

ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA

CENTRALE OPERATIVA 118

P.O. "VITO FAZZI" - LECCE

Direttore: DR. MAURIZIO SCARDIA

Piazza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce

Tel. Centrale Operativa: 0832.661184

Fax direzione: 0832.661185

Fax Sala Operativa: 0832.351256

e-mail: dip.118@asl.le.it

co118lecce@libero.it



A: SIG. PRESIDENTE PROT. N. / /CO 118

COMMISSIONE SANITA'

Regione Puglia

Dr. Giuseppe Romano

Commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Terza.comm@consiglio.puglia.it

OGGETTO: "Sistema dell'emergenza-urgenza della Regione Puglia. Istituzione dell'AZIENDA Regionale dell'Emergenza Urgenza della Puglia". OSSERVAZIONI

Avendo esaminato la proposta di Legge istitutiva dell'AREU 118 della Puglia, il sottoscritto trasmette una breve premessa e la conseguente proposta di modifica del disegno di Legge:

Il sistema di emergenza sanitaria nazionale nasce con il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" ed è costituito da due componenti specifiche riconosciute anche dal D.M. n.70 del 2015 ovvero la componente territoriale e quella ospedaliera:

- il sistema di allarme e di risposta territoriale all'emergenza sanitaria, attivato dal numero telefonico unico e gratuito "118/112", le cui componenti base sono la Centrale Operativa e le Postazioni Territoriali con il relativo personale e i mezzi di soccorso;
- il sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità ovvero DEA di II livello, DEA di I livello e Pronto Soccorso di base.

Il servizio 118 muove i suoi primi passi in Puglia, tra il 2002 ed il 2003, periodo durante il quale si istituiscono e si attivano progressivamente i diversi servizi provinciali come previsto dal DPR del 1992 ed in conformità agli indirizzi della legge regionale (DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 3-11 febbraio 1999, n. 382 - Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitario - 118 - nella Regione Puglia).

Obiettivo primario del Servizio di Emergenza Territoriale (118) è quello di garantire la riduzione del tempo libero da terapia, nelle patologie acute ed in primis, in tutta la patologia traumatica ed in quelle tempo-dipendenti (ictus, infarto, ecc.), attraverso l'intervento precoce già sul luogo dell'evento. In tale ottica, costituisce cerniera tra l'attività sanitaria svolta sul territorio e quella svolta in ospedale, realizzando il raccordo tra esigenze della medicina extra-ospedaliera e quella ospedaliera, attraverso la sua opera di coordinamento e gestione degli interventi di soccorso, sia in caso di emergenza singola, sia in caso di catastrofe e maxiemergenze.

La "mission" del Servizio di Emergenza Territoriale 118 può, quindi, essere sintetizzata con la riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza - urgenza sanitaria, attraverso l'intervento diretto e qualificato, ovvero il primo trattamento sul luogo dell'evento ed il trasporto protetto all'ospedale competente.

I recenti LEA del 2017, hanno definito, nel seguente modo, le linee di attività essenziali del servizio di emergenza territoriale, art. 7 - emergenza sanitaria territoriale:

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extraospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore.
2. In particolare, sono garantiti:

- gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato,
- i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,
- le attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR),
- le attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle Regioni e Province autonome.

3. L'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuità assistenziale.

Ciò premesso, si comprende come le attività da gestire presuppongono un sistema complesso che risponde, agli utenti, con una soluzione adeguata mediante un corretto coordinamento delle risorse sanitarie e tramite un'integrazione con enti e servizi sanitari e non sanitari, presenti in ambito provinciale.

Negli anni, è inoltre cambiata anche la filosofia organizzativa dei percorsi assistenziali essendosi venuto ad affermare sempre più, il concetto di un sistema in rete, per le patologie tempo dipendenti e di maggior complessità, per le quali il modello Hub e Spoke ha dimostrato la sua validità, confermata dai successi ottenuti dall'interazione tra il Servizio "118" e la rete ospedaliera e dimostrando come due settori distinti ma operanti su procedure condivise, possono assicurare la continuità reale dell'assistenza.

