



PROBLEMATICHE SANITARIE CONNESSE ALL'ISTITUZIONE DEL NUMERO UNICO DI EMERGENZA 112

| Senato della
Repubblica
Commissione
Sanità

| 3 Luglio 2018
Audizione

| Mario
Balzanelli

→ Numero unico 118 per l'Emergenza Sanitaria e Sistema di Emergenza Territoriale

Il DPR del 27/3/1992 sancisce l'istituzione, per l'Italia, del numero unico per l'emergenza sanitaria, il 118, ed al contempo, del Sistema di Emergenza Territoriale (SET), macrostruttura del SSN (e dei SSR) finalizzata ad assicurare il soccorso sanitario, in contesto operativo tempo dipendente, alle situazioni cliniche di emergenza, in cui è presente un pericolo di vita imminente, e di urgenza, in cui è presente un pericolo di vita potenziale (condizione caratterizzata da potenziale evolutività, in tempi brevi, in emergenza).

→ IL SET 118 quale unica struttura istituzionale dello Stato soggetta all'obbligo giuridico della tempo-dipendenza

Il Comunicato n° 87 della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in Gazz. Uff., 30 maggio, n. 126 relativo al D.P.R. 27 marzo 1992) stabilisce, per il SET-118, obbligo di intervento sulla scena dell'evento in 8 minuti dalla chiamata, in area urbana, ed in 20 minuti dalla chiamata, in area extraurbana.

Il SET-118 è l'unica struttura istituzionale dello Stato soggetta all'obbligo giuridico della tempo-dipendenza.

→ Razionale biologico della tempo-dipendenza del SET 118

Le patologie acute tempo dipendenti possono uccidere in pochi minuti o anche all'improvviso.

Le sindromi coronariche acute, le aritmie minacciose, l'insufficienza cardiaca acuta, l'insufficienza respiratoria acuta severa e acuta su cronica, le intossicazioni acute, il politrauma richiedono dinamiche complessive di intervento di soccorso di assoluta tempestività ed appropriatezza nel contesto delle quali l'anticipazione della terapia di emergenza di supporto delle funzioni vitali ed, in alcuni casi, specificamente mirata, sulla causa del problema (eziologia) anche di pochi minuti può fare e - tutti i giorni - fa la differenza tra la vita e la morte.

Particolarmente durante la condizione "catastrofica" dell'arresto cardiaco improvviso, per ogni minuto che passa dall'insorgenza dell'arresto, soprattutto in un contesto sociale attuale in cui gli astanti ancora non sono adeguatamente addestrati a riconoscere il problema e ad effettuare con immediatezza le compressioni toraciche (*il massaggio cardiaco*), sia di propria iniziativa che sotto dettatura telefonica effettuata dalla CO118 (*telephone CPR*), si perdono il 10% circa di probabilità che quel cuore possa tornare a battere e, quindi, che quella vita possa salvarsi e/o il paziente possa presentare un recupero neurologico e funzionale completo. Infatti, il flusso di sangue agli organi nobili (cuore, cervello) si ferma immediatamente dopo arresto cardiaco e dopo appena 4 minuti dall'inizio dell'arresto cardiaco i neuroni cominciano a morire o presentano danni irreversibili. Ref. Resuscitation (2008) 77, 229-234



→ La centralità clinica dell'intervento immediato ed appropriato del SET 118 sul paziente critico

Diventa, pertanto, determinante garantire, alla popolazione nazionale, la presenza di un Sistema di Emergenza Territoriale in grado di assicurare al paziente critico, ossia che si trovi in condizioni cliniche di emergenza (imminente pericolo di perdere la vita) l'arrivo di equipaggi di soccorso adeguati, in grado di effettuare diagnosi e terapia di emergenza potenzialmente salvavita (medico più infermiere) in tempi rapidissimi, rispettosi degli standard temporali di intervento, previsti dal legislatore per area urbana e per area extraurbana (standard Società Italiana Sistema 118, **Meeting Consensus** 2012)



→ Il numero unico europeo 112 (NUE 112) e relativa normativa europea

Lo scopo per il quale è stato introdotto il NUE è quello di agevolare i cittadini, in viaggio nei paesi europei (considerato l'incremento, previsto già nel 1991, degli spostamenti tra gli stati membri per motivi privati o di affari), nell'accesso alle richieste di soccorso per le emergenze, fornendo un numero che fosse uguale per tutti gli Stati UE (molti Stati ne avevano uno proprio di riferimento). Considerando che molti Stati Europei possedevano dei sistemi di richiesta di soccorso per i diversi tipi di emergenza con numeri dedicati, è stato stabilito che l'introduzione del 112 NUE dovesse **“evitare ulteriori sviluppi divergenti nel settore”** a causa di motivi legislativi, di regolamentazione o amministrativi. Pertanto l'art.1, comma 2 della legislazione europea istitutiva del 112 (Direttiva 91/396/CEE), sanciva che **“il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno, parallelamente ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate”**.

