



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

L' EMERGENZA SANITARIA NELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Sommario

L'Emergenza Sanitaria Territoriale:

- Il volto meno noto della Medicina Generale;
- Il punto di partenza: Nuovi Standard organizzativi delle strutture dell'Emergenza Urgenza
- Formazione del personale, Inverse Care Law e aree territoriali peculiari
- Rete dell'Emergenza Urgenza;
- Formazione continua e formazione specifica.
- Aspetti di Welfare del personale medico, le prospettive per la terza età lavorativa

Rete dell'Emergenza Urgenza

- Sistema Territoriale D'emergenza-Urgenza (Set)
- Centrali Operative 118
- La Rete Territoriale
- A – Mezzo di Soccorso Avanzato con Medico
- A.1- Mezzo di Soccorso Avanzato ad ala rotante – Eliambulanza – Servizio HEMS
- Presidii Territoriali Emergenza /Punti Di Primo Intervento (Pte/Ppi)
- Ruolo del MET
- Conclusioni

* * * * *

PREMESSA

*Ormai la necessità di rispondere in modo congruo ad una nuova domanda di salute proveniente dal cittadino che va orientata secondo le esigenze dell'intera collettività, considerando le varie realtà orografiche del territorio nazionale, ma garantendo una efficace ed appropriata risposta sanitaria, compatibile con le risorse economiche sostenibili dal S.S.N.; **Il Modello programmatico SNAMI** presenta un progetto di ristrutturazione e potenziamento del servizio di Emergenza Territoriale con la progettazione di un modello di risposta territoriale che ponga come obiettivi principali: **Riscrivere una contrattazione capace di apportare un rinnovamento nel settore di Emergenza per attuare cambiamenti verso un indirizzo più articolato e competitivo, con redistribuzione dei compiti e la designazione di un modello che nel prossimo futuro possa stabilire **univocità d'azione sul territorio Nazionale.** E' auspicabile che la prossima contrattazione nasca da una estrapolazione del capitolo V dall'attuale ACN, renderlo specifico al ruolo del MET, una contrattazione nel rispetto della Spending review, che punti ad un orientamento normativo piuttosto che economico mirando alla certezza della visibilità professionale **con l'applicazione di normative definite** che assicurino la parità contrattuale dal nord al sud e la tutela professionale del MET.***

Sosteniamo che l'innovazione con la redistribuzione dei compiti e la disegnazione di un modello ricucito sulla attività e l'organizzazione territoriale del MET, con un ACN chiaro semplice che garantisca la propria **autonomia e la tutela professionale** e che tenga in debito conto dei parametri di valutazione, di equilibrio in ambito organizzativo, strutturale, formativo, tra Ospedale e Territorio. Integrazione nella rete delle cure territoriali e ospedaliere, come punto di convergenza tra assistenza distrettuale e ospedaliera per le acuzie, crocevia del governo clinico per i pazienti acuti o cronici riacutizzati che necessitano di valutazione, filtro clinico ed eventuale centralizzazione nelle strutture ospedaliere HUB per le specifiche necessità assistenziali.

SNAMI-EST propone di attrezzare il territorio con tecnologie avanzate con la trasmissione di immagini e dati per via telematica, solo in questo modo **Ridisegnare la figura del MET** all'interno dell'attività di emergenza/urgenza con **attribuzione di uno stato giuridico definito** con compiti e mansioni in linea con normative vigenti. Migliorare un sistema attualmente diviso (Ospedale-Territorio) non tanto nei compiti ma nella contrattualità e nel futuro di carriera. In tale ambito devono essere favorite e garantite opportunità di sviluppo professionale, adottare forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica. il MET si potrà porre come anello di congiunzione in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera, garantendo in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione.

