

Riforma del 118

DDL n.

1715 – 1634 – 2153 – 2231 – 1127 – 179

CONTRIBUTO SCRITTO

per la Commissione Igiene e Salute del Senato

dr. Fedele CLEMENTE

Presidente Onorario SIS118

Già Direttore del D.E.A. di II Liv. della ASREM di Campobasso

Già Direttore di C.O.-SET118 del Molise

Già Direttore ad Interim di MeCAU dell'osp. "A. Cardarelli" di Campobasso

PREMESSA

Il Servizio di Emergenza Territoriale “118” nasce con il D.P.R. del 27 marzo 1992. Da quella data, tutte le Regioni si sono attivate per la sua costituzione, costituzione che è avvenuta spesso sulla buona volontà e sull’impegno personale degli addetti ai lavori, a volte senza neanche un’adeguata programmazione regionale. Si è giunti così a mettere in piedi un Sistema con tutta la sua complessità, caratterizzato dalla presenza di un alto numero di differenti figure professionali (medici, infermieri, soccorritori, tecnici), da una notevolmente estensione territoriale (con dimensione al minimo provinciale), articolato nelle sue funzioni (dalle emergenze singole alle maxiemergenze), supportato da particolare tecnologia moderna e sofisticata per la conduzione e gestione delle attività (presidi biomedicali portatili, sistema informatico mirato, sistemi complessi di radio-telecomunicazione, sistemi di telemedicina, ecc.). Per quanto fosse nota la sua missione e fossero definite le caratteristiche generali, sono mancati gli indirizzi dettagliati. Ciò ha determinato che i Servizi 118 nascessero e si sviluppassero in modo parzialmente difforme fra di loro.

Nell’anno 1997 veniva, poi, costituita la Società Scientifica Italiana Sistema 118 (SIS118) i cui soci fondatori rappresentavano le direzioni della maggior parte delle Centrali 118 all’epoca attivate (oltre il 70% sulle 103 presenti). Successivamente, è stata ampliata la sua base associativa ammettendo la partecipazione di tutte le figure professionali e di tutte le categorie presenti nel Sistema (medici, infermieri, volontari soccorritori e tecnici operanti in Centrale Operativa e sul Territorio), conservando tale configurazione a tutt’oggi. La SIS118, in risposta alla comune esigenza di raggiungere una maggiore uniformità su tutto il territorio nazionale, adottava nell’anno 2009 il “Manifesto della SIS118”, con cui definiva gli obiettivi del Servizio e la sua struttura di base e nell’anno 2012, approvava il documento contenente i “Criteri e Standard dei Servizi 118”, frutto di approfondito e lungo studio i cui risultati venivano ampiamente condivisi in ambito nazionale. Questi standard contenevano la denominazione univoca del Sistema di Emergenza Territoriale 118 di “SET-118” per superare le diverse denominazioni che ogni Regione aveva adottato; le indicazioni sull’organizzazione generale; l’ambito territoriale di competenza; l’organizzazione e funzionalità della Sala Operativa; la tipologia e la distribuzione dei mezzi sul territorio; le modalità operative del sistema; le modalità di uso dei sistemi informatici e delle telecomunicazioni; i percorsi formativi del personale; i percorsi di verifica e controllo della qualità; ecc. ecc. Oggi questo documento è il principale riferimento per gli addetti ai lavori e per coloro che sono deputati alla programmazione, essendo stato recepito a tutti i livelli, anche ministeriali. Attualmente ne è in corso la revisione aggiornata. Intanto, con la predisposizione del “Manuale di Accreditamento all’Eccellenza” secondo le norme UNI EN ISO 9000:2008, ISO 19011 ed ISO 17021, elaborato nello stesso periodo dalla SIS118 in collaborazione

con le società specializzate del settore, si avviava l'Accreditamento Volontario all'Eccellenza delle Centrali Operative 118.

In tutti questi anni, dal 1992 ad oggi, il 118 è cresciuto ed ha dimostrato tutta la sua importanza nel panorama sanitario, fornendo risposte a tutte le tipologie di urgenze ed emergenze extraospedaliere (da quelle squisitamente sanitarie e cliniche a quelle sociali ed organizzative), in tutte le circostanze ambientali (ovunque ed in qualsiasi condizione, spesso avversa, del territorio), in collaborazione con tutti gli enti che in vario modo sono coinvolti negli eventi improvvisi (V.V.F., F.F.O., Protezione Civile, Soccorso Alpino, ecc.).

È da sottolineare il ruolo di raccordo che il SET-118 svolge tra la medicina territoriale e quella ospedaliera, come particolarmente evidente nella gestione del percorso delle patologie tempo-dipendenti e contribuendo, attraverso la funzione di filtro e di corretto indirizzamento diagnostico e terapeutico del paziente soccorso, a favorire l'alleggerimento della sanità ospedaliera, in particolare del Pronto Soccorso, agevolandone le finalità.

