



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori STABILE, BERNINI, RIZZOTTI, BARBONI, LONARDO,
MODENA, DE POLI, MALLEGGNI, CANGINI, BINETTI, CALIENDO
e PAPTAEU**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 DICEMBRE 2019

Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale « 118 »

ONOREVOLI SENATORI. – Il Sistema di emergenza territoriale 118 (Sistema 118) è stato istituito in ambito nazionale con il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, recante « Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza », pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 31 marzo 1992, n. 76, al fine di assicurare la gestione sul territorio delle emergenze e delle urgenze sanitarie. Il decreto precisa che « l'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale ».

Con il « Regolamento recante definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera », di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, si prevede che le centrali operative (CO) gestiscano i mezzi di soccorso del Sistema 118, tra cui le ambulanze e le automediche con medico e infermiere a bordo, le ambulanze con infermiere e autisti soccorritori, le ambulanze con autisti-soccorritori, le eliambulanze e tutti gli eventuali altri mezzi, medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario.

Il decreto dispone che « Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della

popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati » e definisce altresì il fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale individuando come criterio l'attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, applicando un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso.

In un periodo di obiettiva criticità del Servizio sanitario nazionale, in cui i piani di riordino delle reti ospedaliere hanno comportato la chiusura e la riconversione di numerosi ospedali, con rilevante decremento del numero dei posti letto, spesso razionando piuttosto che ottimizzando le risorse in rapporto agli effettivi fabbisogni, il Sistema 118, avrebbe dovuto essere oggetto di idoneo adeguamento organizzativo, in modo da poter impiegare in modo ottimale le risorse disponibili, vista 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.

L'operatività del Sistema 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 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.

Il Sistema 118 risulta quindi una struttura ad elevata complessità organizzativa e gestionale del Servizio sanitario nazionale, che deve garantire omogeneità organizzativa e di prestazione nell'intero ambito territoriale.

Pertanto appare inderogabile ed 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 l'erogazione certa di prestazioni cliniche ed assistenziali omogenee tempo-dipendenti e di eccellenza.

Il governo del Sistema 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, Arma dei carabinieri, Vigili del fuoco eccetera). In quest'ottica la dimensione provinciale del Sistema 118, peraltro sancita dal citato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, appare necessaria, logica e strategica, in quanto tarata sulla reale complessità di governo capillare dei soccorsi a livello di territori omogenei, nonché sulla gestione delle centinaia di unità di personale assegnato, tra medici, infermieri e autisti soccorritori, delle risorse tecnologiche e del parco mezzi.

Negli ultimi anni è 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 tali attese, fideistiche e prive di supporti scientifici e di serie simulazioni, non hanno dato i risultati sperati. Né potevano darli, perché non esiste automatismo tra l'aumento delle dimensioni

dei bacini di utenza e miglioramenti nella *performance* delle aziende o nelle economie di scala e perché l'accorpamento in sé non è condizione necessaria, né sufficiente per realizzare l'integrazione dell'assistenza sanitaria. Un esempio documentato viene dal Friuli-Venezia Giulia dove l'accorpamento delle centrali ha prodotto un notevole aumento dei costi a fronte di un contestuale calo di qualità dei servizi, riscontrati dalla stessa magistratura che ha evidenziato un grave peggioramento dei tempi di soccorso (deliberazione della Corte dei conti n. FVG/33/2018/SSR).

Per quanto sopra rappresentato il Sistema 118 non può che avere la configurazione di struttura operativa complessa.

L'esigenza di garantire omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito regionale dalla rete del Sistema 118 implica un'attività coordinata e integrata tra Sistema 118, che si traduca in protocolli operativi comuni, medesime tipologie di risposta, formazione omogenea del personale, uniformità qualitativa delle risorse, distribuzione dei mezzi di soccorso sulla base degli *standard* definiti dal citato decreto ministeriale n. 70 del 2015, secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza di massimo 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana, salvo particolari situazioni di complessità operativa (cfr. comunicato della Presidenza del Consiglio relativo al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 1992).

L'ottimale continuità dell'assistenza tra il momento del soccorso extraospedaliero e quello delle cure intraospedaliere può essere garantita dall'integrazione funzionale del Sistema 118 nel 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.

Il modello del numero unico di emergenza (NUE) 112, adottato nel nostro Paese e individuato quale servizio abilitato a ricevere chiamate d'emergenza provenienti dalle numerazioni 112, 113, 115, 118, ai sensi del decreto del Ministero della comunicazioni 27 aprile 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 2006*, prevede il doppio passaggio della chiamata di soccorso, che allunga i tempi, in quanto costringe chi chiama a sottoporsi a due interviste, la prima da parte del centralista 112 e la seconda con l'operatore del servizio competente, 113, 115 o 118. L'impiego nelle centrali 112 di personale cosiddetto « laico », ovvero senza adeguata conoscenza ed esperienza delle situazioni di emergenza, e spesso privo di conoscenza del territorio, è frequente causa di errori, sia nella valutazione delle situazioni, sia nella localizzazione dell'evento e conseguente invio del soccorso.

La decisione della Commissione 91/396/CEE, del 29 luglio 1991 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).

In tale ambito normativo europeo viene richiamata l'esigenza che il modello orga-

nizzativo di introduzione del 112 sia parimenti o più efficace della situazione precedente, come si evince dall'articolo 4 della citata decisione 91/396/CEE: « Gli Stati membri adottano le misure necessarie per assicurare che le chiamate al numero unico europeo per chiamate di emergenza siano gestite appropriatamente e nella maniera meglio rispondente all'organizzazione nazionale dei sistemi di emergenza » e dall'articolo 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 ».