Tale modello, inoltre, è in grado di offrire una gamma completa di risposte al paziente se potrà coordinarsi con le istituende centrali di continuità assistenziale e più in generale con la medicina di base ovvero il riferimento assistenziale per i cosiddetti "codici bianchi". Infatti, quanto previsto da una specifica conferenza Stato-Regioni, già nel 2011 e poi divenuto oggetto di uno specifico e recente documento, ovvero l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117, i cui contenuti sono nell'atto d'indirizzo per il rinnovo del contratto nazionale dei medici di continuità assistenziale dove si stabilisce che: *Occorre prevedere che a livello regionale si realizzino modelli che facilitano l'integrazione dei medici di cure primarie, operanti nelle nuove forme organizzative e in presidi che le regioni stanno sempre più strutturando per l'erogazione e il coordinamento dell'Assistenza Primaria, realizzando un modello assistenziale di facile accessibilità che garantisca la continuità dell'assistenza, assicurando a livello territoriale le competenze necessarie, per evitare l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità, promuovendo il coordinamento dei MMG e PLS e sfruttando le potenzialità delle future centrali operative 116117.*

L'attivazione del numero 116/117 si associa ad altri ed onerosi impegni che attendono il sistema sanitario dell'emergenza territoriale, ed in particolare l'attivazione del numero unico dell'emergenza europeo 112, che comporterà un rimodellamento delle procedure integrative tra tutti gli enti istituzionali (112, 113, 115 e 118), che a vario titolo partecipano all'attività di emergenza sul territorio. Inoltre occorre ricordare la funzione di riferimento che ogni sistema 118 ha nell'ambito della Protezione Civile e della Difesa Civile, che determina, già in tempo di pace, un lavoro di condivisione con gli altri enti provinciali e Nazionali, di procedure e modalità operative da porre in atto in occasione di maxiemergenze, catastrofi, incidenti maggiori e grandi eventi, ovvero attività che hanno accentuato la specificità del servizio di emergenza territoriale.

Dalla sua prima istituzione ad oggi, il Servizio di Emergenza Territoriale "118" ha ottenuto indubbi successi ed ha assunto una complessità ed una rilevanza tali che il modello strutturale organizzativo adottato, seppur sempre con gli stessi intenti assistenziali, si è diversificato a seconda dei bacini di utenza e di popolazione servita con la realizzazione di una Azienda specifica in due regioni (ARES 118 nel Lazio ed AREU in Lombardia), di uno specifico Dipartimento per l'Emergenza Territoriale in altre regioni (Piemonte, Liguria, ecc.) o di un'organizzazione riferita ad una Area Vasta in altre ancora (Emilia Romagna, Toscana, Molise, ad esempio). In Puglia, nel 2006, la Legge Regionale n. 26 ("Interventi in materia sanitaria") aveva definito la possibilità di un Dipartimento Regionale 118 purtroppo mai regolamentato e quindi istituito. All'epoca si delineava un dipartimento funzionale interaziendale, con la funzione di assicurare un efficace coordinamento e quindi una uniformità dei servizi provinciali. Il contesto attuale riconosce, ancora, come una necessità, l'ipotesi di un coordinamento regionale dei servizi 118 che devono avere una connotazione ed un'organizzazione di livello dipartimentale e su base provinciale. In quest'ottica si potrà realizzare anche

una struttura a configurazione "Aziendale" (AREU118), con la mission primaria di uniformare il Sistema in tutto il territorio Regionale, con la elaborazione di Linee Guida organizzative ed operative (Protocolli operativi), ovvero con la elaborazione di Processi condivisi, tendenti alla efficienza, efficacia ed economicità di un sistema, che per caratteristiche territoriali diversificate, ha bisogno di una configurazione Dipartimentale Provinciale. Un esempio pratico è dato dalla configurazione orografica della Provincia di Lecce, che per estensione territoriale e della fascia costiera (260 Km) subisce enormi fluttuazioni antropiche con necessità di rimodulare l'organizzazione nel corso dell'anno. Scenari analoghi si verificano in tutte le Province Pugliesi. L'organizzazione dipartimentale, nel rispetto delle LL.GG. emanate dall'Agenzia Regionale, assicurerebbe la giusta autonomia funzionale ed amministrativa ad una struttura destinata a governare un numero di uomini (Medici, Infermieri, Soccorritori, Tecnici ed Amministrativi) e mezzi (mezzi di soccorso e tecnologie di supporto) necessari per i servizi provinciali del 118 e del 116/117.

