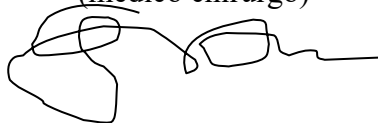


Commissione XII  
Disegni di legge  
Ufficio di Segreteria

**Oggetto** *“Richiesta di invio contributo scritto su ddl 1715 e connessi (riforma del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e disciplina dell'autista soccorritore)” via mail del 09/09/2021 a [gdidomenica@ares118.it](mailto:gdidomenica@ares118.it)*

Si risconta alla Vs. in oggetto autorizzando la pubblicazione sul sito ufficiale del Senato.

Con osservanza.  
Dott. Giuseppe di Domenico  
(medico chirurgo)



Roma 15/09/2021

## **PROLOGO**

Tutti i Disegni di Legge, presentano numerosi elementi di riflessione, su come dovrebbe essere declinato, non solo il sistema di emergenza in sè, ma in alcuni casi anche le aree di “supporto” e prevenzione alle emergenze stesse, con modelli funzionali che con i documenti in nostro possesso, risultano datati e non utili ai processi assistenziali di progetto.

Riteniamo però prima di passare in rassegna la singola proposta, esporre per l’opportuna valutazione, alcuni elementi che riteniamo importanti, per una futura legge che dovrà normare il servizio.

## **TERRITORIO**

- a) Città metropolitane italiane sono nel numero di 14 comprensive di quelle presenti in ambito di regioni a statuto speciale, e che con il 15,4% della superficie totale in kmq, danno residenza al 36,2% della popolazione, (valutazione aggregata fra città ed hinterland diversa da OCSE che fornisce il dato del 49% di popolazione) con densità abitative di Milano e Napoli di elevatissimo valore (<https://www.tuttitalia.it/citta-metropolitane/>).
- b) Il 52% della popolazione pertanto vive in aree rurali in parte ben collegate ed in parte minimale in aree remote, ([https://read.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/oecd-regional-outlook-2016/italy\\_9789264260245-31-en#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/oecd-regional-outlook-2016/italy_9789264260245-31-en#page3)) in particolare 13% in aree prettamente urbane, 36% in aree rurali prossime a grandi città, 42% in zone rurali, 10% in zone remote. Pertanto sarebbe utile declinare il sistema di soccorso su 3 aree sostanziali: urbana comprensiva dei territori limitrofi + rurale + remota, che prevedono un sistema differente di gestione territoriale. Questo per evidenziare la ormai datata prescrizione del DM70/15, interpretata peraltro dai SSR in maniera assai “creativa” di ambulanza di soccorso avanzato (non è definito lo standard) ogni 60.000 abitanti (raccomandazione contenuta nella rivista (Proposta avanzata a suo tempo da AGENAS sulla rivista Monitor anno X numero 27 anno 2011). A titolo di memoria, per il territorio, la Società Scientifica SIS118, aveva individuato nel 2012, uno standard in analogia OECD che definisce la suddivisione delle Aree nel seguente modo: - Aree Prevalentemente Rurali (PR) :<150 abitanti/kmq – Aree Intermedie (RI): dai 150 ai 250 abitanti/kmq – Aree Prevalentemente Urbane (PU) :>250 abitanti/kmq, completamente ignorata in ambito di programmazione (l’apporto ignorato delle società scientifiche). In proposito ed abbastanza evidente, come il soccorso in aree urbane caratterizzate da brevi percorsi, ed alta densità ospedaliera, necessita di pochi medici ma di infermieri e autisti soccorritori formati al sostentamento delle funzioni vitali, e di come il medico necessita con maggiore presenza nelle zone rurali, fino ad avanzare l’ipotesi di una rete efficiente di volontariato formato alle attività di soccorso, supportata dalla rete dell’elisoccorso, nelle realtà remote del paese (equità nella capacità di assistenza), dove il medico appare essenziale.

