

ALLA CORTESE ATTENZIONE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITA' DEL SENATO

CONTRIBUTO SCRITTO AI DISEGNI DI LEGGE SULLA - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

Dott. Piero Delogu - Direttore Centrale Operativa 118 di Sassari
Referente Regionale Sardegna S.I.S. 118

Premessa

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* il 31 marzo 1992, n.76, al fine di assicurare la gestione sul territorio delle emergenze e delle urgenze sanitarie. Il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n.70, 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 soccorritori, le ambulanze con 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 Sistema118, 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.

Il governo del Sistema 118 si identifica con la Centrale Operativa, che è il centro direzionale che assicura in tempo reale il *controllo* di sistema, la gestione del personale, la soluzione dei conflitti e dei problemi, la formazione del personale, il rapporto puntuale e continuo con le altre massime istituzioni territorialmente convergenti a livello territoriale (Prefettura, Questura, Carabinieri, Vigili del Fuoco ecc). 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.

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, non hanno dato i risultati sperati.

L'esigenza è quella di garantire omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito nazionale dalla rete del 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.

Disegno di Legge Cantù...

“Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria”

Disegno di legge Boldrini...

“Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero”

Tali disegni di legge si identificano con 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 del 27 aprile 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale n.191 del 18 agosto 2006*, che prevede il doppio passaggio della chiamata di soccorso, che allunga i tempi di risposta, in quanto costringe chi chiama a sottoporsi a due interviste, la prima da parte del centralinista 112 e la seconda con l'operatore del servizio competente 118. L'impiego nelle Centrali 112 di personale cosiddetto «laico», ovvero senza adeguata conoscenza ed esperienza delle situazioni di emergenza, e spesso con scarsa conoscenza del territorio, è purtroppo frequentemente causa di errori, sia nella valutazione delle situazioni, sia nella localizzazione dell'evento e conseguente invio del soccorso.

Va considerato fondamentale, a mio avviso, che il 112 ed il 118 sono 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 presenti 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 pre-arrivo in caso di malore o di trauma (in attesa del mezzo di soccorso), 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.

Per quanto precisato in precedenza, non è accettabile prevedere nelle Centrali Operative 118 la presenza di “operatori tecnici deputati alla ricezione delle chiamate”, in quanto solo il personale sanitario, quindi infermieristico, può essere deputato a codificare la gravità di un evento di soccorso, identificare la patologia e attribuire un codice colore ed individuare il mezzo di soccorso più idoneo da inviare a quell'evento.

Non sono d'accordo sull'individuazione di un'Agenzia Nazionale 112 presso il Ministero dell'Interno, che non sarebbe altro che un ulteriore incarico politico e non tecnico.

I disegni di legge non precisano l'importanza di avere tecnologie condivise tra Centrali 118 e Centrali 116/117 (NEA), sia per evidenti risparmi nei costi, sia in termini di qualità del servizio, poiché l'esperienza degli operatori sanitari delle Centrali 118 è fondamentale nel dare il giusto supporto agli operatori dedicati alle chiamate per cure mediche non urgenti, pertanto è importante indicare la necessità della condivisione degli spazi.

Disegni di Legge Castellone...

“Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»”

Disegno di legge Stabile...

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

Condivido appieno tali proposte di legge e ne motivo la scelta esponendo di seguito le mie considerazioni.