Nella provincia di Lecce, si può prevedere che il 118 avrà da governare almeno quanto previsto nel piano di organizzazione della rete dell'emergenza sanitaria (DGR 1933/2016): una centrale operativa, 38 mezzi di soccorso h24 per 365 gg/anno, a cui si aggiungono i mezzi di soccorso (circa undici) a supporto delle guardie mediche turistiche per il periodo giugno/settembre ed eventualmente i mezzi e le risorse per i trasporti secondari qualora l'Agenzia Regionale intendesse attribuire anche questo compito, ovvero un ragguardevole contingente di personale formato da dipendenti, convenzionati e soccorritori delle associazioni di volontariato, superiore alle 500 unità (medici, infermieri, autisti, volontari delle associazioni convenzionate ed alcuni tecnici/amministrativi a disposizione della C.O.). Un lavoro che dovrà integrarsi con l'offerta sanitaria delle strutture ospedaliere e territoriali (MMG, CSM, SPESAL, ecc.) e con le istituzioni deputate al soccorso tecnico ed all'ordine pubblico (F.F.O., V.V.F., Polizia Municipale, Prefettura, ecc.), per le ragioni relate alle necessità di soccorsi complessi, per le esigenze dell'istituendo 112 o per motivi di Protezione Civile e Difesa Civile. Un sistema complesso, a configurazione Provinciale, destinato ad assicurare il soccorso primario, il trasporto dei pazienti candidati a trapianto d'organo e persino i trasporti secondari interospedalieri. Il 116/117 dovrà governare un numero di sedi di continuità assistenziale che attualmente, nella Provincia di Lecce, sono > di 40, nelle more di una possibile riorganizzazione territoriale, ovvero > di 100 medici della continuità assistenziale con il complesso obiettivo di uniformare le prestazioni, su base territoriale, integrando efficacemente questo servizio con le esigenze degli altri servizi sanitari provinciali ed in primis con il 118.

Per quanto attiene la tipologia del rapporto di lavoro dei Medici addetti ai mezzi di soccorso, attualmente in convenzione, si propone il passaggio di Questi al rapporto di dipendenza, per poter meglio rispondere alle esigenze del 118, che, per le precipue caratteristiche assistenziali, necessita di personale totalmente incardinato nella istituenda AREU 118. Tale passaggio si potrà attuare a richiesta da parte dei Medici interessati e previo concorso riservato.

Per quanto attiene il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato, il sottoscritto ritiene, come già verificato nella Regione Lombardia, che l'affidamento di parte dei mezzi di soccorso a questi sodalizi possa garantire certezza di efficienza dei mezzi e del personale autista/soccorritore, operatore non ancora previsto dagli attuali CCNL Nazionali. Ovviamente, bisognerà prevedere norme e regolamenti più stringenti per l'accesso al convenzionamento delle Associazioni di volontariato, al fine di evitare pericolose "derive", già verificatesi in tempi recenti (commistione tra Associazioni ed agenzie di pompe funebri).

In conclusione si sintetizzano le motivazioni che conferiscono ai Sistemi 118 Provinciali la dignità di DIPARTIMENTI PROVINCIALI:

- responsabilità giuridica di carattere provinciale (DPR del 27/3/1992), insistente, quindi, su *ambiti territoriali assai estesi*, per ciascuna SC, quantificabili nell'ordine di migliaia di chilometri quadrati;
- obbligo di servizio h 24 a *decine di comuni, centinaia di migliaia di potenziali utenti* (in contesto di valutazione statistica che deve considerarsi almeno triplicato durante i mesi delle stagioni estive);