In base alle suddette direttive i numeri di emergenza nazionali sono rimasti attivi parallelamente al 112 in molti altri Paesi europei, come per esempio nelle confinanti Francia (15 per ambulanze, 18 per i Vigili del fuoco e 17 per la Polizia) e Austria (Polizia 133, ambulanze 144 e Vigili del fuoco 122).

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 numero *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. Infatti nella centrale operativa del 118 sono applicati operatori sanitari professionali, che non solo rispondono alle chia-

mate 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, maxiemergenze ed eventi catastrofici inclusi.

Le esperienze maturate nelle regioni dove è stato adottato il NUE 112 hanno evidenziato un incremento di errori, ritardi, disservizi, anche ad esito letale, che pare inaccettabile, oltre ad un aumento dei costi che

gravano sulla collettività per avere un servizio di soccorso più lento e meno puntuale.

Risulta pertanto fondamentale dare la possibilità ai cittadini di chiamare direttamente il 118, con garanzia di accesso unico al Sistema dell'emergenza territoriale.

Gli stessi rilievi circa l'allungamento dei tempi e l'incremento del rischio di errori riguarda anche il soccorso tecnico urgente, che spesso risulta fondamentale per consentire ai sanitari di operare in condizioni di sicurezza. Risulta quindi altrettanto fondamentale dare la possibilità ai cittadini di chiamare direttamente il 115, con garanzia di accesso unico ai Vigili del fuoco.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I

OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge ridefinisce il modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale « 118 », di seguito denominato « Sistema 118 », stabilendo adeguate modalità di ricezione dell'allarme relative al soccorso sanitario e al soccorso tecnico urgente, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale elevati *standard* di appropriatezza e di tempestività nelle situazioni di emergenza e urgenza sanitarie e di soccorso tecnico urgente.

CAPO II

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Art. 2.

(Struttura del Sistema 118)

1. Il Sistema 118 è costituito dalla centrale operativa « 118 », con annessa sala operativa, dalle postazioni territoriali, dalle risorse umane e professionali ad esso assegnate.

2. La centrale operativa « 118 » svolge funzione di centro direzionale di coordinamento e di gestione al fine di garantire le

attività di emergenza e urgenza sanitaria nel territorio di competenza, secondo criteri di efficienza organizzativa e di efficacia dei risultati.

3. Il Sistema 118 è istituito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) ed è organizzato a livello territoriale ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3.

4. Il Sistema 118 è una struttura operativa complessa a direzione medica afferente alle discipline « medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza » e equipollenti e « anestesia e rianimazione » e equipollenti, che si caratterizza rispetto alle altre strutture complesse del SSN per l'elevata complessità gestionale in ragione della quantità e tipologia di risorse gestite e coordinate.

5. Il Sistema 118 afferisce funzionalmente al Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) al fine di garantire l'ottimale continuità dell'assistenza tra il momento del soccorso extraospedaliero e quello delle cure intraospedaliere. Negli ambiti territoriali ove insistono più DEA la regione individua il DEA di afferenza.

Art. 3.

(Organizzazione territoriale)

1. Il Sistema 118 è organizzato di norma su base provinciale.

2. Nell'ambito della programmazione regionale sono individuate le centrali operative a cui attribuire funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, il trasporto di organi, di farmaci e di *équipe* sanitarie e le maxiemergenze, ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

Art. 4.

(Mezzi di soccorso)

1. Il numero e la tipologia dei mezzi di soccorso operativi sono stabiliti dalla pro-

grammazione regionale in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza di massimo 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana, salvo particolari situazioni di complessità operativa, e fermo restando quanto indicato dal citato decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, in merito al fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati.

Art. 5.

(Gestione per la qualità)

1. Il modello organizzativo del Sistema 118 è 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 maxiemergenze.

CAPO III

MODALITÀ DI RICEZIONE
DELL'ALLARME

Art. 6.

(Gestione delle chiamate)

1. L'accesso telefonico al Sistema di emergenza sanitaria avviene componendo il numero telefonico 118 che afferisce direttamente alla centrale operativa provinciale 118, che riveste la funzione di PSAP 1 (*public safety answering point*) per il soccorso sanitario.

2. L'accesso telefonico per il soccorso tecnico urgente avviene componendo il numero telefonico 115 che afferisce direttamente alla centrale operativa del Comando provinciale dei Vigili del fuoco, che riveste

la funzione di PSAP 1 per soccorso tecnico urgente.

3. L'accesso telefonico può avvenire anche componendo il numero 112, che in questi casi riveste funzione di PSAP 1 e che quindi trasferisce la chiamata alle centrali di cui ai commi 1 e 2, che rivestono quindi la funzione di PSAP 2 per i soccorsi di rispettiva competenza.

CAPO IV

COORDINAMENTO REGIONALE DEL SISTEMA

Art. 7.

(Dipartimenti regionali)

1. Presso ogni regione è istituito un Dipartimento regionale del Sistema 118, di tipo funzionale, al fine di assicurare l'azione di coordinamento dei sistemi provinciali idonea a perseguire omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito regionale.

2. Il Comitato di dipartimento è costituito dai direttori dei sistemi 118 provinciali, dai coordinatori infermieristici di detti sistemi e da una rappresentanza elettiva delle professionalità operanti nell'ambito del Sistema 118 regionale. La composizione e la durata dei membri elettivi sono indicati nel regolamento di Dipartimento, che è definito a livello regionale.

3. Il Comitato di dipartimento ha la funzione di proporre le linee di indirizzo di sistema, di produrre e aggiornare i protocolli operativi a valenza regionale nell'ambito dell'attività ordinaria di risposta e soccorso e delle maxiemergenze, di stabilire gli *standard* di formazione del personale, di definire la tipologia delle risorse e delle tecnologie di supporto.

€ 1,00