Tali disegni di legge criticano fortemente la scelta fatta nel corso degli ultimi anni, in alcune regioni, di un modello inedito di governo del SET-118, più di carattere amministrativo, e non affatto clinico, mediante istituzione di Aziende Sanitarie 118. Tale realizzazione assume, a mio parere, connotazione profondamente inappropriata ed irrazionale, in quanto l'insieme delle attività di una Azienda Sanitaria, riguardo gli obiettivi fondamentali istituzionali di promozione e di tutela della salute, si configura in evidente ambito gestionale multisistemico (l'Azienda gestisce in contesto integrato, sinergico, plurale ed insieme unitario, diversi sistemi della sfera dimensionale sanitaria, quali quello della prevenzione, della cura e della riabilitazione, della medicina territoriale ed ospedaliera, della medicina dei servizi, ecc.) e non si riduce a contesto di esclusivo ambito gestionale monosistemico o monotematico. Non ha, infatti, alcun senso parlare tecnicamente di Azienda Sanitaria 118, perché una Azienda Sanitaria di carattere regionale deve essere concepita come multisettoriale, e non può esserlo, quale monosettoriale, altrimenti non si comprende come mai non vengano istituite, in ambito nazionale, Aziende Sanitarie regionali di Cardiologia, Aziende Sanitarie regionali di Pronto Soccorso, Aziende Sanitarie regionali di Pediatria, ecc. Un Direttore Generale di Azienda Sanitaria può definirsi “*generale*” perché ha sfera di potere gestionale sulla totalità delle parti costitutive dell'Azienda e non riguardo un singolo settore specifico di attività, per quanto di rilevanza sociale determinante, quale il SET-118. L'inappropriatezza della scelta strategica istitutiva delle Aziende Sanitarie 118 risulta, nel confronto diretto con la realtà dipartimentale, anche dal fatto che mentre il Direttore di un Dipartimento Regionale 118 è un dirigente medico vincitore di concorso con esperienza direzionale almeno quinquennale nel settore, rappresentando, quindi, una garanzia collaudata di competenza certa e dedicata nei confronti dell'utenza, il Direttore Generale di una Azienda 118 ha ruolo che sussiste, di per sé, esclusivamente in quanto mera designazione individualistica senza che sia richiesta alcuna competenza specifica riguardo la gestione dell'emergenza urgenza a livello territoriale, eventualità in sé che, trattandosi di un Sistema delicatissimo, ad elevato impatto sociale e ad elevato rischio obiettivo di evento avverso, quale obiettivamente un Sistema regionale 118, risulta, alla ragione, davvero inaccettabile e, sinceramente, inconcepibile. I costi di gestione di una Azienda 118 sono, infine, nettamente superiori rispetto a quelli di un Dipartimento Regionale SET-118, con nessun vantaggio dimostrabile rispetto alla qualità del servizio assicurato ai cittadini-utenti dalla gestione sanitaria del SET-118, in quanto comporta spese aggiuntive rilevanti, quali, ad esempio, l'implementazione di un numeroso “staff di direzione” da mantenere e l'inevitabile duplicazione di servizi normalmente erogati dalle ASL (a partire dagli uffici che pagano gli stipendi). Si è quindi assistito, in alcuni territori regionali, al passaggio dimensionalmente involutivo del SET-118 dalla opzione di modello

organizzativo sanitario di livello dipartimentale, quale evoluzione migliorativa a costo zero dell'organizzazione provinciale già esistente, supportato orizzontalmente, in ambito *partecipativo*, da un consiglio di dipartimento, cui afferisce rappresentanza medico-infermieristica-tecnica (autista soccorritore) dei SET-118 costitutivi, a conduzione direzionale apicale sanitaria effettuata da un Direttore di Struttura complessa del SET-118, ad un modello organizzativo di tipo aziendale, contraddittorio in se stesso, in quanto vede innaturalmente restringersi il campo della realtà aziendale sanitaria ad un contesto gestionale "monosettoriale", a conduzione direzionale apicale amministrativa, monocratica, espressione di nomina diretta senza che sia prevista la benché minima dovuta e preliminare garanzia di possesso delle competenze specifiche da parte del decisore finale (il Direttore Generale).

Manca rispetto da parte delle regioni della presenza di un mezzo di soccorso "avanzato" del SET-118, ossia con a bordo personale sia medico sia infermieristico, ogni 60.000 abitanti, in un ambito territoriale di 350 Km², sancita dal DM 70/2015, nonché la mancanza di una "chiara" indicazione, a livello ministeriale, di standard normativi che specifichino, in modo inequivocabile, gli indici minimali adeguati da rispettare, con carattere obbligatorio, a livello delle varie regioni, in rapporto percentuale con la popolazione. Ciascun territorio regionale si è organizzato, secondo le proprie esigenze particolari, nel modo che ha ritenuto migliore per il proprio specifico contesto organizzativo. Si ritiene però storicamente maturo e non più rinviabile il momento di elevare al meglio possibile, per il nostro Paese, che per questo settore così drammaticamente delicato della sanità si conferma da decenni molto più evoluto rispetto a tanti altri, il livello di questo "stato dell'arte".

