

**REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO
SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE «118».**
Position Paper Commissione E.U. ANAAO ASSOMED
Settembre 2021

1..In questo periodo di obiettiva criticità del Servizio sanitario nazionale, conseguenti alla pandemia ma anche e soprattutto ai piani di riordino delle reti ospedaliere, che hanno comportato la chiusura e la riconversione di numerosi ospedali, con rilevante decremento del numero dei posti letto, più spesso razionando piuttosto che ottimizzando le risorse in rapporto agli effettivi fabbisogni, il Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET-118) avrebbe dovuto essere oggetto di idoneo adeguamento organizzativo, in modo da poter impiegare in modo ottimale le risorse disponibili. E ciò vista anche l'ulteriore concentrazione sul 118 delle più varie richieste di soccorso da parte dell'utenza, che non trova adeguate risposte dall'assistenza territoriale, pur da tutti e da tempo auspicata, ma mai realmente decollata nella maggior parte del territorio nazionale.

2. L'operatività del SET-118 si esplica mediante l'attivazione, l'interazione e la cooperazione sinergica, tempo dipendente, di operatori di Centrale Operativa (CO) ed equipaggi di soccorso a bordo di automezzi e aeromobili distribuiti strategicamente su vasti bacini territoriali. In quest'ambito emerge anche l'esigenza di integrare la fase di soccorso e del trasporto con la successiva ospedalizzazione del paziente.

Nell'insieme risulta un'articolazione ad elevata complessità organizzativa e gestionale del Servizio sanitario pubblico, che deve garantire omogeneità organizzativa e di prestazione nell'intero ambito territoriale, per cui risulta logico che alla Centrale operativa si attribuisca la configurazione di struttura operativa complessa.

Pertanto pare indifferibile stabilire una definizione legislativa puntuale del "modello organizzativo di base" in cui si articola il Sistema 118 nazionale, declinandone la struttura operativa di governo, organizzazione e gestione, al fine di assicurare al Paese l'erogazione certa di prestazioni cliniche ed assistenziali omogenee tempo dipendenti e di eccellenza.

Il governo del SET-118 si identifica con la Centrale operativa, che è il centro direzionale che assicura in tempo reale il "medical control" di sistema, la gestione del personale, la soluzione dei conflitti e dei problemi, il risk management, la formazione del personale, il rapporto puntuale e continuo con le altre massime istituzioni territorialmente convergenti a livello provinciale (Prefettura, Questura, Carabinieri, Vigili del Fuoco etc). In quest'ottica la dimensione provinciale dei Sistemi 118, peraltro sancita dal DPR del 27 marzo 1992, appare logica, in quanto tarata sulla reale complessità di governo capillare dei soccorsi a livello di territori omogenei. In tale contesto appare indispensabile confermare la necessità di presenza medica 24/h in Centrale Operativa.

L'organizzazione su base provinciale dovrebbe essere intesa "di norma", in quanto su province di modeste dimensioni o aree vaste con caratteristiche di omogeneità organizzativa potrebbe insistere con maggior efficacia ed efficienza un'unica Centrale Operativa, sulla base della programmazione regionale.

A proposito di efficacia ed efficienza va rilevato come negli ultimi anni sia avvenuto in alcune regioni un processo di accorpamento delle preesistenti Centrali operative provinciali in nome di una

razionalizzazione che nelle attese del legislatore avrebbe dovuto coniugare importanti risparmi di risorse a sensibili aumenti di qualità dei servizi.

Ma a tutt'ora non risultano pubblicati studi validati sulle performance di tali modelli e pare non esistere automatismo tra l'aumento delle dimensioni dei bacini di utenza e miglioramenti nella performance delle aziende o nelle economie di scala, e l'accorpamento in sé non è condizione necessaria, né sufficiente per realizzare l'integrazione dell'assistenza sanitaria.

Il modello organizzativo del Sistema deve essere improntato alla gestione per la qualità dei servizi prestati e delle attività svolte, con particolare riferimento alla gestione del rischio, alla formazione del personale, alla comunicazione e alla divulgazione della cultura dell'emergenza, nonché alla gestione dei soccorsi speciali e delle maxi emergenze.

3. L'ottimale continuità dell'assistenza tra il momento del soccorso extraospedaliero e quello delle cure intraospedaliere non può prescindere dall'integrazione funzionale del SET-118 con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), nel cui ambito devono attuarsi collegamenti del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso.

L'esigenza di omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito regionale dalla rete dei SET-118 può essere meglio garantita prevedendo un'attività coordinata e integrata tra SET-118 provinciali, che si traduca in protocolli operativi comuni, medesime tipologie di risposta, formazione omogenea del personale, uniformità qualitativa delle risorse, distribuzione dei mezzi di soccorso in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza di cui al Comunicato Presidenza del Consiglio relativo al DPR 27 marzo 1992 - GU n.126 del 30-5-1992).

4. Il personale del SET-118 compreso quello delle postazioni territoriali deve essere inquadrato stabilmente nel Sistema dell'Emergenza Territoriale 118 e si ritiene necessario che lo stesso personale possa ruotare in scambio reciproco col personale dei servizi ospedalieri del DEA.