- obbligo di contesto gestionale strettamente *tempo dipendente* (l'obbligo di intervento in ambito tempo dipendente – linee guida varate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 30 maggio 1992 - viene imposto dal legislatore esclusivamente al "118", esclusività assoluta, non solo in ambito sanitario ma anche relativo a qualunque altro istituto di servizio pubblico, considerato che neanche Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco e Guardia di Finanza hanno obbligo, anche per interventi di massima emergenza, di arrivo sulla scena in contesto tempo dipendente rigidamente stabilito dalle norme);
- ruolo specifico di garantire sul territorio interventi professionali di alta complessità clinico – gestionale obiettiva e con elevato rischio obiettivo di evento avverso (emergenze di qualsiasi tipologia, nel paziente adulto, pediatrico, neonatale, nella paziente gravida), su scenari a potenziale alto rischio obiettivo per i soccorritori (soccorsi su scenari a rischio evolutivo quale rischio di incendio, esplosione, inalazione di sostanze tossiche), in ambienti potenzialmente ostili (soccorsi speciali via mare e via cielo), in contesti di estrema complessità ed impegno gestionale massivo ed intensivo di Sistema (Coordinamento della Funzione 2 Metodo Augustus della risposta a Maxiemergenze, Sanità Umana e Veterinaria, Assistenza Sociale, per eventi di natura convenzionale e anche non convenzionale, emergenze, queste ultime, da minaccia NBCR);
- onere usurante di *carichi di lavoro progressivamente ingravescenti* per risposta clinica a paziente acuto, anche se non critico o potenzialmente critico, a parità di personale o con risorse di pianta organica anche fortemente diminuite, considerata la tendenza, documentata agli atti, all'aumento annuale medio delle prestazioni complessive di soccorso di almeno l'11% da parte dei Sistemi 118 regionali pugliesi, che ha raggiunto il valore medio di almeno il 15% in conseguenza della implementazione del piano di rientro con relativa chiusura degli Ospedali specificamente interessati dal riordino.

In definitiva, La Centrale Operativa – Servizio di Emergenza Territoriale 118 (SC-CO-SET 118) si distingue, pertanto, oggettivamente, per caratteristiche di complessità gestionale intrinseca di evidente valenza dipartimentale, infatti, si qualifica per l'azione di Clinical Governance della stessa, per criteri specifici di responsabilità oggettiva - h 24/365 giorni/anno - articolata con efficacia ed efficienza su base provinciale.

Pertanto, per le considerazioni tecniche dinanzi riportate, e nel dettaglio motivate, attinenti a criterio interpretativo di sintesi definibile quale *parametro di elevata complessità gestionale intrinseca di ambito territoriale provinciale*, si ritiene che il SET 118 debba essere inquadrato quale dipartimento del territorio a valenza Provinciale, raccordato con AREU118, che rappresenta l'HUB del Sistema 118 Regionale, con compiti di raccordo tra i Dipartimenti, emanazione di LL.GG., elaborazione di procedure, organizzazione generale della "logistica", verifica della qualità ed appropriatezza del servizio erogato, centralizzazione degli acquisti, stipula convenzioni con le ASS.NI di volontariato, reclutamento del personale ecc..

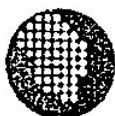
Questa configurazione garantirebbe la programmazione e controllo Centralizzati del Sistema 118 Regionale, con l'articolazione Dipartimentale avente compiti di gestione ed organizzazione per Aree vaste (provinciali), nel rispetto delle LL.GG. ed indicazioni operative dell'HUB Regionale (ARES118).

IL DIRETTORE CO/SET 118 TARANTO
(Dr. Mario Balzanelli)

IL DIRETTORE CO/SET 118 LECCE
(Dr. Maurizio Scardia)

IL DIRETTORE CO 118 FOGGIA
(Dr. Antonio Contillo)

IL DIRETTORE CO 118 BARI-BAT
(Dr. Gaetano Dipietro)



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA
CENTRALE OPERATIVA 118
P.O. "VITO FAZZI" - LECCE
Direttore: DR. MAURIZIO SCARDIA
Piazza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce
Tel. Centrale Operativa: 0832.661184
Fax direzione: 0832.661185
Fax Sala Operativa: 0832.351256
e-mail: dlp.118@asl.le.it
co118lecce@libero.it



A: SIG. PRESIDENTE PROT. N. / /CO 118

COMMISSIONE SANITA'

Regione Puglia

Dr. Giuseppe Romano

Commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Terza.comm@consiglio.puglia.it