## **INDICATORI**

- c) Ad oggi esiste un singolo standard collegato alle necessità di soccorso, e che non tiene conto se il soccorso è rivolto ad una patologia di tempo dipendenza, insidiosa per il paziente, oppure no, ovvero quello degli 8 e 20 minuti mai aggiornato in nessun documento (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/ambulance-response-times#background>), quando a livello internazionale (NHS inglese), il raggiungimento dello standard assistenziale è legato alla reale tipologia d’emergenza, con indicatori ben delineati. Ad esempio le emergenze A1 ovvero a grave rischio di morte devono ricevere un riscontro al 90% entro gli 8\15 minuti (sono fra l’8/10% dei soccorsi prestati ma quelli di maggiore impatto clinico), le emergenze A2 di possibile evoluzione patologica, dovrebbero avere risposta al 90% entro i 18\20 minuti,

e la categoria A3 urgente ma non a rischio di vita con risposta al 90% in 120 minuti.. Anche il numero degli operatori alla console andrebbe adattato alle chiamate in arrivo, così come a suo tempo suggerito dallo studio del Ministero della Salute che aveva valutato i flussi in ingresso dei chiamanti ([http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/Sintesi\\_Mattone\\_PS\\_118.pdf](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/Sintesi_Mattone_PS_118.pdf)) ove era indicato come riferimento programmatico, il rapporto fra telefonate giunte in centrale, e missioni generate; non a caso le aree più economicamente arretrate sono generatrici di un numero di chiamate notevolmente superiori alla media.

## **RETE CENTRALI PERSONALE**

- a) Si parla di inappropriato accesso alle strutture di emergenza con l'ipotesi, tutt'altro che confermata, di implementare le strutture di territorio. Esistono però numerosi studi in materia, anche se per brevità citiamo uno studio che consente di visualizzare la summa delle esperienze già svolte in in altri ambiti sanitari in occidente, ([https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)6&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6&docLanguage=En)). Infatti come emergente, le strutture di prossimità non decrementano significativamente l'accesso improprio ai PS/DEA od il ricorso ai servizi analoghi al 118, ovvero per la popolazione non sono polo di attrazione per i bisogni d'urgenza (reale o percepita).
- b) Tutto il sistema dello Stato e delle Regioni, si basa su infrastruttura organizzativa denominata provincia, e la creazioni di centrali 118 aggregate e collegate funzionalmente al NUE 112 non ha portato ad alcun vantaggio ma ad un detrimento delle prestazioni ([http://www.laurastabile.it/wp-content/uploads/2018/10/fto033\\_sanita\\_2014-2017\\_completa\\_7\\_2\\_18\\_12\\_23\\_28\\_PM-2.pdf](http://www.laurastabile.it/wp-content/uploads/2018/10/fto033_sanita_2014-2017_completa_7_2_18_12_23_28_PM-2.pdf)), che in alcuni casi come nell'epidemia COVID 19 ha avuto dei risvolti di singolare drammaticità. Inoltre un sistema provinciale, appare anche più compliant all'accogliere le centrali di telemedicina e del 116/117 che generano flussi, di richieste di assistenza, in maniera più diretta diluita ed efficiente efficace nella risposta, rispetto a macro centrali sovra provinciali che per i numeri generati sarebbero a rischio di inefficienza, d'altronde non sono mai stati prodotti dati sul miglioramento qualitativo di centrali macro, che accolgono oltre i 600.000 abitanti, oltre a non aver generato i risparmi previsti.
- d) In relazione al personale, appaiono interessanti gli aspetti di innovazione. Condivisibile e assai puntuali, le ipotesi collegate al riconoscimento della figura di autista soccorritore, che in alcuni casi si spinge vicino a quella del tecnico dell'emergenza inglese (EMT). Fortemente delineata la figura infermieristica, che in alcuni casi si spinge ad assumere l'immagine dell'infermiere statunitense, con attivazioni di profilazione clinica, in piena autonomia di percorso, nei fast track come nel soccorso territoriale. Tale attività è bene ricordarlo, in quanto delineato dalle organizzazioni sanitarie madri di questo sistema, essere una necessità collegata alla carenza di medici nel settore (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1631629890&id=id&accname=guest&checksum=7D42AC0FBEC03217FEC398514B00711B>). Non siamo in tal senso contrari al clonare esperienze estere, ma clonando anche l'intero processo formativo che risulta essere assai diverso nei tempi e nelle materie, con l'altra sponda dell'atlantico, e questo per garanzia del processo di prima presa in carico dei pazienti. Dobbiamo poi rilevare con estremo stupore, come nella progettualità ristrutturativa allargata, non si incontri mai la figura del case manager infermieristico, vero cardine della medicina di territorio, di ausilio ed integrazione alla medicina di base, come alle attività oggetto della media intensità di cura, cronicità compresa. Come anche risultano assenti, nelle forme progettuali più ampie le altre professioni, indicate da autorevoli studi quali ausili importanti alla rete delle cure, da inserire in quei progetti assistenziali comprensivi spesso di tele medicina, in grado di diminuire significativamente gli accessi impropri