Prevedere anche la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti i quali devono essere in carico del 118 ma devono essere assolutamente separati dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario primario urgente. In tal modo vogliamo detenere un elevato livello professionale, tramite l'opportunità di effettuare una verifica di qualità continua sul territorio, promuovere ed **incentivare la formazione e l'aggiornamento professionale con percorsi formativi condivisi** con tutto il sistema di Emergenza **ma specifici della fase territoriale**, nell'ottica dello sviluppo delle reti di patologia efficaci sia alla crescita professionale sia all'acquisizione di un'identità specifica del M.E.T.. Non porre ostacoli al passaggio alla Dipendenza (passaggio graduale e su base volontaria) assicurando la permanenza del MET sul territorio con previsione di specifica disciplina "Emergenza Sanitaria Territoriale".

Crediamo negli obiettivi fondanti della Riforma Sanitaria degli anni novanta, la decentralizzazione dell'assistenza e la capillare diffusione della stessa sul Territorio, assistendo in h 24 il bisogno di salute, vicino ai cittadini, con la riorganizzazione della rete territoriale. Il sistema del soccorso territoriale è al momento spezzettato e disomogeneo, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello assistenziale, complici gli effetti del titolo V e delle differenti interpretazioni regionali. Al contrario la forza pubblica e soccorso tecnico invece vantano un'organizzazione omogenea e piramidale su tutto il territorio nazionale. Contiamo che il soccorso sanitario, necessariamente facente parte del più ampio sistema di emergenza territoriale, necessiti di un percorso basato su standard **univoci e condivisi**, anche nell'ottica nel numero unico europeo dell'emergenza 112.

L’Emergenza Sanitaria Territoriale: Il volto meno noto della Medicina Generale.

Storicamente dalla sua istituzione l’Emergenza Sanitaria Territoriale è stato un settore della medicina generale convenzionata. Per una serie di congiunture sociali ed economiche, nonché per la maggiore semplicità nella gestione del personale, si è assistito ad un parziale transito dei medici convenzionati alla dirigenza medica nel SSN. Molti di questi, inquadrati nella disciplina “Medicina e Chirurgia d’ Accettazione e Urgenza”, sono stati in realtà trasferiti ad altri servizi, tra cui il Pronto Soccorso ed altri reparti ospedalieri.

Negli anni tuttavia, l’assetto convenzionale è stato l’unico inquadramento che ha consentito la prosecuzione del servizio di emergenza sanitaria, che in ambito nazionale conta circa 2500 professionisti convenzionati nel settore.

La figura del medico di emergenza sanitaria rappresenta oggi un professionista realmente operante a cavallo tra le cure territoriali e ospedaliere e grazie ai progetti formativi attuati e alle ore rese di emergenza sul territorio il MET consente oggi di garantire prestazioni di alto profilo professionale in entrambi i versanti.

Il punto di partenza: I nuovi standard organizzativi delle strutture di Emergenza/Urgenza.

Sulla base di quanto previsto dai nuovi standard organizzativi delle strutture di Emergenza Urgenza condivisi e siglati dalla conferenza stato regioni il 5 Agosto 2014, riteniamo che il primo passo per un’efficace riorganizzazione della rete territoriale consista in:

□ Applicazione inderogabile del criterio di distribuzione di un **mezzo di soccorso avanzato**, (MSA/Automedica) con equipaggio minimo consistente in **1 Medico di Emergenza Territoriale e 1 Infermiere** (DGR 44/2009), **1 Autista soccorritore** ogni 60.000 abitanti e per un’area non superiore a 350 kmq; con applicazione di correttivi nel rispetto di realtà regionali, come da formule previste e proposte da AGENAS su Monitor 27 del 2011, è dove a fare da padrone è **l’automedica** per diversi motivi.

□ In coerenza con quanto previsto dagli standard ospedalieri e Territoriali : rete, mezzi e personale dei mezzi Avanzati dell’emergenza territoriale devono correre su un binario parallelo e distinto rispetto al personale ospedaliero, avviando un processo di ulteriore professionalizzazione che consenta la rotazione formativa con percorsi specifici con eventuali istituzioni di verifica e controllo di qualità in aree ad alto flusso di attività, onde consentire il mantenimento di elevati standard e skill tecnico pratiche.

