

(n. ____)

ASSEMBLEA REGIONALE SICILIANA

DISEGNO DI LEGGE

presentato dai deputati: D'Agostino, Tamajo

il 17 dicembre 2021

Modifiche ed integrazioni all'articolo 24 della Legge Regionale n. 5, del 14 aprile 2009, Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale.

----O----

RELAZIONE DEI DEPUTATI PROPONENTI

Onorevoli colleghi,

il presente disegno di legge propone di apportare modifiche alla legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

L'organizzazione dell'assistenza nell'area dell'urgenza-emergenza deve avere come obiettivo un modello finalizzato al reale coordinamento dei professionisti, delle strutture e dei servizi, superando il concetto di gestione statica e compartimentale della allocazione delle risorse. Tale principio, oltre ad elevare la qualità delle attività erogate, permette di ottimizzare complessivamente, in ciascun ambito, l'impiego delle risorse, trasformando il sistema in una reale rete assistenziale. La rete dell'urgenza - emergenza, così come delineata dal D.P.R. del 92, ha sicuramente portato al miglioramento della risposta ed aumentato la cultura e l'attenzione sia da parte degli operatori sanitari che dei cittadini fruitori di tale sistema. L'articolazione della rete, che integra i servizi territoriali e ospedalieri, vista la complessità delle competenze delle varie figure professionali che

vi operano, si concretizza nella erogazione di prestazioni composite. Componenti principali di tale Sistema sono il SUES-118 e il Pronto Soccorso/DEA. Il Sistema territoriale è costituito dalle centrali operative 118, dai mezzi mobili di soccorso e dalle eliambulanze, opera nella fase di “allarme”, ed assicura 24 ore al giorno, l’intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, trasferendo il paziente alla struttura più appropriata. Il sistema Ospedaliero, funzionalmente differenziato e gerarchicamente organizzato, è rappresentato da Ospedali sede di Pronto Soccorso/DEA. Tra le diverse reti assistenziali quella dell’urgenza-emergenza rappresenta uno dei primi esempi di percorso assistenziale che tende alla integrazione, e riveste un ruolo particolare per le sue interconnessioni con le altre reti ad alta complessità (trauma, cardiologica, cerebrovascolare ecc.). Negli anni passati lo sforzo maggiore è stato quello di migliorare l’efficienza e l’appropriatezza mirata ai singoli servizi, mentre in questi ultimi anni molto si sta facendo per realizzare l’integrazione tra i servizi, al fine di garantire la continuità assistenziale in tutto il percorso del paziente. In tale contesto è bene ricordare che il sistema di emergenza territoriale rappresenta comunque un servizio giovane con un’organizzazione eterogenea, sia in abito Nazionale che Regionale, che ci porta ad una riflessione organizzativa per una sua rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo in linea con quanto necessario ai nuovi bisogni assistenziali. Le due componenti del sistema dell’urgenza-emergenza, quello ospedaliero e quello territoriale, devono essere in grado di affrontare tutti i problemi connessi. Nell’attesa di un intervento legislativo, che miri ad un sistema integrato che possa meglio rispondere ai bisogni assistenziali. Il modello organizzativo che si intende proporre, pone l’attenzione alle risorse umane, ed è finalizzato alla “Continuità delle cure” in un sistema integrato SUES 118 e PS/DEA. L’obiettivo è di realizzare, in una logica di rete, l’integrazione delle strutture, dei servizi, delle figure professionali e delle professionalità del sistema di emergenza in modo da fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona. Tale modello si potrebbe identificare nella istituzione di un “Dipartimento funzionale territorio ospedale del sistema dell’urgenza/emergenza sanitaria”, che trova riscontro nel “Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell’emergenza-urgenza” allegato 1 al D.A. n.22 del 11/02/2019 pubblicato sulla GURS n. 6 del 8/02/2019 S.O. n.1 “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n.70” prevede anche la “organizzazione delle medesime di-

scipline ad elevata complessità in ragione dei diversi ambiti assistenziali anche per il tramite di integrazioni interaziendali secondo il modello Hub e Spoke”.