La direttiva citata parla, chiaramente, di introduzione parallela e non sostitutiva del 112 rispetto **“ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate”**, quindi parallela e non affatto sostitutiva delle funzioni di accesso al soccorso sanitario mediante ricorso diretto al numero e, quindi, al Sistema 118.

Le successive Direttive Europee, che hanno integrato la prima, dispongono che sia possibile identificare, mediante le tecnologie in uso, con possibilità di integrazione in base alle innovazioni successive, la posizione del chiamante con la finalità di agevolare le tempistiche dei soccorsi; solo per tale motivo l'Italia ha ricevuto una procedura di infrazione 2006/2114 avviata dalla Commissione europea in data 10 aprile 2006 ai sensi dell'art. 2126 del Trattato C.E. Queste stesse direttive erano state recepite dall'Itale mediante due decreti:

- Decreto 22 Gennaio 2008 - Numero Unico di Emergenza Europeo 112.
- Decreto 12 Novembre 2009 - Disposizioni relativamente al servizio del numero telefonico unico di Emergenza Europeo 112 (integrazione 115 e 118) (quest'ultimo prevedeva già che l'identificazione del chiamante fosse estesa alle Centrali del 115 e del 118)

→ Il recepimento dell'Italia del NUE 112

Per quanto il Ministero dello Sviluppo Economico avesse recepito la direttiva europea ed aveva confermato l'autonomia operativa alle Centrali del "118" e del "115" per le chiamate rivolte direttamente ad esse attraverso i numeri telefonici 118 e 115 (tanto da stabilire nel proprio Decreto del 12 novembre 2009 che le Centrali del "118" e del "115" dovessero essere dotate della stessa funzionalità di localizzazione del chiamante prevista per le Centrali del NUE 112), le Centrali del NUE 112 attivate in Italia non si sono affatto uniformate a questo dettato e, invece di prevedere l'introduzione parallela del 112 rispetto agli altri numeri di emergenza già esistenti, come peraltro accade in vari paesi dell'Unione, hanno realizzato il convogliamento di tutte le telefonate dirette ai numeri dei servizi di emergenza (112, 113, 114, 118) al numero unico 112, precludendo di fatto al cittadino italiano l'accesso diretto al 118 ed al 115 e determinando ritardi nel soccorso e complicazioni operative per i rispettivi servizi.

L'Italia, quindi, nelle regioni italiane dove il NUE 112 è stato attualmente implementato ha deciso di cambiare le sue stesse disposizioni e di discostarsi dal dettato normativo relativamente all'introduzione parallela del 112 rispetto agli altri numeri di emergenza insistenti nei vari paesi dell'Unione.



→ Problematiche sanitarie connesse all'introduzione del NUE 112

L'Europa, pertanto, rispetto al fabbisogno funzionale reale ed essenziale del NUE (il turista in paese straniero che non sa chi chiamare in caso di emergenza), non ha posto all'Italia e, quindi, a 60 milioni di italiani, nel momento improvviso dell'imminente pericolo di perdere la vita, alcun obbligo di procedura che prevede un "doppio" passaggio operativo tra il 112 e le Centrali Operative di Settore (Soccorso Sanitario, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, etc), che può comportare, come peraltro già successo, purtroppo con il dato di cronaca di esiti nefasti, inaccettabile allungamento dei tempi complessivi di risposta.

Chi rischia di morire da un momento all'altro, non può permettersi un "doppio passaggio".

Chi rischia di morire da un momento all'altro, non può permettersi di vedere arrivare il soccorso sanitario potenzialmente salvavita del 118 con anche un solo minuto di ritardo, dovuto ad un "doppio passaggio" cui proprio la normativa europea precisa, a ciascun paese dell'Unione, di non porre alcun obbligo.