□ Bloccare il processo con il quale i medici 118 sono stati adibiti da molte aziende a doppio incarico contemporaneo, con notevoli disagi dei professionisti e dei pazienti da loro assistiti, spesso in assenza di alcuna istruzione operativa o procedura che definisse compiti, mansioni e responsabilità.

□ Fissare il principio citato nel documento della conferenza stato regioni anche su base regionale:” l’elisoccorso non è un mezzo di soccorso sostitutivo del mezzo su gomma “, come purtroppo pare sia accaduto in alcune aree ove la mancanza di MSA viene giustificata dall’intervento dell’elisoccorso, mezzo di soccorso spesso fermo per condizioni meteo o limitato al volo diurno.

Formazione del personale, Inverse Care Law e aree territoriali peculiari

Sebbene in un primo momento sia parsa utile l’integrazione del personale medico 118 con quello del pronto soccorso, riteniamo necessario **rivalutare criticamente** le conseguenze generate da tale scelta. Seppur affini le mansioni del medico dell’emergenza territoriale non sono sovrapponibili né intercambiabili con il medico di pronto soccorso.

Tralasciando la parte strettamente contrattuale, molto diversa, è quasi umanamente impensabile garantire la formazione per tutti gli ambiti in cui un professionista che lavora sia in 118 che in PS affronta. Da questo derivano ripetute segnalazioni alle OO.SS: rispetto alla carenza di formazione su uno o sull’altro versante. Spesso anche le materie di formazioni previste dall’ ACN tra cui maxi emergenza e NBCR, sono state trascurate per i medici operanti nel 118 e Pronto Soccorso.

I binari paralleli e coordinati tra 118 e DEA, anche sulla base delle differenti forme contrattuali presenti per il personale medico, consentirebbero di adeguare i percorsi formativi oggettivando il **raggiungimento di obiettivi specifici di ognuno dei due settori.**

Questo legame ha generato un problema importante: talvolta reale, talvolta potenziale, in termini di “**inverse care law**” ovvero medici con ridotta esperienza impiegati nelle in situazioni e territori di maggiore difficoltà.

Proponiamo:

- a) La separazione degli organici dei medici 118 da quelli dei pronti soccorsi;
- b) Attuazione e la definizione di percorsi formativi specifici per il M.E.T. con eventuali istituzioni di verifica e controllo di qualità;
- c) Riteniamo che sia necessario che in tutte le aziende sanitarie regionali siano promossi a cadenza annuale “**Corsi di Idoneità all’ Esercizio dell’Emergenza Sanitaria Territoriale**” Art. 96 ACN Medicina Generale testo integrato 2009;

Aspetti di Welfare del personale medico, le prospettive per la terza età lavorativa

Riteniamo vada incoraggiato un buon assetto convenzionale per i medici dell'emergenza sanitaria, migliorando l'attuale convenzione e garantendo la permanenza nella medicina generale. Il mantenimento della convenzione consente in una visione a lungo termine, negli attuali assetti contrattuali, di garantire al personale che per anni lavora in un settore così delicato e usurante, l'opzione per una seconda o terza età lavorativa, tramite il trasferimento in altri settori convenzionali meno fisicamente usuranti quali: Assistenza Primaria e/o servizi territoriali.

E' necessario consentire la possibilità di formazione per chi un domani vorrà trasportare quel bagaglio di cultura e contenuti professionali acquisiti nell'emergenza, all'interno della rete delle cure primarie e/o in attività territoriali: Assistenza Primaria in UCCP, AFT, Ospedali di Comunità etc.....

