

CAMERA DEI DEPUTATI N. 5866

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

TAMBURRO, DALLE FRATTE, ZUIN

Disposizioni per l'organizzazione delle centrali operative « 118 »,
dei pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza

Presentata il 19 maggio 2005

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le attività svolte dai dipartimenti di emergenza sono di fondamentale importanza per la tutela della vita dei pazienti acuti e critici e richiedono un elevato livello di competenza dei loro operatori e una efficiente organizzazione.

In Italia non c'è ancora uniformità nella composizione e nell'organizzazione dei sistemi di emergenza, dalle centrali operative « 118 » — servizi di emergenza territoriali ai pronto soccorso fino ai dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA), ed è particolarmente avvertita l'esigenza di tendere all'unificazione a livello nazionale della loro strutturazione in quanto sono molto diversificate le figure professionali presenti ed alle quali è affi-

dato il compito di direzione e di massima responsabilità.

Lo stato dell'arte dell'evoluzione scientifica mondiale del settore della medicina di emergenza pone particolare attenzione alla figura in grado di svolgere questo ruolo, dovendo possedere competenze multidisciplinari, essere capace di riconoscere, affrontare e trattare, nella prima fase, tutte le urgenze ed emergenze, nonché di gestire situazioni complesse, oltre che di assolvere alle incombenze medico-legali connesse al ruolo.

La figura professionale corrispondente a tale funzione, che a livello internazionale è denominata « *Emergency Phisician* », viene formata attraverso la scuola di specializzazione medica in « *Emergency Me-*

dicine », già presente negli USA dal 1979, e in Canada, Australia, Inghilterra, Irlanda, Estonia, Polonia, Turchia e Ungheria, e di prossima attivazione in Spagna, Olanda, Belgio, Francia, Repubblica Ceca, Slovenia e Croazia (in alcuni Paesi è denominata « *Emergency and Accident Medicine* » poiché nel suo ordinamento didattico è inclusa la formazione in medicina delle catastrofi e delle maxiemergenze).

In Italia, per quanto riguarda la categoria professionale dei medici dedicati al sistema dell'emergenza, i regolamenti di cui ai decreti del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 e n. 483, istituiscono la nuova figura professionale e, quindi, prevedono istituzionalmente l'identità del medico dedicato al sistema dell'emergenza-urgenza, denominandolo « medico chirurgo d'accettazione e d'urgenza ».

Lo stesso regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1997 colloca la relativa disciplina « medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza » nell'area medica e delle specialità mediche, definendone le modalità di espletamento dei concorsi per l'accesso alla dirigenza medica e per il conferimento di incarichi di direttore di struttura complessa.

Il decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 37 del 14 febbraio 1998, stabilisce, altresì, le discipline equipollenti (con riferimento tanto ai servizi quanto alle scuole) per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

A completamento del processo, il Consiglio universitario nazionale (CUN) ha riconosciuto l'istituzione della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza, per la quale è tuttora in via di perfezionamento l'*iter* per la sua definitiva attivazione presso le facoltà di medicina e chirurgia.

Tutto il percorso identifica così il « medico d'urgenza » riferendolo alla figura professionale attualmente operante nel pronto soccorso, presso le centrali operative « 118 », nell'emergenza territoriale e nell'ambito dei DEA.

La necessità di accelerare la definizione dei compiti e dei ruoli di tale figura è proprio dovuta agli enunciati delle principali normative del settore, e cioè al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992, e alle Linee guida sull'emergenza di cui al decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 121 del 25 maggio 1992, e di cui al comunicato del Ministro della sanità 11 aprile 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996, al fine di assicurare in modo uniforme i livelli minimi e omogenei di assistenza sanitaria in emergenza e consentire la realizzazione della rete delle emergenze attraverso le articolazioni previste di:

- a) punti di primo intervento;
- b) pronto soccorso attivi;
- c) DEA di primo livello;
- d) DEA di secondo livello.