L'art.1, comma 2 della legislazione europea istitutiva del 112 (Direttiva 91/396/CEE), sancisce che *"il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno, parallelamente ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate"*. La direttiva citata parla, chiaramente, di introduzione parallela (modello di 112 *parallelo* rispetto agli numeri di emergenza) e non sostitutiva del 112 rispetto *"ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate"*, quindi parallela e non affatto sostitutiva delle funzioni di accesso al soccorso sanitario mediante ricorso diretto al numero e, quindi, al Sistema 118 (modello di 112 *sostitutivo* rispetto agli numeri di emergenza). L'Europa non ha, pertanto, chiesto all'Italia di spendere in modo così sovradimensionato rispetto al reale fabbisogno (il turista in paese straniero che non sa chi chiamare in caso di emergenza), mediante la realizzazione di costosissime Centrali Uniche di Risposta (CUR), sottoponendo al contempo 60 milioni di italiani, nel momento improvviso dell'imminente pericolo di perdere la vita, all'inutile obbligo di un "doppio" passaggio operativo tra il 112 e le Centrali Operative di Settore (Soccorso Sanitario, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco etc), che può comportare, come peraltro già successo, purtroppo con il dato di esiti nefasti, inaccettabile allungamento dei tempi complessivi di risposta l'intervento alla Centrale Operativa del 118. Questo modello, che è stato inizialmente presentato con il teorico vantaggio di azione di filtro riguardo le chiamate inutili, porta invece, in realtà, ad una doppia intervista telefonica, in quanto gli standard di prima intervista ed il sistema informatico assieme al supporto telefonico non sono in grado di trasmettere istantaneamente le richieste del chiamante, ed anzi obbligano l'operatore sanitario ad una successiva ripetizione dell'intervista con raddoppio netto dei tempi di erogazione del servizio. Occorre, in ogni caso, in piena coerenza attuativa con il dettato legislativo europeo, modificare con urgenza, gli attuali profili operativi di Sistema, "restituendo" immediatamente ai cittadini italiani, secondo quanto peraltro accade in altri Paesi dell'Unione, la possibilità di accesso diretto al Sistema di Emergenza Territoriale 118 in caso di imminente pericolo di perdere la vita, quindi di emergenza sanitaria. E' indispensabile, in buona sintesi, ripristinare il dettato del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 10 marzo 2008, n. 59, supplemento ordinario n.55 che, recependo a pieno le direttive europee, stabiliva che il "115" ed il "118" conservavano la possibilità di ricevere direttamente le chiamate di soccorso a loro dirette, oltre a quelle provenienti attraverso il "112", dotandosi delle stesse prerogative di riconoscimento e di geolocalizzazione