Molti servizi territoriali possono vedere l'impiego di questa figura professionale, nell'ambito di un articolato accordo nazionale e demandato agli accordi regionale per l'organizzazione:

- Flussi turistici importanti in aree ricettive;
- Flussi migratori ora gestiti con personale reclutato senza predeterminati criteri e direttive;
- Gestione della rete di defibrillazione precoce sul territorio: formazione nelle strutture previste dalla legge Balduzzi, governo clinico dei dati e della gestione degli eventi;
- Assistenza nelle stazioni sciistiche, in collaborazione con il soccorso alpino, garantendo la preparazione e addestramento delle squadre di terra addette agli interventi in area montana.
- Assistenza nelle stazioni balneari in collaborazione con gli enti deputati al soccorso in mare;
 - Assistenza nei PSSA Aeroportuali – miglior accostamento del sistema di emergenza e della rete aeroportuale in caso di maxi emergenze ed attività ordinaria.
- Gestione e governo della formazione delle associazioni ed enti convenzionati con il SSR (come già previsto in ACN) a garanzia dell'omogeneità della preparazione del personale volontario operante in emergenza territoriale;

Rete dell' Emergenza Urgenza

Una riordinazione, omogeneizzazione, riorganizzazione e ristrutturazione, deve essere un procedimento con cui si possono attivare modelli organizzativi innovativi, che non solo migliorano l'efficienza del sistema e riducono l'attesa, ma soprattutto migliorano la soddisfazione complessiva del cittadino e l'umanizzazione delle cure, garantendo **una tempestiva valutazione del bisogno di salute**.

Proponiamo come previsto da normative regionali e nazionali in aree di bassa e media densità di popolazione la presenza sul territorio dei **Punti di Primo Intervento** in alcune regioni denominati (**Presidi Territoriali di Emergenza P.T.E.**) specie in zone dove risulta difficile raggiungere il DEA/PS e dove possibile la coincidenza con le postazioni MSA o di auto medica periferiche, questi rappresenteranno punti di accesso territoriale per la popolazione, operando un filtro sul territorio per evitare accessi inutili verso l'Ospedale.

L'innovazione nella programmazione di una rete di Emergenza, deve apportare cambiamenti verso un indirizzo più articolato e competitivo, con redistribuzione dei compiti, ridisegnando un modello che nel prossimo futuro possa stabilire univocità d'azione, tenendo in debito conto dei parametri di valutazione e di integrazione e di equilibrio in ambito organizzativo, strutturale, formativo, tra Ospedale e Territorio.

Questo dovrà rappresentare la più preziosa risorsa del S.S.N., assicurando una risposta urgente al bisogno di salute del paziente in condizioni critiche o sub critiche sul territorio. Conquista di punti essenziali e di obiettivi volti alla riqualificazione del medico di emergenza urgenza, quali **l'identità e la tutela giuridica e professionale**. Rimane indispensabile rimodulare l'attuale contrattazione nazionale e renderla specifica per il M.E.T. migliorare un sistema diviso non tanto nei compiti ma nella contrattualità e nel futuro di carriera, mantenendo la propria autonomia strutturale, integrando la formazione, rendendola specifica per il settore, perseguendo linee guida su protocolli terapeutici univoci da adottare.

In tale ambito devono essere favorite e garantite, opportunità di sviluppo professionale per tutto il personale operante nel sistema territoriale. Realizzare la standardizzazione della dotazione delle attrezzature e dei presidi e l'allestimento dei mezzi di soccorso, per livello funzionale di base e avanzato, che permettano di garantire l'erogazione di un livello uniforme di assistenza su tutto il territorio nazionale. E' necessario recepire la direttiva europea che definisce i requisiti e le dotazioni di apparecchiature delle autoambulanze utilizzate per il trasporto e la cura del paziente adulto e pediatrico.

