

## **Commissione Igiene e Sanità – Senato della Repubblica**

### **Audizione della Federazione Nazionale degli ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. 1715 e connesso (Riforma "118")**

**9 settembre 2020**

#### **Premessa**

Il disegno di legge AS 1715 utilizzato come testo base per una proposta sulla riforma del sistema di emergenza sanitaria territoriale 118 parte dal presupposto della necessità di omogeneizzare il servizio perché sia in grado di rispondere su tutto il territorio nazionale con le stesse prerogative qualitative e gli stessi tempi rispetto ai livelli delle varie emergenze configurabili.

E riporta il servizio di emergenza-urgenza sanitaria al numero 118, anziché passare attraverso il numero unico 112, probabilmente per non configurare un ulteriore passaggio tra operatori, perché nell'emergenza sanitaria anche pochi secondi rispetto all'intervento possono configurare miglioramenti o peggioramenti nella condizione del paziente.

Tralasciando per il momento la scelta del numero di chiamata più o meno diretto – opportunità da valutare sia in funzione dell'efficienza del servizio, sia dell'adeguamento della normativa italiana a quella europea - è bene entrare nel merito di modifiche che vengono apportate a norme già esistenti e, comunque, puntare nella eventuale revisione dell'attuale sistema su operatori specificamente formati.

In questo senso nel Ddl si configurano alcuni problemi da affrontare.

Per quanto attiene agli ambiti di operatività del servizio e ai tempi di intervento, si deroga in molte parti al decreto ministeriale 2 aprile 2015 n.70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” (Gazzetta Ufficiale n. 127 del 4 giugno 2015) che disegna il sistema di emergenza-urgenza secondo un modello omogeneo sul territorio, che si sarebbe dovuto semmai far applicare omogeneamente dalle Regioni.

#### **Le centrali operative**

Per la Centrale Operativa (C.O.) nel DM si parla di un livello sovraprovinciale se non addirittura sovra Regionale per rendere efficienti le stesse, sia per la tecnologia necessaria sia per la presenza qualificata. Oggi infatti molte Province sono molto piccole e non sarebbero in grado di garantire standard qualitativi adeguati.

Per questo il DM cita un livello provinciale ogni 600.000 abitanti. Oggi avremmo invece secondo il Ddl una C.O. anche per zone di 80.000 abitanti che, sempre secondo le nuove previsioni del disegno di legge, sarebbero dotate di un solo mezzo di soccorso. Quindi una C.O. che nel Ddl è configurata come struttura complessa per governare una struttura semplice territoriale composta da 1 infermiere 1 medico e un autista soccorritore, inserita dentro un ulteriore dipartimento.

L'organizzazione Dipartimentale è infatti resa più complessa perché prevede un livello funzionale provinciale e uno organizzativo Regionale, anche questo in deroga al DM.

La misura appare molto dispendiosa e non economica perché crea come detto tre livelli: strutture semplici territoriali (che vista la realtà prevederebbero pochi professionisti inferiori alla decina), strutture complesse provinciali che diventano dipartimento e un altro dipartimento regionale all'interno di un dipartimento territoriale.

Il dipartimento diviene scollegato dai dipartimenti emergenza urgenza intraospedaliera (indicando una frammentazione in termini di diseguità con i medici dedicati al dipartimento ospedaliero che saranno solo quelli idonei al territorio). Per non parlare dell'incardinamento nel Ssn di personale senza specialità ma solo con una formazione di 300 ore.

Non è chiaro il disegno generale che sembra consegnare a questa struttura territoriale scollegata dicotomicamente dall'ospedale un obiettivo vicariante la medicina generale, distante dalla filosofia dell'emergenza urgenza.

Gli standard definiti non sono chiari per quanto citano i 60.000 abitanti ogni mezzo di soccorso avanzato già citati dal DM e ne inseriscono 100.000 per le aree urbane. La complessità di composizione e aggregazione dei nostri territori sono tanto variabili che è impensabile tenere uno standard così rigido. Inoltre, anche questo passaggio si discosta profondamente sconfessa dal DM 70/2015, citando come unico mezzo avanzato solo quello medico più infermieristico. Si tratta di una rigidità inappropriata sia economicamente che in termini di competenza.

In questo senso, secondo uno studio Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) del 2019 sui servizi di emergenza-urgenza (118) le ambulanze con medico a bordo sono il 15%, nel 30% ci sono infermieri e nel 55% volontari e soccorritori non sanitari. E sempre secondo lo studio Fiaso un'ambulanza base senza medico a bordo e solo con personale dipendente costa circa 700 mila euro l'anno, con il medico a bordo arriva al milione e 200 mila euro mentre un'ambulanza di volontari allo Stato costa solo 250 mila euro.