del chiamante attribuite al “112. E’, pertanto, indispensabile che tutte le Centrali Operative 118 del Paese, siano dotate, da subito, come pare previsto dalla commissione interministeriale dedicata (Commissione 75), di un efficace sistema di geolocalizzazione del chiamante, con le tecnologie più avanzate ed affidabili disponibili al momento (Sistema AML), eventualmente provvedendo, *nelle more*, come Stato Italiano, alla più tempestiva realizzazione di una applicazione unica dedicata per tutto il Paese, nell’auspicata attesa di una applicazione unica europea, grazie a cui attivare la geolocalizzazione immediata su chiamata in caso di emergenza, da mettere gratuitamente a disposizione di tutti gli italiani e turisti che accedano al nostro Paese; tutto questo indipendentemente se nelle proprie regioni sia ancora attivo il NUE 112 o meno, di facile e immediata realizzazione e pressoché a costo zero, vista la tecnologia già posseduta dalle Centrali 118. Il modello di 112 “parallelo” rispetto agli altri numeri di emergenza risulta adottato in molte nazioni europee (almeno 10 su 19), con enorme risparmio dei costi complessivi di implementazione e gestione e maggiore qualità prestazionale, intesa quale maggiore funzionalità rispetto al modello di 112 “sostitutivo”, in quanto a velocità della risposta istituzionale direttamente erogata sul posto, sulla “scena degli eventi”, dal personale dei mezzi di soccorso inviati dalla Centrale Operativa di settore competente. Il modello di 112 parallelo, peraltro, non solo non costituisce alcun ostacolo o problema, ma anzi determina ulteriore possibilità di supporto vicendevole, con due linee parallele finalizzate alle chiamate di soccorso della cittadinanza in caso di maxiemergenza sanitaria (su singola linea 112 vi è il rischio di saturazione delle chiamate, si pensi agli episodi terroristici di Parigi, che in Italia avrebbero avuto un unico collettore; il 112 a Parigi è invece operativo, in caso di emergenza sanitaria, “parallelamente” al numero di emergenza 15, il SAMU, corrispondente al sistema 118 italiano). Per fare un esempio, va considerato che in Francia, in caso di emergenza sanitaria, solo il 3% dei cittadini chiamano il 112 mentre il 97% chiamano il 15. Il 112 ed il 118 rimangono, pertanto, due dimensioni operative completamente differenti l’una dall’altra, trattandosi, nel primo caso (il 112), di un mero *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. L’obiettivo del “118” è quello di salvare vite umane e di fornire assistenza sanitaria organizzata ed efficace a tutti gli eventi acuti; l’obiettivo del “112” è quello di fornire garanzia a qualsiasi cittadino degli Stati Membri per qualsiasi tipo di problema gli si presenti in qualsiasi parte degli stessi Stati; sotto tale ottica, per le problematiche sanitarie, pur con i maggiori tempi che comporta il doppio passaggio, trasferisce le richieste che gli sono pervenute al “118”. Si ritiene, pertanto, di importanza assoluta, e quindi doveroso, lasciare ai cittadini italiani la possibilità di chiamare direttamente il 118, con garanzia di accesso unico al Sistema dell’Emergenza Territoriale e senza alcuna possibilità di perdita di tempo. La chiamata al 118 deve essere indirizzata, dai nodi di rete, direttamente alla Sala Operativa della Centrale Operativa 118.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET-118) rappresenta l’istituto del SSN finalizzato ad assicurare la gestione sul territorio delle emergenze – urgenze sanitarie. *D.P.R. 27 marzo 1992 – Atto di Intesa stato-regioni dell’11 aprile 1996 – D.P.C.M. 23 aprile 2008.*

Il SET-118 è una macro-struttura del SSN perché gestisce, con organico costituito da centinaia di operatori (medici, infermieri, soccorritori) ad essa assegnati sia dal punto di vista funzionale che giuridico, disposti in postazioni territoriali (aventi dignità di vere e proprie unità operative, analogamente a tutte le altre territoriali ed ospedaliere) distribuite strategicamente su vasti bacini territoriali ad estensione geografica di carattere provinciale e sovra-provinciale. Non esiste in ambito sanitario alcuna struttura che abbia in gestione un così alto numero di personale, peraltro distribuito diffusamente nelle postazioni territoriali (vere e proprie unità operative territoriali), né che abbia la gestione di così tante sedi fisiche collocate in aree distanti fra di loro sul territorio di riferimento. Il Dipartimento del SET-118 gestisce bacini territoriali, di norma su base provinciale, che vanno da 200.000 a 1 milione di abitanti disposti su territori estesi da

1.000 a 5.000 kmq. In ogni caso, ogni regione deve avere almeno un SET-118. È determinante stabilire il bacino minimo e massimo di un SET-118, da cui dipende la possibilità di coniugare l'efficienza organizzativa all'efficacia dei risultati. Bacini inferiori ai 1.000 kmq o con una popolazione inferiore ai 200.000 abitanti risulterebbero eccessivamente modesti per giustificare tutto l'impianto organizzativo, come pure bacini superiori ai 5.000 kmq o con una popolazione superiore a 1 milione di abitanti renderebbe ingestibile l'intero sistema.