Nonostante la grande fatica che i suoi operatori hanno sostenuto per raggiungere i comuni obiettivi, la sua crescita ed il suo sviluppo si sono mostrati alquanto lenti. Numerosi sono i fattori che hanno rallentato questo sviluppo. Alcuni di essi sono legati alla situazione generale in cui versa la Sanità italiana, con l'orientamento ad investire maggiormente nel privato rispetto al pubblico; altri sono legati alla sempre minore disponibilità di personale sanitario, in particolare medico; altri ancora al blocco delle assunzioni. Ma fra questi elementi, è sicuramente da annoverare la difficoltà di farsi spazio in un mondo sanitario diffidente e prevaricatorio, il quale ha inizialmente giudicato il SET-118 come un intruso, trascurando le sue esigenze e con esse trascurando le esigenze del cittadino, poi, di fronte al suo inevitabile affermarsi, ha cercato di coglierne le opportunità rigirandole a proprio vantaggio e utilità.

Di quest'ultimo problema, cioè della prevaricazione e delle interferenze, ne abbiamo prova oggi, allorché, nel discutere della proposta di maggiore autonomia e capacità operativa al SET-118 avanzata con il DDL 1715, a prima firma della Senatrice Maria Domenica Castellone, si sono fatti avanti quei soggetti, spesso estranei o interessati solo marginalmente alle attività di emergenza territoriale, che di fatto hanno sempre tentato di fare speculazioni sul "118" e sull'emergenza territoriale, ponendo ostacoli al suo sviluppo al fine di ottenere vantaggi personali, di categoria, economici o di potere e tentando in tutti i modi di renderlo debole e facilmente aggredibile, anche a costo di determinare un danno finale agli ignari cittadini/pazienti.

È stato, infatti, proprio il DdL n. 1715, tanto apprezzato dalla SIS118 e dagli operatori dei SET-118 perché con singolare semplicità ed estrema linearità intende fornirgli margini di maggiore stabilizzazione attraverso una più corretta e coerente

strutturazione (di cui si dirà più avanti), ad aver scatenato le reazioni più strane, agguerrite e in qualche caso scomposte, volte, in buona sostanza, a delegittimare il SET-118 e ad impedirne il progresso.

Assistiamo, così, alla proposizione di ulteriori DdL che trattano la materia, di cui, in verità, alcuni sono sostanzialmente in linea con il DdL 1715 (DdL 1634, 1127 e 179) e ne rafforzano il contenuto; altri (DdL 2153 e 2231) ne sono del tutto contrari e si presentano con un filo conduttore comune basato sul ridimensionamento del SET-118, sottrazione delle sue prerogative e delle sue peculiarità e trasferimento della gestione dell'attività così minimizzata in parte all'ospedale, nella fattispecie al Pronto Soccorso, in parte all'industria tecnologica ed informatica attraverso strutture adattate a questo scopo, come ad esempio il totipotente ed omnifagocitante NUE112 secondo il modello lombardo.

Nel ringraziare la Commissione del Senato che mi ha consentito di esprimere un parere sui DdL in discussione, metto a disposizione la mia esperienza di circa 40 anni vissuti in trincea e sul campo in emergenza sanitaria e passo ad illustrare la visione condivisa della SIS118 sui DdL citati.

DdL 1715 DI INIZIATIVA CASTELLONE

L'intero DdL, nei suoi chiari e ben definiti articoli, è completamente condivisibile e raccoglie il consenso favorevole dell'intera SIS118 (Società Italiana Sistema 118), che, con l'occasione, esprime mio tramite gli apprezzamenti ed il riconoscimento a tutti gli estensori della proposta di legge per l'attenzione dimostrata al duro lavoro del personale tutto dei SET-118. Questo DdL puntualizza, finalmente, alcuni aspetti salienti dell'organizzazione e della funzionalità del SET-118 e lo mette in condizione di poter assolvere adeguatamente ai suoi compiti, senza interferenze e prevaricazioni, impedendo gli opportunismi di soggetti estranei che vedono nel SET-118 l'occasione per trarne vantaggi personali, a suo discapito. La maggiore stabilizzazione ed il miglioramento qualitativo che questo DdL fornisce al SET-118 si traducono in una migliore e più qualificata prestazione fornita al cittadino.

Più nel particolare, si apprezza la conferma della collocazione del SET-118 nel contesto della medicina territoriale, con specifici compiti e funzioni, e si condivide l'art. 2, che prevede una sua organizzazione di tipo Dipartimentale territoriale, declinato al duplice livello di alta complessità gestionale, provinciale e regionale. Questa modalità organizzativa rende ragione della complessità del Sistema, della sua estensione, dell'alto numero di personale e della specificità dei suoi compiti. È senz'altro da preferire alla connotazione Aziendale a sé stante proposta dalla Lombardia, mastodontica ed in concorrenza con le altre Aziende Sanitarie a causa degli aspetti economici e gestionali differenti. Il Dipartimento 118, invece, resta nel contesto della ASL e può condividere con il resto delle strutture ivi presenti percorsi assistenziali ottimali, essendo legati dalle stesse finalità e dagli stessi obiettivi di bilancio.