## **I meccanismi di funzionamento del sistema**

Rifacendosi allo studio i vertici Fiaso – quindi la dirigenza delle aziende responsabili anche dei servizi di emergenza - hanno considerato che la presenza di personale medico nelle Unità operative mobili è in grado di garantire l'adeguata assistenza ai pazienti codice rosso, che rappresentano circa il 5% degli interventi. Nei casi meno gravi il personale infermieristico e i volontari adeguatamente formati sono addestrati a gestire i parametri vitali dei pazienti in qualsiasi circostanza, nella fase di soccorso e trasporto. La conformazione dei mezzi di soccorso è quella di riferimento a livello internazionale: basti pensare che negli Stati Uniti non è prevista nemmeno la presenza di un infermiere a bordo.

Questo principio avallerebbe la presenza di medici solo nel servizio MET, ma sarebbe necessario allora declinare e definire in modo compiuto le competenze necessarie del personale infermieristico, cosa che invece il Ddl non fa.

Sempre secondo lo studio Fiaso le politiche e la programmazione regionale hanno consentito di omogeneizzare ancora solo in parte i sistemi di 118, ma al di là delle differenze territoriali i servizi di emergenza servono tempestivamente ed efficacemente ogni anno oltre l'11% della popolazione. Un sistema complesso e articolato che in media, nell'arco di un anno, dedica un mezzo di soccorso a ciascun residente per 35 minuti. Minuti che diventano dieci se ci si riferisce ai soli mezzi avanzati, cioè con la presenza di almeno un sanitario a bordo. Il 55% delle missioni viene compiuto, infatti, da

Unità operative mobili (Uom) di base, senza la presenza di sanitari, il 30% con Unità con infermieri a bordo e il 15% con la presenza di un medico.

La ricerca Fiaso rileva la presenza di operatori infermieristici in tutte le centrali, così come previsto dal DPR 27/03/1992. La presenza di operatori tecnici è riscontrabile in molte realtà, in maniera significativa nelle centrali lombarde e in quella di Bolzano. A indicare, nonostante le diversità organizzative, il buon funzionamento delle centrali operative sono i dati sulle attività da loro svolte. Il monitoraggio delle risorse chiave per garantire assistenza dopo il soccorso, come la disponibilità di posti letto negli ospedali è assicurata sistematicamente nel 75% dei casi, occasionalmente per il resto. L'allertamento degli ospedali di ricezione è sistematico nel 90% dei casi e occasionale nel 10. La trasmissione degli Ecg ai reparti specialistici è garantita sistematicamente nel 60% dei casi, occasionalmente nel 10. Il triage telefonico con il medico è svolto invece sistematicamente nel 15% dei casi, occasionalmente nel 50% in base a specifiche esigenze.

Su questo versante essenziali sono le previsioni sulle tecnologie, rispetto alle quali è necessario l'obbligo di dotazione immediata in tutte le Centrali Operative 118 nazionali dei dispositivi di geolocalizzazione del chiamante, già stabilito dal legislatore nel 2009 (ma mai pienamente realizzato). Per questo l'Italia ha ricevuto anche finanziamenti dall'Europa, ma non ha dato risposte omogenee e non ha attivato i controlli rispetto all'attuazione delle misure previste.

## **La tipologia di personale**

Per quanto riguarda poi la tipologia di personale è necessario valutare gli indici di medicalizzazione e di infermierizzazione delle postazioni mobili e fisse del Sistema, che dovranno essere definite in rapporto alle aree territoriali da coprire (urbane, intermedie, extraurbane, metropolitane).

Questo significa operare una scelta della tipologia di personale da impegnare nei vari setting di intervento che non sia necessariamente medico e infermieristico, ma medico e/o infermieristico.

Tra il personale medico la qualificazione a intervenire nei casi di emergenza-urgenza, specie quelli più complessi, è propria di specifiche specializzazioni come quella di terapia di emergenza e anche anestesia e rianimazione così come tra gli infermieri si deve prediligere il personale specificamente formato o, meglio, specializzato, cosa questa per cui sarebbe opportuno prevedere una modifica normativa in grado di formalizzare le specializzazioni anche in ambito infermieristico tra le quali quella in emergenza-urgenza sarebbe una delle aree prioritarie da considerare.