SISTEMA TERRITORIALE D'EMERGENZA-URGENZA (SET)

Necessario l'adeguamento a livello nazionale della normativa vigente, nella realizzazione del DPR 27 marzo 1992 e delle Linee Guida del 1996 rimane di fondamentale importanza l'adeguamento innovativo alla quale si ritiene di aggiungere/modificare quanto sottospo:

Centrali Operative 118 – Futuro 112 N.U.E.

La Centrale Operativa ha le caratteristiche di **Struttura Operativa Complessa**, in relazione alla gestione di risorse e alla complessità organizzativa globale, con funzioni di coordinamento delle postazioni Territoriali e di indirizzo del trasporto all' Ospedale più idoneo.

E' necessaria, che l'estensione territoriale di **riferimento Provinciale** sia quella che ne garantisce la migliore adesione con il territorio e con l'organizzazione del sistema d'emergenza-urgenza. **Il Responsabile** di Centrale Operativa deve essere **il medico**, (Convenzionato/Dipendente) con comprovata esperienza nel settore emergenza-urgenza e dopo maturata esperienza sul territorio figura ormai irrinunciabile per un adeguato supporto e gestione sia dell'emergenza ordinaria, implementando un attento filtro clinico, che per tutte le reti che rendono mutevole e difficoltosa la gestione da parte dei mezzi di soccorso operanti in territori difficili. L'istituzione di questa figura necessita di uno specifico percorso di formazione tecnico operativa e di approfondimento della conoscenza di tutta la rete ospedaliera. Può anche diventare un punto centrale nella gestione della rete trapianti, della rete per i trasferimenti secondari e per la gestione delle afferenze in caso di maxi emergenza e manifestazioni di massa. L'integrazione con il NUE 112, potrebbe aprire per il personale medico e infermieristico del 118 la collaborazione per le necessità sanitarie di altri enti che si occupano di emergenza territoriale.

I Medici operanti in Centrale Operativa sono medici dipendenti o convenzionati, che hanno frequentato e superato l'apposito corso regionale ai sensi dell'art.92 comma 5 del DPR n° 41/91 e successive modifiche e con parità di ruoli e funzioni.

LA RETE TERRITORIALE

Il trasporto sanitario del paziente critico in emergenza deve essere sempre un trasporto "**assistito**", intendendo con questo termine "**assistenza medica**", con la presenza fisica del medico.

Le postazioni territoriali devono effettuare interventi territoriali "**primari**", interventi cioè condotti sul territorio in emergenza. **I trasporti secondari** saranno affidati sempre ai medici di Emergenza Territoriale, gestiti dalla CO 118 di riferimento ma assolutamente distinti dai primari ed effettuati al di fuori del monte ore dovuto e dopo aver assolto ai compiti istituzionali convenzionali per la sede di accettazione dell'incarico.

A – Mezzo di Soccorso Avanzato:

Caratteristiche tecniche: ambulanza MSA/auto medica/altro mezzo secondo necessità regionali e/o Aziendali con requisiti minimi individuati almeno a livello regionale.

Organico: essenziale la presenza di **1 medico** di emergenza e di **1 infermiere** di emergenza dedicati all'emergenza territoriale, **1 autista soccorritore**. Personale adeguatamente formato in regola con gli attestati di formazione e abilitazione, (che hanno frequentato e superato l'apposito corso regionale ai sensi dell'art.92 comma 5 del DPR n° 41/91 e successive modifiche).

Funzioni: la postazione di soccorso avanzato garantisce la medicalizzazione per l'emergenza-urgenza di un'area territoriale definita tenendo conto dei parametri standard minimi; la postazione di soccorso avanzato è supportata, nella area territoriale di competenza, da ambulanze di base. Tutte saranno controllate e coordinate, dal punto di vista della funzionalità, dalla C.O. competente per territorio.

Organico Medici per Postazione: Numero minimo di almeno sei (6) medici per postazione.

I mezzi di soccorso con medico a bordo sono tenuti ad effettuare prioritariamente interventi per codici rossi e gialli, non escludendo l'intervento su codici a gravità inferiore sulla base di esigenze operative contingenti con funzione di filtro.