Dunque, si rende necessario limitare il ricorso a figure specialistiche attinte da altre branche afferenti al DEA, che, per quanto disponibili a ricoprire il ruolo di operatori o di responsabili, senza tuttavia possedere le competenze multidisciplinari e la visione olistica proprie della *Emergency Medicine* internazionale, finiscono per dare un contributo solo parziale alle molteplici esigenze dell'emergenza. Inoltre, essi vengono sottratti alla loro attività specialistica classica e ordinaria, in quanto spesso si tratta di specialisti in cardiologia, chirurgia d'urgenza, anestesia, neurochirurgia, medicina interna, eccetera.

Lo stesso concetto esplose in modo ancora più chiaro nella proposizione della direzione dei DEA, laddove la stessa denominazione comprende il termine « accettazione », competenza attribuita unicamente al medico che opera in pronto soccorso, cui è assegnata, per legge, la funzione di « accettazione sanitaria ».

Pertanto, la presente proposta di legge ha lo scopo di dettare criteri per uniformare il settore senza sconvolgere l'attuale

organizzazione, per evitare i rischi di una paralisi del sistema, e nel rispetto delle autonomie regionali, considerato che allo stato attuale:

1) circa il 50 per cento delle centrali operative « 118 » presenti sul territorio italiano sono dirette da un medico d'urgenza proveniente dal pronto soccorso (medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza), un'altra buona parte da anestesisti, qualche altra ancora da chirurghi o da cardiologi, molti con incarico quinquennale di direttore di struttura complessa;

2) analoga situazione si riscontra per i medici coordinatori di centrale operativa « 118 »;

3) sul territorio operano, quasi nella totalità, medici provenienti dalla continuità assistenziale incaricati a tempo indeterminato nell'emergenza (ai sensi dell'articolo 66 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000).

In conclusione, l'approvazione della presente proposta di legge darebbe un impulso notevole sia alla riorganizzazione dei sistemi di emergenza sul territorio, sia al processo di unificazione e di standardizzazione degli stessi, senza sconvolgere l'attuale assetto, e assicurerebbe agli specialisti classici di conservare la loro peculiarità.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. La responsabilità medico-organizzativa delle centrali operative « 118 » è attribuita a medici d'urgenza in possesso di documentata esperienza nella rianimazione cardiopolmonare, nella gestione dei pazienti acuti critici, nell'accettazione dei malati acuti, nella gestione delle urgenze e delle emergenze, con competenze multidisciplinari, e inquadrati quali direttori di struttura complessa.

2. Alle centrali operative « 118 » sono assegnati, con compiti di supervisione e di coordinamento, medici dipendenti ospedalieri provenienti dalle unità operative afferenti al dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), che sono inquadrati nella disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, e i medici dell'emergenza territoriale previsti dall'articolo 66 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270.

ART. 2.

1. La direzione dei dipartimenti ospedalieri di emergenza di primo e di secondo livello è attribuita a uno dei direttori di struttura complessa inserita nel DEA in possesso di documentata esperienza nel filtro, nell'accettazione e nella gestione dei pazienti acuti e critici, nonché nella gestione delle risorse umane e tecnologiche dedicate alle emergenze, delle problematiche organizzative e medico-legali connesse e delle maxiemergenze.

ART. 3.

1. È prevista nel sistema organizzativo regionale, per le operazioni di soccorso

specialistico extraospedaliero, a bordo dei centri mobili di rianimazione e degli elicotteri di soccorso, la presenza di un medico anestesista rianimatore o di un medico d'urgenza proveniente dalla medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza o di un medico dell'emergenza territoriale individuato ai sensi dell'articolo 66 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270, con competenze ed esperienza nella gestione dei pazienti acuti critici.

ART. 4.

1. Il coordinamento dei soccorsi, nei casi di grandi emergenze sanitarie e derivanti da catastrofi o da eventi calamitosi di grande rilevanza, è affidata al responsabile della centrale operativa « 118 » o a un suo delegato, in conformità a quanto previsto dal decreto del Ministro dell'interno 13 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 81 del 6 aprile 2001.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,30



14PDL0074450