Sempre all'art. 2 si stabilisce che il SET-118 riceve direttamente le richieste di soccorso formulate sul numero breve "118", senza necessariamente l'intermediazione del NUE112, a vantaggio della celerità della risposta e della qualificazione dell'intervista. Si tratta di elemento pregnante dell'attività del SET-118, che questo DdL riconosce.

È apprezzata la definizione del governo del Sistema assegnato esclusivamente alla Centrale Operativa; il limite di 60.000 abitanti in area urbana e di 100.000 in area metropolitana da assegnare ad ogni singola postazione di soccorso; la stabilità del personale dedicato; la possibilità per i medici di passare nel contratto della dirigenza medica; l'assunzione di infermieri di ruolo; il riconoscimento della figura di autista-soccorritore; il riconoscimento di specifiche indennità di rischio; l'inserimento a pieno titolo delle Associazioni del Terzo Settore.

In conclusione, il DdL 1715 interpreta esattamente le necessità del SET-118 e le traduce in elementi di concreto sviluppo. Ai promotori va il merito di aver riconosciuto l'esigenza del miglioramento e di essersi impegnati per realizzarlo. Le reazioni al DdL 1715 dimostrano per l'appunto quanto preoccupi questa legge che rafforza il SET-118 e

pone un freno ai tentativi di accaparramento da parte di coloro che ritengono di poterlo utilizzare per vantaggi personali, di categoria e di settore, come dimostrato dal contenuto di altri DdL presentati sullo stesso tema. Noi della SIS118, operatori dei SET-118, confidiamo nella tenace presa di posizione nella perseveranza degli estensori del DdL 1715 affinché giunga all'approvazione definitiva così come concepito.

DdL 1634 DI INIZIATIVA STABILE

La proposta di legge, in perfetta coerenza con il titolo del tema trattato, è sostanzialmente apprezzabile e condivisibile nel suo insieme e rimarca i contenuti del DdL 1715, rendendoli più forti e pregnanti, e li integra e completa, tali da valorizzare di fatto il SET-118, le sue funzioni ed il personale addetto e premiando, così, l'emergenza territoriale ed i cittadini che ne usufruiscono. Il DdL ribadisce che l'organizzazione del SET-118 è su base provinciale (art. 3, comma 1) e che la Centrale "118" riceve direttamente le richieste di soccorso indirizzate al numero telefonico 118 (art. 6, comma 1). L'unica precisazione che si ritiene opportuna riguarda il contenuto del comma 5 dell'art. 2, laddove viene riportato che il SET-118 afferisce funzionalmente ad uno dei DEA ospedalieri presenti sul territorio di competenza. Al proposito, si osserva che proprio l'ambito provinciale di operatività del SET-118 finisce per determinare che esso si trovi necessariamente a rapportarsi a tutti i DEA presenti nella stessa area, sia per ragioni logistiche, ma principalmente per le diverse specialità cliniche presenti nei diversi DEA, che rendono diverse potenziali risposte ai bisogni di salute. In merito, va precisato che è doveroso per il SET-118, che già non può fare parzialità, condurre il paziente all'ospedale idoneo sulla base della patologia riscontrata e della risposta definitiva da fornire (il *paziente giusto all'ospedale giusto*). Da ciò deriva che non può essere legato da un rapporto costante e prestabilito con uno solo dei DEA ospedalieri del territorio ricoperto (quale sarebbe, a questo punto?), ma deve essere libero di poter scegliere la sede di destinazione del paziente in base alle sue necessità di cura definitiva. Questa condizione, piuttosto, avvalorata la tesi della connotazione Dipartimentale a sé stante di ogni singolo SET-118, in modo che possa confrontarsi pari grado e con pari autorevolezza, con equità ed imparzialità e nell'esclusivo interesse del paziente, con tutti i diversi DEA ospedalieri presenti nell'area provinciale di competenza, senza condizionamenti e/o preferenze soggettive.

DdL 2153 DI INIZIATIVA CANTU'

Questa proposta di legge, che già nel titolo si discosta dagli intenti dell'originario DdL 1715, appare proporre una riforma sanitaria globale, anche se incompleta, che riguarda molteplici settori e che, probabilmente, potrebbe essere presa in considerazione in altri contesti, dato che richiede un confronto molto più ampio e complesso essendo numerosi gli attori interessati.

Già nella premessa, infatti, risalta questo aspetto, per cui ci si limiterà ad esaminarne solo alcuni punti più strettamente connessi con l'emergenza territoriale.