(<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>) e (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a92adee4-en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en>). Per nulla delineata la figura

medica, salvo in una proposta, se non relativamente al suo arruolamento e formazione all'interno del sistema, ed alla sua presenza nei servizi di emergenza quadrati alle realtà territoriali, come da capoverso b del presente documento, e collegata comunque a funzioni medico legali non delegabili, come a funzioni cliniche non rinunciabili.

- e) Appare quanto mai critica l'evocazione di protocolli di diagnosi e cura, e quindi a grande impatto sulla popolazione, e di ritorno in ambito medico legale che ignorano completamente i dettati della L.24/17 e che pongono il sistema delle Società Scientifiche, dell'Università, dell'Istituto superiore di Sanità, e del Sistema Nazionale Linee Guida ISS, quali custodi della correttezza scientifica dei trattamenti, riportando l'esercizio della medicina indietro di 20 anni, quando i protocolli venivano addirittura editi a livello locale. L'utilizzo del sistema protocollare, è bene ricordarlo, parte sempre dagli Stati Uniti ove il sistema sanitario è collegato a quello assicurativo (programmazione, labelling, rimborso), a mezzo della *Evidence Based Medicine* e dei *Medical protocols*, e nasce da un'esigenza di rendere un processo "evidente" in un processo efficace, per essere valutato e "pesato" in termini di programmazione. Purtroppo questa banalizzazione assai utile per i programmatori e per i terzalizzatori delle attività sanitarie, risponde a criteri di maneggevolezza di un processo al contrario assai complesso e legato **al teorema di Bayes ed alle decisioni mediche**. Non volendo addentrarmi nel problema pur restando a disposizione per fornire maggiori spiegazioni, citerei come perfetta sintesi delle mie proposizioni in materia la sintetica definizione del prof. Gilberto Corbellini in materia : ***“La metodologia statistica che oggi prevale in medicina diffonde un'idea sbagliata del ragionamento medico, cioè che la spiegazione biomedica sia riducibile a una correlazione statisticamente significativa.”*** Ovvero in mancanza di risorse mediche disponibili, si può ricorrere ad un sistema vicariante di protocolli sanitari a non medici, avendo consapevolezza di risultati non paragonabili. Credo sia utile, come riflessione ulteriore, che il protocollo è documento, dove in base ad un'osservazione standardizzata (diagnosi) segue una serie di azioni meccaniche (terapia) dove l'operatore non ha, come il medico, la possibilità di derogare su basi scientifiche al contenuto, ma deve applicare quanto scritto. Mi sembra utile rammentare come siano, veramente pochissime le situazioni che consentono l'applicazione corretta e priva di rischi, di questi protocolli semplificati.
- c) Il personale medico oltre al reclutamento e formazione, va indirizzato nel sistema d'emergenza con la parsimonia di un elemento prezioso di sistema, per quanto sopra esposto, ed anche per dare equità di cure. Appare evidente che il medico presente in un sistema di emergenza di aree rurali remote sarà indispensabile, rispetto al collega di un'area urbana ad alta presenza di strutture ospedaliere d'emergenza. In tal senso sarà altamente raccomandata una pianta organica dedicata, una legge di revisione che sarà per lungo tempo la colonna del sistema di emergenza territoriale italiana non potrà ignorare una realtà di sistema, che vedrà dal 2023 una diminuzione significativa di anestesisti, internisti e pediatri, con una richiesta sempre maggiore che si rivolgerà verso ospedali e servizi di emergenza territoriali, che già ora registrano carenze di personale medico e mancato "appeal" di queste posizioni emergenziali fondamentali, con 1/3, dei posti disponibili nelle specializzazioni, di medico urgentista andate deserte.