Definizione del problema

A seguito dell’emanazione del D.P.R. 27 marzo 1992 e delle linee Guida 1/96, l’Emergenza sanitaria sul territorio si è trasformata da “Servizio”, che prevedeva il semplice invio dell’ambulanza sul luogo dell’evento ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino (“Scoop and Run” = prendi e corri), ad un vero e proprio “Sistema di soccorso”, che consiste nell’integrazione delle fasi di soccorso con l’invio del mezzo meglio attrezzato per il così detto trattamento extra-ospedaliero (“Stay and Play” = rimani e lavora), così da incidere sull’intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguata terapia prima del trasporto all’ospedale più idoneo, migliorando il follow-up di numerosi pazienti coinvolti sia in eventi traumatici che colti da malore. A distanza di 20 anni dall’istituzione in Sicilia del SUES-118, accanto ad elementi di novità di livello europeo e di livello nazionale, l’istituzione del nuovo numero unico di emergenza “112”, la definizione degli standard europei dei mezzi di soccorso, l’organizzazione delle maxi-emergenze, l’istituzione della nuova scuola di specializzazione in Medicina d’emergenza-urgenza nonché l’avanzamento della tecnologia (rete per la trasmissione delle immagini), sono emersi anche elementi di riflessione che ci inducono ad una rivisitazione del “sistema”.

In tale contesto è bene ricordare che dal punto di vista temporale il sistema dell’emergenza territoriale nasce successivamente alla revisione del Titolo V della Costituzione, tale riforma ne ha condizionato la modalità organizzativa non rendendola omogenea su tutto il territorio nazionale. Le Regioni, nella organizzazione del servizio territoriale, non hanno tenuto conto di quanto già esistente nella rete ospedaliera, intervenendo con atti legislativi riferiti al solo contesto territoriale, generando sia una parcellizzazione delle competenze nell’emergenza territoriale che sistemi differenti su scala nazionale. In entrambi i casi, non si è avuta alcuna attenzione della integrazione con l’esistente. In alcune realtà, si è arrivati alla costituzione di una azienda autonoma che si occupa esclusivamente dell’emergenza territoriale, trascurando inevitabilmente la continuità assistenziale tra territorio e ospedale. Tale modello organizzativo provoca da parte del singolo operatore la difesa della propria attività, che si ferma alla competenza di area, che in assenza di condivisione di pro-

cessi gestionali intra ed extra-ospedalieri, la semplice creazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici di Assistenza, per quanto condivisi, non sono sufficienti a garantire una reale condivisione dell'assistenza che inevitabilmente passa dalla empatia degli operatori. Il capitale umano è la risorsa più preziosa all'interno del sistema dell'emergenza. Già a livello nazionale l'emergenza territoriale è sottoposta a processi di revisione e verifica dell'organizzazione e nei prossimi anni dovrà necessariamente promuovere percorsi che stabiliscano tipologie e competenze del personale, attivare competenze avanzate in emergenza coerenti con il contesto operativo esistente e con l'evoluzione del sistema, cercare di integrarsi col sistema ospedaliero traendone da questo forza grazie alla rotazione del personale e infine, sapere cogliere le opportunità di operare in maniera motivata.

In atto in ambito regionale, il sistema della emergenza sanitaria territoriale è disciplinato:

“Nuove linee guida generali sul funzionamento del Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria Regionale “S.U.E.S. – 118”, D.A. del 25 marzo 2009 pubblicate sulla GURS n.18 del 24 Aprile 2009;

“Linee Guida – Protocolli e Procedure – Servizio SUES 118 – Sicilia” D.A. del 30 Aprile 2010 pubblicato nella GURS - S.O. n.24 del 21/05/2010, che prevedono:

“L'Azienda unità sanitaria locale competente per territorio, sentito il responsabile della Centrale operativa, provvederà ad assicurare un contingente di medici di emergenza sanitaria territoriale congruo alle necessità”

L.R. n.5 del 17 aprile 2009 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale” Art. 24 Rete dell'emergenza – urgenza sanitaria.