Come Federazione (ma non solo: anche altre organizzazioni non solo infermieristiche la pensano in questo modo) siamo per un percorso di specializzazione infermieristica, ma questo Ddl parla di infermieri 118 dedicati, senza declinare non solo le competenze, ma nemmeno il percorso formativo, estromettendo comunque chi ha già acquisito durante il suo lavoro specializzazioni formali e informali, e articolando un percorso anche di ingaggio concorsuale dedicato che nello scenario odierno non solo è impossibile ed iniquo ma anche piuttosto discutibile dal punto di vista economico.

Inoltre, sempre restando in tema di personale, il mondo del volontariato sembra estromesso dall'emergenza trovando ambiti operativi solo sul trasporto.

Si parla infatti all'inizio del testo (articolo 2, comma 2) di tre tipologie di mezzi, ma questa scelta è in contraddizione con l'ultimo articolo (articolo 5) dove la convenzione con il volontariato riguarda solo i trasporti.

Non si comprende inoltre come questo Ddl, in quanto norma di legge e non di accordo tra parti sociali e governo trattanti, possa integrare elementi che i vari CCNL non prevedono (né per la dirigenza né per il comparto), come alcune indennità.

### **Tempi e modalità di intervento**

Appare molto problematico il criterio di definire standard temporali che siano sganciati dalla necessità di risposta alla tipologia dei bisogni. Così come appare necessario che siano definiti protocolli chiari, omogenei, condivisi e inderogabili a livello nazionale per le varie tipologie di intervento, in modo tale da non creare i presupposti per azioni strumentali di rivalsa da parte di qualunque delle professioni coinvolte, come invece è spesso accaduto, lasciando una parte importante dell'organizzazione dell'emergenza-urgenza alle scelte della magistratura.

In questo senso il Consiglio nazionale della Federazione delle professioni infermieristiche composto dai 102 ordini provinciali si è espresso il 15 febbraio 2020 con una mozione, su cui si è detto favorevole lo stesso ministro della Salute Roberto Speranza presente all'incontro, in cui l'obiettivo della professione infermieristica è rendere coerente l'esercizio professionale con le competenze acquisite nel corso degli anni, grazie a uno specifico percorso di studi rigoroso e robusto e in continua evoluzione e che necessita anche di una profonda revisione dei percorsi didattici alla luce della nuova epidemiologia della popolazione e della necessità improcrastinabile di avere infermieri specializzati.

Gli infermieri giudicano in questo senso la prima valorizzazione da attuare quella sul tema dell'emergenza urgenza-118 per la quale respingono con forza passi indietro e accolgono solo modelli innovativi, coraggiosi e responsabili, ma realistici ed efficaci, anche migliorabili se del caso, per realizzare i quali sono a disposizione delle Istituzioni.

Per fare alcuni esempi rispetto al testo in esame (articolo 2 commi 3 e 4), la variabile dei 45 secondi è impraticabile in caso di picchi e alcune fasce orarie; da dove sono emerse queste evidenze?

Lo standard di 8 e 20 minuti sono riferiti a gold standard indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento predisposto con il DPR del 27 marzo 1992 che oggi sono ampiamente superati anche dagli estensori di quella variabile; anche su questo chiediamo di conoscere da dove discendono queste evidenze.

### **Il management dipartimentale**

Ferma restando l'assoluta necessità della separazione e del rispetto delle competenze delle singole professioni impegnate nel servizio di emergenza urgenza, non comprendiamo la definizione ex legis della responsabilità organizzativa della struttura principale.

In analogia con quanto stabilito nell'intesa Stato-Regioni per gli ospedali di comunità, la gestione e l'attività del SET 118 sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.

Quindi la gestione delle attività è riconducibile all'organizzazione distrettuale delle aziende sanitarie. La responsabilità clinica è in capo a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale, la responsabilità gestionale-organizzativa complessiva del SET 118 è in capo a una figura individuata anche tra le professioni sanitarie con competenze e formazione adeguate e svolge anche una funzione

di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale e la responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze, formazione e livello contrattuale. Infermiere che, come già accade ora attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali del Sistema di Emergenza Urgenza territoriale in caso di necessità e sempre secondo i protocolli omogenei prima descritti.

A favore del possibile management anche infermieristico (quindi con un meccanismo contendibile sulla base di scelte aziendali) delle strutture dipartimentali c'è un'analisi Cergas Bocconi che in uno dei Rapporti Oasi (2017) afferma:

- l'85% delle aziende nel privato e l'84% nel pubblico investe in ruoli dirigenziali per gli infermieri;
- l'88% delle aziende individua competenze specialistiche distintive per gli infermieri (100% delle private e 85% delle pubbliche);
- il 57% delle aziende ha selezionato infermieri in aree di responsabilità organizzativo gestionale "contendibili" con altre professioni (54% delle aziende private e 57% di quelle pubbliche) con compiti che vanno dalla gestione della qualità al risk management, dal bed management all'operation management fino alla conduzione di team multiprofessionali e, nel pubblico, anche incarichi di direzione di unità operative come i consultori e i distretti o anche la direzione sociosanitaria aziendale.

