriale, Centrale Operativa provinciale e una componente ospedaliera, costituita da Pronto Soccorso, Osservazione Breve, Medicina di Urgenza, Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEA) di 1° e di 2° livello.

Questa normativa costituisce un canovaccio per l'attuazione del sistema 118 nelle singole Regioni che hanno realizzato 20 diversi modelli organizzativi. La situazione attuale però impone un adeguamento della stessa per ricondurre l'organizzazione del sistema a uniformità nelle singole regioni, nel rispetto di specificità territoriali e del nuovo contesto costituzionale.

Il Ministero della Salute per ridurre gli accessi impropri ha proposto la realizzazione di ambulatori di Medicina Generale per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi) nelle vicinanze dei Pronto Soccorso dove i pazienti sono inviati dagli operatori del Triage Ospedaliero, mentre per ridurre ricoveri e dimissioni improprie ha proposto la realizzazione della Osservazione Breve, che è una area adiacente al Pronto Soccorso dimensionata sul numero di accessi dove i pazienti possono sostare, non oltre le 24 ore, in attesa della definizione diagnostica e stabilizzazione clinica.

Ma al di là di questi interventi è innegabile che per migliorare le prestazioni erogate dal S.S.N. ai cittadini bisognevoli di assistenza in emergenza è necessario mettere in connessione risorse territoriali ed ospedaliere secondo un modello dipartimentale capace di operare dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione, e di prendere in carico il paziente garantendo la continuità delle cure attraverso una reale ed efficace integrazione tra territorio ed ospedale.

Pertanto bisogna intervenire con specifiche linee di intervento:

1. dotazioni organiche dei servizi pre ospedalieri ed ospedalieri afferenti al DEA sulla base di parametri nazionali e sblocco del turn over per il personale (Medici e comparto) ad essi dedicati;
2. realizzazione di strutture distrettuali h24 gestite dai medici convenzionati di Medicina Generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) organizzate in modo da fornire risposte alla domanda di salute in urgenza;
3. potenziamento della rete territoriale di soccorso in emergenza che operi secondo il modello hub & spoke;
4. realizzazione del Dipartimento Integrato territorio-ospedale realizzato tenendo conto della distribuzione territoriale delle specialità e del fabbisogno sanitario in emergenza (dati epidemiologici e demografici).