1) Lascia esterrefatti per la loro preoccupante gravità la somma di concetti racchiusi nella frase "*...virtuosa integrazione del cosiddetto <SET118> (che nell'articolo assume il nomen iuris di <Sistema pre-ospedaliero di emergenza-urgenza> attraverso le centrali operative dei sistemi sanitari regionali, con il sistema di emergenza ospedaliero...*". Pur non comprendendo cosa possa significare in concreto la "*virtuosa integrazione*", si resta senza parole di fronte alla palese intenzione di voler annientare del tutto il SET-118. Si comincia con la cancellazione della denominazione (SET-118), che toglie l'identità e la specificità all'emergenza sanitaria territoriale, e si introduce il concetto di "*Sistema di emergenza pre-ospedaliera*", cioè di attività priva di struttura che si svolge subito prima e davanti al sistema ospedaliero, con cui sarebbe accomunata dalla "*virtuosa integrazione*", e che in qualche modo sarebbe affidata alla gestione di "*centrali operative dei sistemi sanitari regionali*", evidentemente diverse dalle attuali centrali operative del SET-118. Tradotto in parole semplici questo appare significare:

- a. eliminazione dell'emergenza sanitaria territoriale come attività a sé stante, mirata ed organizzata, del Servizio Sanitario Nazionale, deputata al trattamento di tutte le patologie di urgenza-emergenza che si presentano sull'intero territorio di afferenza, con limitazione alla sola emergenza-urgenza pre-ospedaliera, cioè unicamente di quella che presuppone il coinvolgimento successivo dell'ospedale;
- b. attribuzione di tale funzione all'ospedale, in nome di una presunta "*virtuosa integrazione*";
- c. trasferimento della gestione delle attività residue dopo l'eliminazione dell'emergenza sanitaria territoriale a centralini telefonici laici, diversi da quelli mirati ed altamente professionalizzati del SET-118.

Superato il primo momento di sbigottimento per queste intenzioni gravemente compromettenti per l'emergenza sanitaria territoriale e, di riflesso, per la salute dei cittadini, si osserva che:

- l'emergenza sanitaria è un Livello Essenziale di Assistenza ed è inserita nell'ambito della medicina territoriale; non è pertanto sopprimibile, né alienabile

- e tanto meno, secondo una vetusta e superata visione ospedale-centrica, può essere accomunata, integrata e inglobata nell'attività ospedaliera;
- il Servizio che svolge questa funzione è il SET-118, istituito con DPR del 27 marzo 1992, che attualmente ha una strutturazione ben definita in funzione dei risultati attesi e che, a sua volta, è correttamente e legittimamente posta fra le strutture della medicina territoriale;
 - gli interventi di soccorso sanitario, a norma del DPR 27 marzo 1992 e successive in materia, sono gestiti dalla Centrale Operativa 118 attraverso personale sanitario altamente professionalizzato, rappresentato dagli infermieri delle sale operative e non è previsto, né consentito, che centralinisti laici di una comune centrale di semplice smistamento di chiamate possano svolgere questa funzione.

La proposta è quindi completamente rigettabile in quanto, nel prevedere l'eliminazione del SET-118, e con esso della medicina di emergenza-urgenza territoriale, abolisce decisamente un LEA di importanza fondamentale. È inoltre contraria ai molti disposti di legge vigenti che ne definiscono gli obiettivi, l'assetto, le modalità operative e la collocazione.

Ancora, non si capisce cosa voglia intendere l'affermazione che *"...in molte realtà regionali, il modello di gestione . 118 su base provinciale – richiede un medico strutturato su ogni ambulanza, non abilitando in tal modo le risorse infermieristiche disponibili e marginalizzando il ruolo del volontariato qualificato...."*. Per quanto si sappia, le abilitazioni professionali le rilascia lo Stato attraverso le Università e gli istituti ed enti di formazione accreditati. Nella fattispecie gli infermieri non possono certamente essere "abilitati" dal SET-118, ma lo sono già stati dall'Università e, proprio nelle regioni criticate, hanno raggiunto un alto livello di professionalità e di soddisfazione, gratificati ed orgogliosi del loro modo di lavorare nell'emergenza. Altrettanto ampiamente soddisfatti e gratificati del loro modo di operare nel SET-118 sono i volontari che si trovano inseriti in questo modello di 118. A dire il vero, laddove non sono in équipe con medico ed infermieri, lamentano di essere mandati allo sbaraglio e di sentirsi abbandonati. D'altronde, questa era la condizione ante-DPR del 27 marzo 1992, che evidentemente si tenta di ripristinare a danno dell'emergenza sanitaria territoriale, anche a condizione di esporre ad illegalità gli infermieri ed i volontari.

Diverso è, invece, sostenere che il servizio nel SET 118 prevede la necessità di formazione dedicata, permanente e ricorrente, del personale tutto che vi opera, perché sia affermata e mantenuta stabilmente nel tempo la dimensione di Sistema sanitario ad elevato livello prestazionale di qualità (*High Performance System*). Al contrario di quanto si afferma, questo obiettivo si persegue e si realizza di fatto nei SET-118 con dimensione provinciale, mentre laddove le dimensioni sono maggiori, la perdita del contatto diretto con il personale lo rende pressoché impossibile.