Nonostante il comma 1 lettera a e b dell'articolo 24 della L.R. n.5, reciti che il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in un sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziali ed un sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, dipartimento di emergenza-urgenza, di fatto la norma organizza solo il sistema territoriale, demando la organizzazione dei PS/DEA al funzionigramma della rete ospedaliera, enunciandone una sola attività di coordinamento che di fatto non è in linea alle esigenze del servizio. È quindi chiaro che la normativa, finalizzando la propria attività solo ad alcuni aspetti organizzativi, ed escludendone altri, porta a delle azioni settoriali nonostante si operi in area critica e si trattino le medesime patologie. Per logica conseguenza, avendo dei riferimenti legislativi differenti a seconda che si tratti di territorio od ospedale è

chiaro che negli anni si è prodotta una spiccata propensione alle competenze solo del proprio ambito, garantendone la massima efficienza gestionale per area, a seconda si tratti di territorio od ospedale, non tenendo conto dell'intero percorso assistenziale. È chiara la necessità di mettere al centro il percorso assistenziale, solo successivamente stabilirne il ragionamento assistenziale, che deve avere come riferimento il percorso del paziente. Pertanto il contesto regionale, riferito alla popolazione residente è che il 24,2% della popolazione della Sicilia, pari a 1.224.093 abitanti risiede nei tre principali comuni della Sicilia Palermo, Catania e Messina.

Il Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'emergenza-urgenza allegato al D.A. n.22/2019 recita: "l'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale, presenta oggi qualche criticità che sarà superata migliorando i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118".

---O---

DISEGNO DI LEGGE DI INIZIATIVA PARLAMENTARE

Art. 1.

Modifiche all'articolo 24, comma 3 della Legge regionale n. 5, del 14 aprile 2009, Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale.

1. Al comma 3, dell'articolo 24, della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, le parole: "operano quattro Centrali operative, corrispondenti a quelle già esistenti.", sono sostituite dalle seguenti parole: "operano quattro Centrali operative, corrispondenti a quelle già esistenti, che divengono, ad isorisorse, di pertinenza della Azienda Sanitaria Provinciale ove insistono, ed a cui afferiscono nove Unità Operative Semplici, una per ogni provincia riferibili alle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali organizzate funzionalmente nel dipartimento di Emergenza- Urgenza della rispettiva azienda e in stabile coordinamento con le quattro Centrali operative di bacino.

La Direzione della Centrale Operative del S.U.E.S.-118 nonché delle UOS aziendali deve essere affidata ad un medico, specialista in medicina di

d'emergenza- urgenza o equipollente, con comprovata esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza.”.

Art. 2.

Modifiche all'articolo 24, comma 5 della Legge regionale n. 5, del 14 aprile 2009, Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale.

1. Al comma 5, dell' articolo 24, della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, dopo le parole: “reclutato tra il personale medico dell'area dell'emergenza-urgenza”, sono inserite le seguenti parole: “, i medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale titolari di incarico a tempo indeterminato in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge presso l'Azienda Sanitaria Provinciale, con un'anzianità di 5 anni di effettivo servizio anche non continuativo presso la medesima, sono inquadrati, a domanda e ferma restando la sussistenza del possesso dei requisiti di accesso al profilo professionale, nella dirigenza medica del ruolo sanitario, previo giudizio di idoneità ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502 e positivo superamento della selezione per titoli e colloquio, entro i limiti dei vincoli di spesa e di fabbisogno del personale;”.

Art. 3.

Norma finale

1. La presente legge sarà pubblicata nella Gazzetta ufficiale della Regione siciliana.
2. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.