## COMMENTO DEI DISEGNI DI LEGGE

### Figura Autista Soccorritore

#### D.L. 179

a) Punti di Forza

- Articolazione della formazione in due aree una di base e di tipo professionale ed una professionale, in analogia ai sistemi anglo americani dei Tecnici di Emergenza classificati come EMT a ed EMT B

b) Punti di Debolezza

- Limitazioni nelle funzioni clinico assistenziali
- c) Eccellenze
- Recupero della funzione sanitaria nel contesto assistenziale

d) Criticità

- Tirocinio svolto con il solo personale tecnico
- Mancata distinzione dell'orario di formazione dedicata alle attività sanitarie

e) Riflessioni conclusive

- Attività di tirocinio professionale da svolgersi vista la partecipazione su procedure e protocolli medici con il tutoraggio di personale medico in affiancamento a quello di un autista soccorritore
- Nell'insegnamento appare completamente mancante l'aspetto medico legale, pur avendo la loro attività di supporto o come team leader in mancanza di sanitari, aspetti importanti di coinvolgimento di responsabilità
- Necessità di indipendenza gerarchica all'interno del comparto infermieristico
- Come il personale sanitario, dovrebbe conseguire annualmente un punteggio di aggiornamento permanente in ambito formativo (sistema ECM)

## **D.L..1127**

### a) Punti di Forza

- Art. 4 comma 2 dal punto 6 a seguire con attività di tipo sanitario di supporto ed in autonomia

### b) Punti di Debolezza

- Mancato delineamento orario della formazione alle funzioni clinico assistenziali che necessiterebbero almeno 150\170 ore come da esperienza emergente nei sistemi che utilizzano i tecnici dell'emergenza (che sono autisti)

### c) Eccellenze

- Recupero della funzione sanitaria nel contesto assistenziale con valutazione advanced

### d) Criticità

- Tirocinio svolto con il solo personale tecnico

### e) Riflessioni conclusive

- Attività di tirocinio professionale da svolgersi vista la partecipazione su procedure e protocolli con il tutoraggio di personale medico in affiancamento a quello di un autista soccorritore ed infermieristico per quanto di competenza del nursing
- Nell'insegnamento appare completamente mancante l'aspetto medico legale, pur avendo la loro attività di supporto o come team leader in mancanza di sanitari, aspetti importanti di coinvolgimento di responsabilità
- Necessità di indipendenza gerarchica all'interno del comparto infermieristico
- Come il personale sanitario, dovrebbe conseguire annualmente un punteggio di aggiornamento permanente in ambito formativo (sistema ECM)

## **Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale 118**

### **D.L..1634**

#### a) Punti di Forza

- Analisi attenta del contesto operativo in maniera sintetica
- Mantenimento dell'accesso diretto al 118
- Organizzazione su base provinciale

#### b) Punti di Debolezza

- Afferenza al DEA Dipartimento di Emergenza ed Accettazione
- Comitato di dipartimento costituito su base partecipativa ma con funzioni delegate che prevedono scelte a bassa variabilità discrezionale quali formazione del personale, percorsi clinico diagnostici, controllo della permanenza dei requisiti
- Mancanza

#### c) Eccellenze

- Valutazione del 118 per la sua complessità organizzativa e per il prezioso apporto quale coordinatore flussi di pazienti critici nei nosocomi regionali

#### d) Criticità

- Mancanza di una proposta su indicatori di servizio

#### e) Riflessioni conclusive

- Il Disegno, in premessa ha un attenta analisi della situazione attuale, con una valutazione correttiva delle sperimentazioni che hanno dato esito critico rispetto alle ipotesi di miglioramento che avrebbero dovuto generare (aggregazioni delle centrali operative)
- La possibilità di accesso da parte della popolazione ai numeri 115 e 118 in maniera diretta