2. Incomprensibile è il richiamo al NUE112 *“messa a regime del servizio del NUE112.....”* in un documento che tratta di sanità. Il NUE112 in questo documento, da banale e semplice centralino di smistamento di telefonate gestito da personale laico, assurge ad un ruolo di megastruttura totipotente messa a coordinare le attività sanitarie di emergenza che invece sono già affidate alla gestione del SET-118, struttura sanitaria altamente professionalizzata e specificamente organizzata per lo svolgimento di questa funzione. Incredibile è poi la proposta, citata all’art. 5, comma 1, che il NUE112, con la sua strutturazione squisitamente laica di banale e comune centralino di smistamento di chiamate per tutte le situazioni, diventi un Livello Essenziale di Assistenza sanitaria. Ancora più incredibile, come riportato al comma 2 dello stesso art. 5, che si pensi di istituire una super-super-mega-struttura di Agenzia nazionale del NUE112 presso il Ministero dell’Interno, debitamente, quanto inopportunamente, finanziata con 40 milioni di euro a partire dall’anno 2021.

A proposito del NUE112, va ancora rilevato che non è affatto vera la citazione riportata nella premessa che vi siano realtà regionali e nazionali che hanno dimostrato di saper affrontare meglio di altri anche la situazione pandemica grazie alla presenza del NUE112. Infatti, agli atti dei mezzi di informazione, risultano comunicazioni pubbliche di operatori e di alcuni dei responsabili di queste strutture sulle criticità di cui hanno sofferto proprio in corso della citata pandemia, con le connesse difficoltà a dare risposte ai cittadini. Se poi consideriamo le lamentele pubbliche venute dai cittadini su questi aspetti, l’elenco diventa infinito.

3. Singolare è il significato attribuito alla telemedicina ed al telecontrollo, peraltro affidati ai Mezzi di Soccorso di Base, cioè senza medico e spesso senza infermiere. Chi scrive ritiene, evidentemente, che il paziente acuto e critico possa ricevere diagnosi da remoto, senza un esame semiologico diretto, e, ancor più, possa essere curato a distanza anche nei casi che si presuppone lascino pochi minuti per salvarlo dalla morte imminente. Sarebbe questo un impiego distorto e del tutto inappropriato della telemedicina, che certamente è di grande supporto all’atto sanitario, ma che non può essere sostitutiva del ruolo dei sanitari nell’emergenza, sia del medico che dell’infermiere. La spinta smodata verso l’uso tecnologia in medicina, se non controllata e verificata nelle sue applicazioni, diventa solo un alto costo a fronte di rischi per il cittadino/paziente.

Entrando nel merito dei singoli articoli, si formulano di seguito alcune considerazioni limitatamente ad alcuni di essi ritenuti salienti:

- **Art. 2 - c. 1** – I sistemi di emergenza sanitaria extraospedaliera e quello ospedaliero, al contrario di quanto riportato nell’articolo, non possono in nessun caso ed in nessun modo essere accomunati in un unico Servizio per i motivi già espressi in

precedenza Si precisa ulteriormente che le attività di emergenza extraospedaliera, svolte dal SET-118, sono inserite a tutti gli effetti dai LEA e dalle numerose norme in materia nell'ambito della medicina territoriale, mentre le attività di emergenza ospedaliera sono poste a carico dei DEA e sono svolte dai Pronto Soccorso e le U.O. specialistiche. I due ambiti di attività, quindi, che hanno differenti modalità organizzative e funzionali, hanno anche differenti sistemi di finanziamento e non possono essere accorpati. Per questo motivo non si comprende come si possa parlare di “*dicotomia e frammentazione*” fra personale sanitario del Pronto Soccorso e quello del SET-118, trattandosi di due connotazioni di ruolo che, afferenti alla stessa matrice culturale della Medicina di Emergenza – Urgenza, sono diverse per la specificità e per la sede presso cui vengono effettuate le prestazioni. Questa proposizione, che intende mettere sotto il controllo dell'ospedale la medicina di emergenza territoriale, rispecchia, come detto, un'arcaica e superata visione ospedale-centrica, in netta contraddizione con l'orientamento della politica sanitaria degli ultimi decenni che vuole un potenziamento delle attività sanitarie territoriali per motivi di efficacia e di economicità. Inoltre questa soluzione proposta, che agli occhi dei più ingenui può apparire di aiuto alla medicina di urgenza-emergenza ospedaliera in grave sofferenza, in realtà sottende ad un aggravio di lavoro con maggiori incombenze e responsabilità per essa, senza che siano assolutamente affrontate le vere criticità del settore.

Infine, un tal sistema, come si evince dalla lettura del documento, non considera e finisce per escludere il personale soccorritore volontario, emarginandolo e lasciandolo in una condizione di limbo al di fuori del sistema strutturato.

- **Art. 2 - c. 2** – La dizione “*Sale operative integrate*” usata in questo articolo ed in altri, risulta essere priva di contenuto e di significato. L'organizzazione attuale, con sale operative separate e facenti parte di un unico SET-118, collegate fra di loro solo telematicamente per vicariare in caso di black out, è già ampiamente sperimentata e collaudata. La modalità proposta dal DdL, se presa in seria considerazione, produrrebbe il caos operativo e ne ridurrebbe pericolosamente l'efficacia.