La necessità imprescindibile di una verifica sistematica e condivisa dei dati ministeriali

Diventa, a questo punto, necessaria, indifferibile, a livello ministeriale competente, procedere ad una puntuale e condivisa - rigorosissima - fase di analisi e confronto, aperta

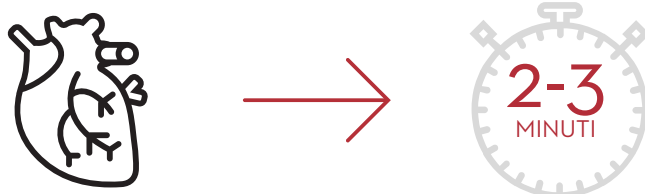
a tutti gli attori istituzionali dei servizi di emergenza del Paese, di tutti i dati complessivi del servizio nelle regioni attivate, nel contesto della quale occorrerà valutare – per l'emergenza sanitaria - indicatori oggettivi un po' diversi da quelli normalmente presentati nelle dichiarazioni ufficiali, ossia, tra i tanti, il confronto dei tempi intercorrenti dalla chiamata dell'utente al servizio di emergenza e l'arrivo sul posto del mezzo di soccorso confrontando, nella stessa realtà posta in esame, la gestione del "prima" con la gestione "attuale" del percorso operativo di Sistema, ossia confrontando in caso di **codice rosso** i tempi di arrivo sul posto rispetto alla chiamata, quando il 118 rispondeva in prima battuta alla richiesta di soccorso inoltrata dal cittadino utente alla Centrale Operativa del 118, rispetto alla situazione attuale, in cui alla chiamata del cittadino utente risponde in prima battuta la Centrale Operativa del 112 che smista, successivamente, l'intervento alla Centrale Operativa del 118.

→ **Il dato scientifico della letteratura internazionale**

Un recente studio osservazionale condotto a livello Europeo ha comparato il tempo di connessione telefonica con un operatore del Sistema di Emergenza Territoriale (118) nei sistemi a singolo passaggio verso quelli a doppio.

Si è documentato come il sistema a doppio passaggio imponga sempre un ritardo superiore ai 30 sec e che in alcuni casi può raggiungere quasi gli 80 sec.

Questi secondi di ritardo, quando aggiunti al tempo necessario per riconoscere la situazione di arresto cardiaco ed a quello che precede l'inizio del massaggio cardiaco guidato dall'operatore telefonico e/o dell'arrivo del mezzo di soccorso in loco, preclude la possibilità di poter intervenire con le manovre salvavita (massaggio e defibrillazione, se necessaria) entro la finestra di 2-3 min dall'inizio dell'arresto cardiaco, che è quella che garantisce la probabilità massima di successo della rianimazione. Ref. Resuscitation 111 (2017) 8-13



→ **La proposta di una svolta strategica di politica sanitaria: il 112 in affiancamento al 118 e non in sostituzione del 118**

Si propone, a parere personale, in piena coerenza attuativa con il dettato legislativo europeo, di modificare con urgenza, quale scelta strategica di politica sanitaria nazionale, gli attuali profili operativi di Sistema, "restituendo" immediatamente ai cittadini italiani, secondo quanto peraltro accade in altri Paesi dell'Unione, la possibilità di accesso diretto al Sistema di Emergenza Territoriale 118 in caso di imminente pericolo di perdere la vita, quindi di emergenza sanitaria.

Chi di noi, in caso di arresto cardiaco improvviso, è disponibile, per un solo minuto perso eventualmente in più nelle operazioni di "doppio passaggio" tra 112 e 118, che proprio nessun legislatore europeo ci ha chiesto di perdere, in qualsiasi modo, in quei momenti terrificanti, a cedere quel 10% di possibilità di tornare a vivere?



→ La necessità contestuale di una riforma legislativa urgente del 118

Il Sistema 118 nazionale, richiede, invece, contestualmente, per se stesso, l'urgenza di una riforma legislativa che vada nella direzione di un suo netto potenziamento, rispetto alle politiche ministeriali ampiamente ed irrazionalmente demolitive subite nel corso degli ultimi anni, che hanno provveduto, senza alcun motivo, a chiudere e ad accorpate i centri di responsabilità costituiti dalle Centrali Operative, a varare modelli di **governance** amministrativi e non sanitari dei Sistemi, molto più costosi e di efficacia tutta da dimostrare, a desertificare in modo massivo le componenti sanitarie medico-infermieristiche degli equipaggi di soccorso le uniche in grado di effettuare diagnosi e terapia potenzialmente salvavita.

Nel sollecitare, con massima intensità, il tema, più urgente, ed ormai storicamente indifferibile, della riforma legislativa del Sistema 118 nazionale, si ritiene necessario riproporre, auspicando maggiore attenzione e maggiore ascolto, all'attenzione del legislatore, il documento degli standard del Sistema 118 elaborati dalla Società Italiana Sistema 118 (SIS 118), espressione della "visione" ed articolazione organizzativa e funzionale del Sistema condivisa, a livello nazionale, dalla "base" degli operatori.

→ Conclusioni

Il 112 ed il 118 rimangono, pertanto, due dimensioni operative completamente differenti l'una dall'altra, trattandosi, nel primo caso (il 112), di un mero **call center** di smistamento delle chiamate per emergenze di qualsiasi tipologia alle Centrali Operative di settore (Emergenza Sanitaria, Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco etc), mentre nel secondo caso (il 118), di un sistema specifico ad elevata complessità gestionale della sanità nazionale.