## Riforma del Sistema di Emergenza sanitaria territoriale “118”

### D.L.1715

#### f) Punti di Forza

- Analisi attenta del contesto operativo
- Mantenimento dell'accesso diretto al 118
- Attività di trasporto demandato al volontariato

#### g) Punti di Debolezza

- Mancata integrazione del sistema di Continuità Assistenziale 116/117

#### h) Eccellenze

- Accuratezza nella definizione dei compiti e delle funzioni organizzative del dipartimento
- Distinzione fra personale ospedaliero e personale 118
- Organizzazione su base provinciale
- Creazione del Dipartimento di Emergenza 118

#### i) Criticità

- Mancanza di una proposta su indicatori di servizio

#### j) Riflessioni conclusive

- L'organizzazione provinciale collegata ad una struttura regionale di coordinamento, appare più agile e rispondente alle necessità locali, e di eventuale risposta anche alle maxi emergenze
- Appare per la prima volta una distribuzione dei compiti fra personale stabile e personale del volontariato, con individuazione delle aree di intervento a miglioramento del servizio.
- L'organizzazione del SET 118 con le risorse umane e tecnologiche assume la profilazione di un Dipartimento e non certo di UOC



## Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

### D.L..2231

#### k) Punti di Forza

- Superamento delle disomogeneità organizzativa in senso di progettualità generale
- Adeguamento del CCNL sanità per gli operatori dell'emergenza
- Coordinamento dei trasferimenti secondari
- Rafforzamento dell'integrazione fra medicina generale e sistema 118 a funzione filtro
- Sistema di Second Opinion Supporting

#### l) Punti di Debolezza

- Progettualità ad ampia discrezionalità dei partecipanti
- CUR centrali Uniche di Risposta
- Tecnologia distribuita solamente in sede delle Centrali
- Aggregazioni in macro centrali con eventuale accorpamento inter regionale
- Aggregazione non delineata fra ospedale e sistema territoriale
- Accenni sul servizio di elisoccorso senza ulteriori linee d'indirizzo
- Individuazione da parte di AGENAS di soggetto verificatore della qualità, ignorando le società scientifiche di settore
- Implementazioni pluriprofessionale(infermiere di famiglia, ostetrica, psicologo e fisioterapista di comunità)
- Art. 7 individuazione dei criteri di formazione, ma non specificando l'eventuale compartecipazione di Università e Società Scientifiche
- Istituzione del NUA 116/117 quale centrale autonoma

#### m) Eccellenze

- Introduzione del NEA 116/117

#### n) Criticità

- Vengono individuati all'art. 6 le linee di operatività su linee guida internazionali, non valorizzando il SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) di rigorosa verifica scientifica, assieme alle società scientifiche mediche rappresentative e mandatoriali vista la L.24/17
- Scarsa definizione del ruolo medico all'interno del sistema
- Eccessivo affidamento del processo assistenziale a protocolli infermieristici definiti dai responsabili clinici delle sale operative, senza rinvio al SNLG e/o società scientifiche L.24/17
- Non sembra essere precisato come il personale del volontariato, impiegato nelle aree di soccorso, debba rispondere ai medesimi requisiti del personale stabilmente impiegato dalla Regione su criteri nazionali
- Agenzia Nazionale 112 non interessa l'area assistenza sanitaria del sistema

o) Riflessioni conclusive

- Il Disegno presenta una vasta revisione e riordino del sistema di emergenza urgenza, appare però eccessivamente generalista, e non collegato alle ultime evidenze e raccomandazioni degli enti internazionali, frutto di analisi e valutazioni specifiche, ed in particolare sui flussi di operatività collegata alle professionalità presenti ed operanti nel sistema
- Vengono affrontati i maggiori snodi organizzativi ed operativi che non vengono però approfonditi e motivo di potenziali problematiche interpretative
- Non vi sono le valorizzazioni delle professioni iscritte nel sistema secondo le migliori pratiche dell'OCSE

## Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

### D.L..2153

#### p) Punti di Forza

- Superamento delle disomogeneità organizzativa in ambito progettuale
- Accostamento al PNRR
- Centralità dei controlli degli impegni e degli esiti da parte di ente esterno
- Istituzione della figura dell'autista soccorritore
- Revisione tecnologica delle Centrali
- Coordinamento dei trasferimenti secondari per acuti
- Premialità economica in caso di efficienza del sistema
- Sistema di Second Opinion Supporting e OBD osservazione breve domiciliare