Direzione, coordinamento e governo: In ogni postazione deve essere individuato un **medico referente coordinatore con i seguenti compiti:**

- ❖ Garantisce l'operatività della postazione di riferimento (copertura turni, presenza del materiale necessario, controllo giacenza farmaci e scadenze ecc.)
- ❖ Comunica e controlla che le direttive regionali e nazionali siano rispettate, invia report clinici e organizzativi sull'attività della postazione al direttore DEU, al Direttore Sanitario di riferimento o alla C.O.

A.1- Mezzo di Soccorso Avanzato ad ala rotante – Eliambulanza – Servizio HEMS (helicopter Emergency Medical System) e HSAR (Helicopter Search and Rescue):

Caratteristiche tecniche: eliambulanza rispondente ai requisiti minimi individuati almeno a livello regionale.

Organico: si ritiene essenziale la presenza di **1 medico di emergenza** e di **1 infermiere** di emergenza dedicati all'emergenza territoriale, con comprovata conoscenza ed in regola con la formazione e acquisizione di attestati e tecniche di rianimazione avanzata e supporto delle funzioni vitali.

Il rimanente personale tecnico è costituito dal pilota (comandante a bordo) e tecnico, che in caso di configurazione HSAR svolge la funzione di specialista verricellista. In regola con gli attestati di formazione e abilitazione.

Funzioni: il servizio di elisoccorso garantisce la medicalizzazione in un'area territoriale ben definita (è auspicabile un tempo di volo non superiore a 20'); in cui non sia possibile raggiungere il paziente, in tempi rapidi, con altro vettore medicalizzato. L'attività di elisoccorso dipendono funzionalmente dalla C.O. competente per territorio.

L'eliambulanza effettua di norma per codici rossi, potendo tuttavia accettare ingaggi per interventi a gravità inferiore se legati a gravi difficoltà logistiche (ambiente ostile).

Direzione, coordinamento e governo: in ogni base di elisoccorso deve essere individuato un medico referente, responsabile dell'applicazione delle direttive e dei protocolli adottati dal Direttore della C.O. di riferimento. Il referente medico garantisce l'operatività della postazione di riferimento (copertura turni, presenza del materiale necessario, ecc.) comunica e controlla che le direttive siano rispettate, invia report clinici e organizzativi sull'attività della postazione al direttore della C.O. Deve essere individuato inoltre, un infermiere referente di postazione, con i compiti, per quanto riguarda il personale infermieristico, di garantire l'operatività della postazione (copertura turni, rifornimento del materiale necessario, ecc.), di comunicare e controllare che le direttive impartite siano rispettate. A lui risponde funzionalmente il personale infermieristico operativo in quella postazione.

Presidi Territoriali di Emergenza /Punti di Primo Intervento (PTE/PPI)

I punti di primo intervento (P.P.I.) o Presidio Territoriale di Emergenza (P.T.E.) sono previsti nell'ambito delle normative nazionali e regionali; possono coincidere con una Postazione di Emergenza Territoriale 118 (MSA).

La presenza di PPI/PTE trova il suo razionale unicamente in aree a bassa/media densità di popolazione in cui il DEA/PS di riferimento sia difficilmente raggiungibile o in quelle aree dove è stato chiuso l'ospedale.

I Presidi Territoriali devono garantire, nei propri orari di operatività, la presenza costante di personale **medico, infermiere e ausiliario** dedicato e formato al trattamento del paziente in emergenza ed abilitato secondo i protocolli 118 regionali su linee guida Nazionali.

Il personale dedicato al soccorso territoriale è tenuto a collaborare all'attività assistenziale, secondo protocolli definiti da ACN e regionali. **I Presidi Territoriali (PPI-PTE) opereranno in autonomia e collaborano con i DEA/ PS.**

Organico di Presidio: Numero minimo di almeno cinque (5) medici per Presidio qualora il Presidio coincide con la Postazione (MSA) l'organico sarà il doppio per assicurare la continuità assistenziale sul territorio.