Infatti, ferma restando l'esigenza che la Centrale Operativa col rispettivo Sistema dell'Emergenza Territoriale 118 abbiano un organico proprio, come tutte le strutture complesse, pare importante assicurare/consentire la rotazione tra i vari servizi del DEA ospedaliero al fine di mantenere le competenze professionali. Pare fondato il timore che un servizio di emergenza esclusivamente territoriale senza esperienze di Pronto Soccorso / OBI / Medicina d'Urgenza / Rianimazione, a lungo andare impoverisca le competenze del medico, anche e soprattutto riguardo la terapia d'urgenza e la diagnostica, con le ovvie conseguenze sulla qualità del servizio.

La regolamentazione non deve essere rigida, tenendo anche conto delle disponibilità individuali, e va demandata all'autonomia organizzativa/operativa a livello locale.

La direzione della Centrale operativa 118 va attribuita con selezione pubblica come da normativa vigente a un Direttore medico di Struttura complessa nella disciplina: medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza» e equipollenti e «anestesia e rianimazione».

Il reclutamento del personale medico è attuato mediante concorso per dirigente medico nella disciplina «medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza» ed equipollenti ed «anestesia e rianimazione».

Il personale medico convenzionato applicato ai SET-118 continua ad operare in via transitoria, nelle more del passaggio alla dipendenza di tutto il personale medico operante nel SET-118, prevedendo un percorso di acquisizione di titoli per poter accedere al contratto di dirigenza medica, e con tempi di attuazione da demandarsi alla programmazione regionale. Per tale motivo è da escludere qualunque

possibilità di accesso del personale medico convenzionato ai concorsi per incarichi di struttura complessa di direttore di Centrale operativa 118.

L'ambito del soccorso territoriale è complesso al pari del pronto soccorso ospedaliero, (se non di più visto che sul territorio il medico non può avvalersi del supporto di competenze specialistiche), per il quale la normativa prescrive il possesso di specializzazione specifica.

Il volontariato va regolamentato al fine che questo sia inteso come integrazione e supporto e mai sostitutivo delle strutture aziendali, prevedendo altresì laddove risulti sostitutivo una progressiva sostituzione con risorse aziendali.

5. Risulta fondamentale il collegamento diretto tra linea 118 e Centrale operativa emergenza sanitaria in modo da dare la possibilità ai cittadini di chiamare direttamente il 118, con garanzia di accesso unico al Sistema dell'Emergenza Territoriale.

Il modello organizzativo del Numero Unico di Emergenza (NUE) 112, adottato nel nostro Paese ove confluiscono tutte le chiamate d'emergenza provenienti dalle numerazioni 112, 113, 115, 118, prevede il doppio passaggio della chiamata, che allunga i tempi di soccorso. L'impiego nelle Centrali NUE 112 di personale cosiddetto "laico", è frequente causa di errori, sia nella valutazione delle situazioni, sia nella localizzazione dell'evento e conseguente invio del soccorso.

La direttiva della Commissione 91/396/CEE ha stabilito che ogni Stato membro debba adottare il 112 come numero unico europeo (NUE) per le chiamate di emergenza, prevedendo che i Paesi membri possano mantenere i numeri nazionali d'emergenza affiancando a questi il 112: "Il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno, parallelamente a ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate" (articolo 1, comma 2). Indicazione confermata anche dalla direttiva 98/10/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 1998 (articolo 7, comma 2), dalla direttiva 2002/22/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 marzo 2002 (articolo 26, comma 1), dalla direttiva 2009/136/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 novembre 2009, (articolo 26 comma 1, 2, 3, 5) e dall'art. 26, comma 3, della direttiva 2009/136/CE: "Gli Stati membri provvedono affinché le chiamate al numero di emergenza unico europeo "112" ricevano adeguata risposta e siano trattate nel modo più consono alla struttura nazionale dei servizi di soccorso. Tali chiamate ricevono risposte e un trattamento con la stessa rapidità ed efficacia riservate alle chiamate al numero o ai numeri di emergenza nazionali, se questi continuano ad essere utilizzati."

Quindi la normativa europea istitutiva del 112 consente l'introduzione parallela e non sostitutiva del 112 rispetto ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate.

Il 112 ed il 118 rimangono due dimensioni operative completamente differenti l'una dall'altra, trattandosi, nel primo caso (il 112), di un mero call center, mentre nel secondo caso (il 118) di un sistema specifico ad elevata complessità gestionale della sanità nazionale. Infatti nella Centrale Operativa del 118 sono applicati operatori sanitari professionali, che non solo rispondono alle chiamate dell'utenza, ma attivano contestualmente risposte terapeutiche immediate potenzialmente salvavita, declinate, a seconda dei casi, quali istruzioni prima dell'arrivo in caso di malore o di trauma, coordinando e supervisionando - in tempo reale - tutte le fasi in cui si articola ciascun intervento di soccorso, maxi emergenze ed eventi catastrofici inclusi.