#### q) Punti di Debolezza

- Riferimenti ad altre realtà di sistemi 118 italiane ed estere non identificabili e con conclusioni disallineate rispetto alle più recenti evidenze sempre di tipo internazionale
- Riferimenti attuali a forme di medicina ancora sperimentali o non introdotte nella pratica (medicina predittiva medicina preventiva, ecc)
- Creazione di un modello teorico e non sperimentato di verifica delle prestazioni erogate di tipo multidimensionale da originarsi da un sistema di rilevazione dati, certi e di qualità, lungi dall'essere presente in Italia ma già presente ad esempio in Inghilterra
- Creazione di centri polispecialistici integrati con l'emergenza urgenza ma senza una linea programmatica di sviluppo o di riferimento
- Acquisizione per l'area dell'emergenza urgenza della presa in carico per intensità di cure, collegata ad una rete di prevenzione non esistente o comunque di non verificata qualità
- Centrali 118 uniche ed anche inter regionali in caso di esiguità dei bacini utenza
- Non sono definiti i tempi di rivalutazione dei criteri di remunerazione degli interventi sul territorio (rischio di sottofinanziamento)
- Tardivo incremento del personale dell'Autorità Garante che solo nel 2027 sarà adeguato ai controlli
- Creazione di ambulatori mobili e di screening per diminuire gli accessi impropri della popolazione senza una precisa modalità operativa e senza ricadute operative in caso di manifestata inutilità
- Creazione di supporto sistema SOS di teleassistenza per ridurre gli accessi impropri
- Infermiere di territorio con generica attribuzione funzionale

#### r) Eccellenze

- NEA 116/117
- Piattaforme di tele formazione MOOC
- Teaching Hospital e sistema di formazione

s) Criticità

- Eccessiva teorizzazione del sistema, senza una modellizzazione specifica di partenza
- CUR 112 con creazione di doppio livello di risposta che determina un time delay di risposta
- L'introduzione di un sistema a sola valenza di sostenibilità della tipologia Standard Ethics (riguarda principalmente banche ed azienda quotate)
- Sistema di valutazione di Machine Learning che richiede un profondo lavoro di inter relazione con il mondo delle società scientifiche per un corretto labelling, pena risultati inadeguati alla valutazione delle performances
- Commistione delle competenze ed operatività fra personale sanitario di ospedale e territorio che presenza competenze operative assai diverse
- Aspettativa di riduzione degli accessi impropri ospedalieri attraverso la creazione della NEA 116/117 sistema advanced rispetto alla continuità assistenziale
- Art.6 comma 9 le linee guida dovrebbero essere redatte dal SNLG in concorso con le società scientifiche di settore
- Art. 6 comma 11 si affida all'infermiere compiti di gestione del soccorso e quindi di diagnosi e cura (vedere le considerazioni preliminari) anche su scenari operativi remoti
- Art.6 comma 12 si sostituisce il personale infermieristico addetto alle centrali operative con il personale tecnico
- Riconoscimento ed autorizzazioni alla formazione delle reti associative nazionali che operano nell'emergenza urgenza, senza specificare i controlli quali quantitativi da effettuare
- Attivazione dei percorsi di fast track e di see and Treat per ridurre gli accessi impropri su base esclusivamente infermieristica in base a protocolli non definiti (vedi considerazioni in merito)
- Agenzia Nazionale 112 non di interesse assistenziale

t) Riflessioni conclusive

- Il Disegno presenta una notevole portata progettuale, ma basata su numerosi elementi ad implementazione mai sperimentata sul territorio nazionale, gravato da notevoli disomogeneità, ed inoltre non dispone che di una futuribile rete di monitoraggio e controllo
- Vengono affrontati i maggiori snodi organizzativi ed operativi che non vengono però approfonditi e motivo di potenziali problematiche interpretative
- Non vi sono le valorizzazioni delle professioni giustamente iscritte nel sistema

fine