In tale ottica, se l'obiettivo fosse quello di accorpare per ridurre la Centrali Operative 118 attraverso “l'integrazione” delle sale operative del 118, occorre chiarire che la sala operativa è una componente del SET-118, e più esattamente la sede di ricezione delle richieste di soccorso e di coordinamento della risposta, che deve necessariamente far capo ad un preciso Centro di Responsabilità, che nella fattispecie è rappresentato dalla Centrale Operativa dello stesso SET-118, centro di governo del sistema. Si tenga presente, al proposito, che proprio la tragedia pandemica nazionale da COVID-19 ha evidenziato il clamoroso fallimento della riduzione delle Centrali Operative 118 (CO118) a livello nazionale, con conseguente allungamento dei tempi di risposta alle gravissime, documentabili, criticità cliniche

riscontrate a livello dei vari territori, senza produrre alcun contenimento dei costi. Anzi, al contrario, favorì lo scandalo degli inutili enormi incrementi di spesa per l'acquisto dei software delle nuove CO118 in sostituzione degli altri altrettanto moderni in precedenza acquistati dalle CO118 provinciali soppresse, del tutto appropriati, per livello qualitativo di tecnologia, con le necessità del servizio.

Proprio la tragedia pandemica della COVID-19 sottolinea come le Centrali Operative del 118 non siano meri call centers, come nella assai riduttiva visione lombarda, quanto centri direzionali, centri di responsabilità, di comando, di controllo e di coordinamento integrato della catena dei soccorsi, centri di governo clinico capillare del territorio finalizzati ad assicurare l'alta appropriatezza e qualità di ciascun intervento potenzialmente salvavita assicurato al cittadino-utente e, al contempo, dei percorsi di gestione di rete integrata territorio-ospedale riguardo alle patologie acute tutte, non solo le tempo dipendenti.

Proprio la tragedia pandemica della COVID-19 insegna come le Centrali Operative 118 devono essere, a livello provinciale, riaperte laddove sono state chiuse, e comunque in numero conforme, e non certamente inferiore, rispetto a quanto sancito dal DM 70/2015

- **Art. 3 – c. 1** – Gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza-urgenza preospedaliera non possono, come riportato nell'articolo, essere ridefiniti, in contrasto con la normativa vigente, su base regionale o interprovinciale senza che ciò sia supportato da adeguati studi ed analisi. Il DPR del 27/3/1992 ha sancito, a livello legislativo nazionale, la dimensione provinciale del Sistema 118, allineando i poteri di controllo e di gestione provinciale del Sistema di Emergenza Territoriale alla dimensione di governo provinciale di tutti i corpi istituzionali dello Stato, quali Prefettura, Questura, Carabinieri, Guardia di Finanza, Vigili del Fuoco, forze istituzionali chiamate a convergere, a dialogare e ad interagire proprio sui contesti di operatività stabiliti su base provinciale, individuati quali definizione di responsabilità di governo territoriale in grado di assicurare la maggiore capillarizzazione del controllo di qualità, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi. L'organizzazione Dipartimentale provinciale del Servizio di Emergenza Territoriale, prevista dal DdL 1715, rispetta la peculiare elevata complessità operativa con i numerosi compiti attribuiti, l'alto numero di personale assegnato, la distribuzione diffusa delle risorse sul vasto territorio provinciale e la fa conciliare con le esigenze di gestione. In questo si contrappone all'organizzazione di tipo Aziendale adottata in Lombardia, ancor più se trattasi di Agenzia e pertanto fuori dai LEA, più costosa, mastodontica ed imbrigliata da una gestione francamente ed esclusivamente amministrativa, mentre il Dipartimento conserva ed amplifica le prerogative sanitarie e permette di essere notevolmente più vicini alle esigenze reali del territorio servito e dei cittadini/pazienti, assicurando una maggiore capillarizzazione del servizio e dei

percorsi di appropriatezza, controllo e governo clinico. Inoltre consente di restare nel contesto di una stessa Azienda Sanitaria in cui coesistono medicina territoriale e medicina ospedaliera, condividendone gli obiettivi e le finalità, al contrario di un'organizzazione Aziendale, che comporta in concreto una barriera giuridica e funzionale nei confronti degli altri settori del SSN e SSR.

In questo articolo si parla ancora di una *“integrazione con il sistema di urgenza-urgenza ospedaliera”*, ma questo, come già detto prima, non è possibile giuridicamente e non è funzionale alle rispettive attività.

Infine, nell'articolo si invita a *“creare e consolidare servizi di elisoccorso regionali ed interregionali”*, eludendo così e contraddicendo le indicazioni fornite dal Decreto 70/2015, tutt'ora vigente.