Il SET-118 è una macrostruttura ad elevata complessità gestionale (unica istituzione dello Stato soggetta, per legge, a prestazioni tempo dipendenti - 8 minuti dalla chiamata in area urbana e 20 in area extraurbana, gestione incidenti maggiori/maxiemergenze, gestione eventi di massa ed emergenze umanitarie, gestione reti di trasporti secondari (DM 70/aprile 2015), gestione urgenze e acuzie minori (possibile, in tempi brevi, rimodulazione normativa medicina generale/guardia medica secondo modello h/16), gestione trasporti in caso di trapianti d'organo e tessuti, gestione soccorsi speciali, mediante eliambulanza/idroambulanza, assistenza agli iperafflussi stagionali ecc).

Il SET-118, in quanto macrostruttura sanitaria ad elevata complessità gestionale occupante un'area del tutto distinta e separata dall'area della medicina distrettuale e della medicina ospedaliera, con una dimensione al minimo provinciale, dovrebbe avere valenza dipartimentale, riconosciuta come tale all'interno dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie di riferimento (Dipartimento strutturale del SET-118). La dimensione dipartimentale del Sistema di Emergenza Territoriale 118 è giustificata non solo dalla sua significativa elevata complessità, tale da richiedere questa formula per realizzare in concreto l'integrazione funzionale delle sue componenti e rendere omogenee le prestazioni, ma anche dalla necessità di configurare un sistema che sia posto nelle condizioni di rapportarsi, con adeguata autorevolezza e con specifica competenza, alle strutture territoriali della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, adulti e pediatrica, da una parte, ed a tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio di riferimento, dall'altra, rispetto alle quali rappresenta il collegamento funzionale ed operativo.

Il Dipartimento del SET-118, aggrega al proprio interno la struttura complessa Centrale Operativa-Servizio di Emergenza Territoriale 118 (CO-SET118) ed una o più strutture semplici, comprese le Postazioni Territoriali di Soccorso, ciò in accordo con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III - Qualità delle Attività e dei Servizi, nel documento adottato il 23 febbraio 2005, concernente le finalità operative e le modalità organizzative dei dipartimenti sanitari. Il Ministero della Salute ribadisce ulteriormente che l'organizzazione dipartimentale rappresenta l'articolazione organizzativa di base di un'Azienda Sanitaria ed è costituita dall'aggregazione di unità operative omogenee, affini o complementari, che concorrono congiuntamente al perseguimento di comuni obiettivi di salute. Precisa, quindi, che il dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle Strutture Complesse e Semplici che lo compongono relativamente ai processi decisionali concernenti la gestione integrata delle risorse in dotazione, con particolare riferimento al personale, alle attrezzature ed ai modelli organizzativi ed operativi adottati, con responsabilità di governo clinico e nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità.

A livello regionale, i Dipartimenti del SET 118 provinciali/sovra-provinciali dovrebbero essere funzionalmente coordinati da un Coordinamento Regionale o da Dipartimento funzionale dell'Emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale 118, cui partecipano i direttori dei Dipartimenti provinciali/sovra-provinciali e una rappresentanza regionale di medici, infermieri e associazioni di volontariato convenzionate. A rotazione, viene nominato presidente del comitato un direttore di dipartimento. È quanto mai opportuno che in ogni regione si creino sinergie operative fra i SET-118 provinciali/sovra-provinciali, sia per superare le problematiche degli interventi nelle aree di confine, sia per ottimizzare l'uso delle risorse comuni.