Caratteristiche del personale MEDICO operante nel sistema di Emergenza - Urgenza Territoriale.

Medico di Emergenza-Urgenza

Il medico dell'emergenza-urgenza convenzionato, potrà collaborare con le strutture sanitari territoriali e a sua richiesta, assumere tutte le specificità di servizio previste nel DPR 27.03.92 quali: attività sul territorio, centrale operativa ed elisoccorso, compresi, attività nelle postazioni di primo intervento.

La natura giuridica del medico di emergenza è regolamentata da un rapporto di lavoro autonomo convenzionato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 instaurato tra il SSN e i medici della Medicina Generale del settore EST e le Aziende Sanitarie. Disciplinato da un rapporto di lavoro autonomo instaurato tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di emergenza per l'espletamento dell'attività, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale e territoriale, di attività sanitarie a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833. Le Regioni si avvalgono di personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio di EST, utilizzando medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore. Il medico 118 convenzionato con la Medicina Generale può su base volontaria o per necessità intrinseca allo stato di salute transitare nei settori della medicina generale per essere ricollocato nei servizi territoriali.

Il medico di emergenza 118, garantirà al paziente la continuità del soccorso, permetterà la condivisione, la partecipazione e l'integrazione tra la rete dell'attività di soccorso svolta sul territorio e l'assistenza fornita dalla rete ospedaliera.

Detenendo in tal modo, un elevato livello professionale e rendendo possibile, effettuare una verifica di qualità continua, efficace per la crescita professionale, garantendo lo scatto di carriera e l'acquisizione di un'identità specifica del M.E.T.

CONCLUSIONI

1. Il Presente Documento Programmatico SNAMI_EST sarà la base del prossimo nuovo Accordo Collettivo Nazionale che disciplini i rapporti di **lavoro autonomo** tra il **Servizio Sanitario Nazionale** ed i medici dell' EST, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale e territoriale, di attività sanitarie a rapporto orario e per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione;
2. Il Sistema d'Emergenza-Urgenza Territoriale deve trovare su tutto il territorio nazionale uniformità organizzativa, strutturale, formativa e applicativa;
3. Deve rappresentare la prima fase diagnostico-terapeutica del percorso di cura del paziente critico e come tale deve essere assistita da personale medico MET;
4. Per garantire la continuità della catena della sopravvivenza nel paziente critico, il sistema d'emergenza-urgenza territoriale deve essere integrato e supportato al sistema d'emergenza ospedaliero (Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e DEA) in termini funzionali e condivisioni di linee guida e protocolli.
5. Il medico di emergenza urgenza rappresenta la figura professionale di riferimento di questo sistema integrato;
6. Ridisegnare la figura del MET all'interno dell'attività di emergenza/urgenza con attribuzione di uno stato giuridico definito con compiti e mansioni in linea con normative vigenti, devono essere favorite e garantite opportunità di sviluppo professionale, adottando forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica.
7. Capillare presenza sul territorio di S.E.T. (Sistema Emergenza Territoriale) con mezzi e possibilità diagnostica accurata, mirata e innovativa, previa acquisizione dei dati informatici dalle aziende;
8. Creazione di fitta e omogenea rete territoriale con la presenza di P.P.I. e P.T.E. e mezzi di soccorso (MSA/automedica) in regime di collaborazione e integrazione strutturale con l'Ospedale;
9. Formazione continua e specifica per il settore.

Hanno partecipato alla stesura del documento programmatico:

Dott. Vito D'Angelo	Responsabile nazionale SNAMI EST
Dott. Roberto Pieralli	Vice Responsabile nazionale Nord Italia
Dott.ssa Patrizia Campanelli	Vice Responsabile nazionale Centro Italia

Roma 21 giugno 2015