- **Art. 3 - c. 6** – In questo articolo si stabilisce, dicto facto, che le chiamate di soccorso sanitario passino tutte, solo ed esclusivamente, per il NUE112 prima di raggiungere la Centrale 118. È questo uno degli elementi cardini del DdL che in tal modo priva di una importante, qualificata e selettiva funzione le Sale Operative del SET-118 ed impoverisce, fino ad esautorarle, le funzioni del SET-118. Tutto questo senza tener conto dei ritardi per il soccorso e i disagi per il cittadino per dover ripetere le stesse cose a due interlocutori, il primo solo tecnico, il secondo professionale. Questa metodologia, nelle regioni in cui è stata adottata secondo il modello lombardo, ha già dato luogo ad incomprensioni e ritardi e vi è una forte lagnanza da parte dei cittadini, come verificabile dai numerosi articoli di stampa che li denunciano. Inoltre, questo sistema non tiene conto del fatto che la normativa europea, conscia di tutto ciò e delle sue conseguenze, non prevede affatto l'istituzione del NUE112 in sostituzione dei numeri di emergenza nazionale esistenti nei vari Paesi. Infatti, nella maggior parte di essi i numeri dell'emergenza sanitaria sono rimasti pienamente in vigore, conservando le rispettive strutture la piena autonomia e funzionalità, con gestione delle proprie attività e delle proprie risorse. Alla fine, è prevalso il principio che favorire la ricezione diretta delle richieste di soccorso da parte del proprio cittadino riduce i tempi di intervento, rende più coerente l'intervista telefonica fatta direttamente da un professionista ed evita il dispendio di nuovi inutili investimenti.
- **Art. 4 - c. a** – In questo articolo si ripete in modo più diretto l'idea di voler integrare l'emergenza sanitaria extraospedaliera con quella ospedaliera. Al proposito se ne ribadisce l'impossibilità in termini di leggi, di politica sanitaria vigente e di funzionalità pratica, riproponendo le stesse osservazioni già prodotte in precedenza. È possibile che dietro questa proposta vi sia la pressione della parte ospedaliera, presumibilmente dei Pronto Soccorso, che di fronte alle gravi criticità e carenze del loro settore, vorrebbero tentare di risollevarle le proprie sorti acquisendo le risorse del SET-118. Non ci si rende conto, invece, che il risultato sarebbe oltremodo

negativo sia per l'emergenza sanitaria territoriale che per quella ospedaliera.

- **Art. 5 - c. 1** – Con questo articolo si arriva addirittura a stabilire che il NUE112 diventi un LEA. Probabilmente sfugge che il NUE112 è un centralino laico per tutte le richieste, di emergenza e non, senza le prerogative per essere considerato una componente della sanità, né tanto meno per gestire i processi delicatissimi dell'emergenza sanitaria. Questa visione del NUE112, a nostro parere distorta, è il motivo fondamentale che ritarda la sua implementazione in tutte le regioni d'Italia, laddove ci si rende conto della pericolosità di un NUE112 totipotente, mentre sarebbe molto più facile la sua istituzione se presentato come di fatto è, cioè una semplice centrale laica assolvente la funzione di ricezione e smistamento di telefonate, rispettandosi le modalità previste dalla normativa europea.
- **Art. 6 - c. 12** – Al personale tecnico del SET-118, contrariamente a quanto indicato nell'articolo, non può essere attribuita la funzione di ricezione delle richieste, trattandosi di atto sanitario incluso nelle fasi di assistenza, e pertanto di pertinenza sanitaria, tanto che già attualmente è svolto dagli infermieri.
- **Art. 9, 10, 11, 12, 13 e 14** – Tutti gli articoli finali del DdL, nell'indicare soluzioni per supplire alla carenza di personale sanitario specializzato in emergenza, dopo anni di chiusura alle assunzioni nella sanità pubblica, propongono di aprire le porte all'intervento della sanità privata, con agevolazioni e lauti finanziamenti. Ci si è già dimenticati che nella drammatica situazione vissuta con l'epidemia da Coronavirus la risposta sanitaria è stata chiesta, come sempre e come inevitabile, alla sanità pubblica e che questa si è trovata impreparata proprio per le restrizioni che ha subito nell'ultimo decennio, mentre la sanità privata non ha fornito alcun supporto, data la non redditività attuale dell'attività di emergenza.

In conclusione, è nostro convincimento che il DdL n. 2153 sia da rigettare per intero in quanto:

- non è rispettoso delle norme vigenti;
- prospetta soluzioni che renderebbero inefficace l'emergenza sanitaria;
- entra nel merito di aspetti che esulano dall'emergenza sanitaria.

DdL 2231 DI INIZIATIVA BOLDRINI

Alla lettura questo DdL risulta essere la fotocopia identica del DdL 2153 di iniziativa Cantù. Sono infatti riportati gli stessi concetti con gli stessi articoli e le stesse frasi e parole del DdL 2153, discostandosene in pochissimi passaggi in cui le frasi o i commi risultano invertiti. Addirittura sono riportati gli stessi errori, come nell'art. 6, comma 3, lett. a) e b), in cui si parla di specializzazione in MCAU – Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza, identico all'art. 6, comma 3, lett. a) e b) del DdL 2153. Infatti, la denominazione MCAU si riferisce alla disciplina ospedaliera corrispondente alla struttura ospedaliera di MCAU, chiamata correntemente Pronto Soccorso, mentre una specializzazione con questa denominazione non esiste. Forse, ci si riferiva alla specializzazione di Medicina di Emergenza, che non è appannaggio solo del Pronto Soccorso, ma anche del SET-118, e che comunque prevede numerose equipollenze. Evidentemente, la volontà palese di tentare favorire in qualche modo le U.O. di MCAU ha determinato un uso ambiguo delle denominazioni.