## Conclusioni

Il presente DDL lo valutiamo distante dalla vision della comunità infermieristica che rappresentiamo, dall'architettura e dai riferimenti introdotti attraverso gli standard di cui al DM 70/2015 e in alcuni passaggi non convergente e coerente con le evidenze più aggiornate e riconosciute dalla letteratura scientifica e organizzativa del nostro SSN.

È l'impianto generale del DDL che dal nostro punto di vista merita un ripensamento strutturale perché intravediamo un ritorno al passato, ampiamente superato dai fatti, dai dati, dall'evoluzione (anche formativa) della nostra professione, dalle innovazioni che servono al nostro Servizio Sanitario Nazionale per rispondere sempre meglio ai bisogni dei cittadini, che sono il vero faro al quale dobbiamo tutti guardare. Invece notiamo una particolare attenzione ai "contenitori" (dipartimenti, ruoli, ...), meno sui "contenuti", che invece guardano troppo al passato.

Pensiamo che una riforma di questa portata, su un argomento così centrale per l'assistenza che deve essere garantita ai cittadini, dovrebbe:

- guardare di più ai bisogni di assistenza dei cittadini, meno ad altre tipologie di interesse che nulla hanno a che vedere con questi;
- essere il frutto di una totale convergenza di tutti gli attori coinvolti, che poi dovranno mettere a terra il provvedimento;
- valorizzare e sistematizzare le innovazioni intercorse negli anni, da quelle professionali a quelle organizzative, anche in alcune realtà regionali;
- guardare a riferimenti e orientamenti internazionali;

- essere sempre in linea con le evidenze scientifiche e organizzative disponibili e più aggiornate

Nello specifico, pensiamo che le prestazioni del Sistema 118 non debbano essere necessariamente medicalizzate o che si possa ipotizzare una qualunque penalizzazione di ruolo e di capacità professionale per la figura dell'infermiere. A ciascuno il suo ruolo e la sua professionalità, secondo meccanismi e interazioni virtuose che riconoscano il ruolo, la funzione e la crescita professionale delle famiglie professionali, anche considerando le prerogative proprie dell'una e dell'altra professione.

D'altra parte, l'ultimo rapporto dell'OCSE del 2019 dice chiaramente che: “Nei paesi dell'OCSE, i sistemi sanitari e sociali impiegano ora più lavoratori che in qualsiasi altro settore, circa uno su dieci. Spostare i compiti dai medici agli infermieri e ad altri professionisti della salute può alleviare la pressione dei costi e migliorare l'efficienza”.

Per quanto ci riguarda non vuole esserci alcuna invasione di campo per ciò che attiene compiti e ruoli propri di altre professionalità, ma il giusto e corretto riconoscimento del nostro status giuridico di professionisti sanitari e con le competenze previste dal nostro profilo professionale; perché sostenuto dall'ordinamento giuridico nazionale ed europeo oltre che da linee guida internazionali e da specifici protocolli.

Infermieri e medici del servizio di emergenza 118 operano in integrazione e, quando le situazioni evidenziano particolari complessità, in sinergia con i medici dell'emergenza urgenza (automediche ed elisoccorso).

L'operatività deve essere correlata ad una adeguata, costante, sistematica e mirata formazione e a una rilevante e positiva casistica ed esperienza sul campo. Elementi che permettono a medici e Infermieri di effettuare interventi salvavita e tutte le procedure specificamente previste per ogni situazione incontrata.

Negli ultimi anni gruppi di studio ministeriali e regionali composti da infermieri e medici hanno predisposto protocolli strutturati secondo le più recenti linee guida internazionali con lo scopo di delineare le competenze e l'operatività dei diversi componenti l'equipe sanitaria e per omogeneizzare gli interventi e i trattamenti sull'intero territorio regionale. I protocolli predisposti sono stati inseriti in documenti che raccolgono il consenso di tutti i medici e di tutti gli infermieri operativi nei servizi d'emergenza territoriale 118.

Tuttavia, ancora non c'è stata una loro validazione formale e omogenea a livello nazionale, con ripercussioni in alcune zone sulla continuità operativa di un servizio, quello dell'emergenza 118, consolidato da anni con esiti oggettivati più che positivi. Anche su questo dal DDL non ci sembrano pervenire risposte adeguate.