CONTRIBUTO SCRITTO AI DISEGNI DI LEGGE:

“Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore”

“Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore”

Premessa

Ad oggi nonostante gli autisti soccorritori abbiano un chiaro ruolo nel Sistema di Emergenza Territoriale 118 e quindi una coscienza di categoria che li porta ad avanzare una specifica domanda di regolamentazione dei loro compiti, attività e formazione, esiste una grave lacuna legislativa. Appare necessario quindi introdurre nel sistema delle professioni sanitarie quella dell'autista soccorritore definendone il profilo professionale specificandone le finalità, le competenze tecniche, le attività che deve svolgere, i contesti operativi nei quali deve operare, gli ambiti relazionali, ovvero la collocazione organizzativa dell'operatore stesso ed i rapporti con le altre professioni; è necessario inoltre che la normativa regolamenti le condizioni di accesso e le modalità di formazione di tale figura.

Disegno di Legge Rizzotti...

“Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore”

Tale disegno di legge individua la figura dell'autista soccorritore e ne definisce compiti e funzioni. Delega alle regioni e alle province autonome il compito di provvedere alla formazione professionale dell'autista soccorritore. Specifica che l'autista soccorritore presta la sua attività in regime di dipendenza o di volontariato delle aziende sanitarie locali o ospedaliere, di associazioni di volontariato, di cooperative e di enti pubblici e privati. Indica le attività che l'autista soccorritore presta in collaborazione con gli altri operatori preposti all'intervento di soccorso. Stabilisce i requisiti di accesso ai corsi di formazione. Descrive l'organizzazione didattica dei corsi di formazione strutturati per moduli, di tipo teorico-pratico (esercitazioni e *stage*) e prevede un tirocinio. La specificazione di attività, competenze e materie d'insegnamento dovrà essere fatta con la collaborazione di esperti della categoria interessata (si parla di NUE 112) e di funzionari regionali; si prevede la frequenza obbligatoria dei corsi ed un esame finale con apposita commissione, che rilascerà un attestato di qualifica riconosciuto su tutto il territorio nazionale.

Da segnalare una criticità importante di questo disegno di legge: mancano in questo disegno di legge i veri esperti del settore che non possono che essere gli operatori sanitari del Servizio 118 (Direttori di Centrali Operative, medici, infermieri), ai quali deve essere delegata l'organizzazione dei corsi di formazione e la Direzione dei corsi, così come la partecipazione alla commissione d'esame. Il NUE 112 non ha alcun ruolo nel soccorso sanitario sul territoriale!

Disegno di Legge Marinello...

“Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore”

Tale disegno di legge riconosce la figura professionale dell'autista soccorritore, stabilendo, in seguito al conseguimento dell'attestato di qualifica ottenuto al termine del corso di formazione, le attività che l'autista soccorritore dovrà svolgere. Prevede che siano le regioni a stabilire l'organizzazione dei corsi di formazione, i requisiti di accesso a tali corsi, l'organizzazione didattica, le materie di insegnamento e il tirocinio necessario per ottenere l'attestato di qualifica. Sempre le regioni stabiliscono i criteri da adottare per potersi avvalere di enti pubblici accreditati preposti alle attività di soccorso per lo svolgimento dell'attività formativa. Viene definito il contesto operativo nel quale la figura professionale presta la propria attività e quali siano le mansioni e le competenze dell'autista soccorritore. Vengono stabiliti quali siano i criteri di accesso ai corsi di formazione professionale, il percorso formativo, le modalità attraverso le quali verranno svolti il tirocinio e

l'esame finale. Si prevede infine l'introduzione del registro pubblico degli autisti soccorritori. Saranno esonerati dal corso gli autisti soccorritori con almeno 2000 ore di servizio all'attivo.

Da segnalare una criticità importante di questo disegno di legge: mancano in questo disegno di legge i veri esperti del settore che non possono che essere gli operatori sanitari del Servizio 118 (Direttori di Centrali Operative, medici, infermieri), ai quali deve essere delegata l'organizzazione dei corsi di formazione e la Direzione dei corsi, così come la partecipazione alla commissione d'esame.

Dott. Piero Delogu

Direttore Centrale Operativa 118 Sassari

Referente Regione Sardegna S.I.S. 118