Ciò detto, valgono per il DdL 2231 le stesse osservazioni prodotte per il DdL 2153 e quindi è anch'esso da rigettare in toto per gli stessi motivi:

- contrarietà alle norme sanitarie vigenti
- contrarietà ai LEA
- proposizione di un sistema privo dell'emergenza sanitaria extraospedaliera
- valorizzazione oltre misura e ingiustificata del centralino laico NUE112
- orientamento dei finanziamenti verso le strutture private
- argomenti di interesse di diversi settori della medicina, compresa la medicina di base, discostandosi dal titolo del DdL e toccando aspetti che esulano dall'attuale trattazione, richiedendo un confronto più ampio ed articolato.

È legittimo pensare che la proposizione di questo DdL abbia lo scopo di rafforzare il precedente n. 2153, dimostrando al contrario che i suoi stessi proponenti lo considerano debole e poco applicabile.

DdL 1127 DI INIZIATIVA MARINELLO

Questo DdL si inserisce molto opportunamente nell'ambito del dibattito riguardante il miglioramento Servizio di Emergenza Territoriale e tratta di un tema, proposto anche dal DdL 1715, che merita un adeguato approfondimento. È infatti relativo al riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore, argomento tanto caro alla SIS118.

Qualche osservazione mi permetto di farla sugli allegati, con l'obiettivo di renderli maggiormente aderenti alle esigenze operative e non entrare in conflitto con norme vigenti, con le competenze poste sotto la responsabilità del personale sanitario dell'équipe, nonché con la letteratura di settore:

- a pag. 1 dell'allegato A, la frase "*capacità di eseguire la manovra di GAS (Guarda Ascolta Senti)*" potrebbe essere sostituita dalla frase "capacità di valutare lo stato di coscienza ed il respiro"
- a pag. 1 dell'allegato A, la frase "*conoscenza delle tecniche di esecuzione e di riconoscimento dell'ECG*" potrebbe essere sostituita dalla frase "conoscenza delle tecniche di esecuzione dell'ECG per la sua teletrasmissione"
- a pag. 1 dell'allegato C, punto 11, la frase "*capacità e competenza di individuazione sospette emergenze neurologiche: esame neurologico obiettivo, distinzione riflesso oculare, GCS*", che indica procedure complesse di pertinenza medica, potrebbe essere sostituita dalla frase "conoscenza dello stato di coscienza, con applicazione dell'AVPU (Alert, Vocal, Pain, Unresponsive), e della Scala di Cincinnati per evidenziare incidenti cerebrovascolari"

In conclusione, il DdL si presenta diretto e chiaro, focalizza tutti gli aspetti dell'attività dell'autista soccorritore e delinea il percorso formativo per conseguire l'attestato. È un DdL che va assolutamente affiancato al DdL 1715, di cui ne rafforza l'efficacia.

DdL 179 DI INIZIATIVA RIZZOTTI

Questo DdL, che rappresenta la riproposizione di una legge già proposta in passato e che, come il DdL 1127, si inserisce molto opportunamente nell'ambito del dibattito riguardante il miglioramento Servizio di Emergenza Territoriale ed è anch'esso positivo e costruttivo, orientato a fornire al cittadino, attraverso l'ulteriore qualificazione dell'emergenza sanitaria territoriale, un adeguato servizio di primaria ed irrinunciabile necessità.

È relativo al riconoscimento della figura/professione di autista soccorritore e negli articoli presenta molti punti in comune con il DdL 1127, con si auspica una opportuna integrazione. Tratta tutti gli aspetti in modo esauriente, a partire dal ruolo e dai compiti attribuiti fino alla definizione del percorso formativo. Va chiarito, tuttavia, se l'intento di questo DdL è quello di creare una figura di autista-soccorritore sanitario o piuttosto laico. Il fatto che lo ponga in rapporto al NUE112, centralino laico non di emergenza sanitaria, fa presupporre che non si tratti di figura sanitaria, mentre nell'allegato C, paragrafo 2, lett. c), richiama il rapporto con il "118", struttura sanitaria deputata all'emergenza sanitaria territoriale, che invece ne giustificherebbe il ruolo sanitario.

È presumibile che l'istituzione di questa figura stimoli alcune contrarietà potendo produrre l'effetto di rendere più difficile ed oneroso il reclutamento del personale autista soccorritore da parte delle organizzazioni che ne usufruiscono, ma si tratta di un processo indispensabile, che va portato avanti a tutti i costi, sia per dare il giusto riconoscimento alla professionalità ed all'impegno profuso, sia per dare sempre maggiore garanzia di qualità all'emergenza sanitaria territoriale svolta dal SET-118.