La **Sala Operativa** del 118, i cui operatori sanitari non solo rispondono alle chiamate dell'utenza ma attivano contestualmente risposte terapeutiche immediate potenzialmente salvavita, declinate, a seconda dei casi, quali istruzioni prearrivo in caso di malore o di trauma, coordinando e supervisionando - in tempo reale - tutte le fasi in cui si articola ciascun intervento di soccorso, rappresenta solo una parte, strutturale e funzionale, del **centro direzionale del Sistema 118**, denominato **Centrale Operativa 118**, cui sono preposte le funzioni di direzione, coordinamento, controllo, verifica e revisione della qualità, risk management di tutte le attività di Sistema e di formazione del personale.

È, di conseguenza, a parere personale, un macroscopico errore di appropriatezza gestionale ritenere, nel nome dei percorsi di operatività del 112, di interferire, in vario modo, con l'operatività delle Centrali Operative 118 (**influenza inappropriata del 112 sul 118**) e viceversa, ritenere, nel nome del 118, di voler interferire con l'operatività del 112 (**influenza inappropriata del 118 sul 112**).

L'obiettivo istituzionale di 112 e 118, invece, è necessariamente unico: salvare vite, nel miglior modo possibile, nel minor tempo possibile, con l'uso migliore possibile, ed istituzionalmente integrato, laddove necessario, di tutte le risorse a disposizione.

Allo stato attuale, si è coralmemente al lavoro, nelle regioni in cui è attivo il 112, valorizzando al meglio tecnologia, protocolli e procedure condivise, per assicurare "modalità di dialogo" estremamente rapido tra le due Centrali Operative, ossia, concretamente, tempistiche di passaggio dell'intervento di soccorso dal 112 al 118 in tempi strettissimi.

A tale processo di miglioramento continuo della qualità del servizio erogato, si ritiene comunque indispensabile, come peraltro già posto in essere da circa 20 Paesi dell'Unione Europea flash eurobarometer 368 - TNS Political & Social - European Commission - 2013, tra cui la Francia, affermare



un modello attuativo nuovo del NUE in Italia, assicurando al popolo italiano, in caso di emergenza sanitaria, la possibilità di accesso immediato al numero dedicato all'emergenza sanitaria territoriale, al 118.

Relatore:



Mario Balzanelli

Direttore SET 118 - ASL Taranto

Presidente Società Italiana Sistema 118

Roma, 3 Luglio 2018

Ringraziamenti:

Per la collaborazione all'estensione del testo:

Fedele Clemente: Past-President SIS118 - Già Direttore di C.O.-S.E.T.-118 del Molise e Direttore del D.E.A. di II Liv. Dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (A.S.Re.M.) di Campobasso

Giuseppe Ristagno: Direttore Laboratorio di Fisiologia Cardiopolmonare, IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano, e Domain Leader ILCOR

Rita Lazzaro: Medico SET 118 - ASL Taranto

Per la collaborazione nella impaginazione del testo e grafica delle slide

Studio GoodideaStyle - Urbino



Bibliografia

1. **DPR del 27/3/1992** - Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la Determinazione dei Livelli di Assistenza Sanitaria di Emergenza.
2. G Ristagno, W Tang, S Sun, MH Weil: "Cerebral cortical microvascular flow during and following cardiopulmonary resuscitation after short duration of cardiac arrest". **Resuscitation** (2008): 77, 229-234.
3. **Direttiva 91/396/CEE** sull'introduzione di un numero unico europeo per le chiamate d'emergenza 112.
4. **Direttiva 2002/22/CE** sul servizio universale in materia di reti e servizi di comunicazione elettronica.
5. **Direttiva 2002/58/CE** sul trattamento dati personali e alla tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche.
6. **Raccomandazione 2003/558/CE** sul trattamento informazioni localizzazione del chiamante su reti comunicazione elettronica ai fini fornitura di servizi chiamata d'emergenza con capacità di localizzazione.
7. **Decreto 22 Gennaio 2008** - Numero Unico di Emergenza Europeo 112.
8. **Decreto 12 Novembre 2009** - Disposizioni relativamente al servizio del numero telefonico unico di Emergenza Europeo 112 (integrazione 115 e 118).
9. N Nikolaou, M Castrén, K G Monsieurs, D Cimpoesu, M Georgiou, V Raffay, R Koster, S Hunyadi-Anti evi , A Truhlá , L Bossaert, The EUROCALL investigators: "Time delays to reach dispatch centres in different regions in Europe. Are we losing the window of opportunity?—The EUROCALL study". **Resuscitation** 111 (2017) 8-13.