OGGETTO: "Sistema dell'emergenza-urgenza della Regione Puglia. Istituzione dell'AZIENDA Regionale dell'Emergenza Urgenza della Puglia". OSSERVAZIONI

Avendo esaminato la proposta di Legge istitutiva dell'AREU 118 della Puglia, il sottoscritto trasmette una breve premessa e la conseguente proposta di modifica del disegno di Legge:

Il sistema di emergenza sanitaria nazionale nasce con il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" ed è costituito da due componenti specifiche riconosciute anche dal D.M. n.70 del 2015 ovvero la componente territoriale e quella ospedaliera:

- il sistema di allarme e di risposta territoriale all'emergenza sanitaria, attivato dal numero telefonico unico e gratuito "118/112", le cui componenti base sono la Centrale Operativa e le Postazioni Territoriali con il relativo personale e i mezzi di soccorso;
- il sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità ovvero DEA di II livello, DEA di I livello e Pronto Soccorso di base.

Il servizio 118 muove i suoi primi passi in Puglia, tra il 2002 ed il 2003, periodo durante il quale si istituiscono e si attivano progressivamente i diversi servizi provinciali come previsto dal DPR del 1992 ed in conformità agli indirizzi della legge regionale (DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 3-11 febbraio 1999, n. 382 - Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitario - 118 - nella Regione Puglia).

Obiettivo primario del Servizio di Emergenza Territoriale (118) è quello di garantire la riduzione del tempo libero da terapia, nelle patologie acute ed in primis, in tutta la patologia traumatica ed in quelle tempo-dipendenti (ictus, infarto, ecc.), attraverso l'intervento precoce già sul luogo dell'evento. In tale ottica, costituisce cerniera tra l'attività sanitaria svolta sul territorio e quella svolta in ospedale, realizzando il raccordo tra esigenze della medicina extra-ospedaliera e quella ospedaliera, attraverso la sua opera di coordinamento e gestione degli interventi di soccorso, sia in caso di emergenza singola, sia in caso di catastrofe e maxiemergenze.

La "mission" del Servizio di Emergenza Territoriale 118 può, quindi, essere sintetizzata con la riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza - urgenza sanitaria, attraverso l'intervento diretto e qualificato, ovvero il primo trattamento sul luogo dell'evento ed il trasporto protetto all'ospedale competente.

I recenti LEA del 2017, hanno definito, nel seguente modo, le linee di attività essenziali del servizio di emergenza territoriale, art. 7 - emergenza sanitaria territoriale:

1. *Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extraospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore.*
2. *In particolare, sono garantiti:*

- gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato,
- i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,
- le attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR),
- le attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle Regioni e Province autonome.

3. L'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuità assistenziale.

Ciò premesso, si comprende come le attività da gestire presuppongono un sistema complesso che risponde, agli utenti, con una soluzione adeguata mediante un corretto coordinamento delle risorse sanitarie e tramite un'integrazione con enti e servizi sanitari e non sanitari, presenti in ambito provinciale.

Negli anni, è inoltre cambiata anche la filosofia organizzativa dei percorsi assistenziali essendosi venuto ad affermare sempre più, il concetto di un sistema in rete, per le patologie tempo dipendenti e di maggior complessità, per le quali il modello Hub e Spoke ha dimostrato la sua validità, confermata dai successi ottenuti dall'interazione tra il Servizio "118" e la rete ospedaliera e dimostrando come due settori distinti ma operanti su procedure condivise, possono assicurare la continuità reale dell'assistenza.

Tale modello, inoltre, è in grado di offrire una gamma completa di risposte al paziente se potrà coordinarsi con le istituzioni centrali di continuità assistenziale e più in generale con la medicina di base ovvero il riferimento assistenziale per i cosiddetti "codici bianchi". Infatti, quanto previsto da una specifica conferenza Stato-Regioni, già nel 2011 e poi divenuto oggetto di uno specifico e recente documento, ovvero l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117, i cui contenuti sono nell'atto d'indirizzo per il rinnovo del contratto nazionale dei medici di continuità assistenziale dove si stabilisce che: *Occorre prevedere che a livello regionale si realizzino modelli che facilitano l'integrazione dei medici di cure primarie, operanti nelle nuove forme organizzative e in presidi che le regioni stanno sempre più strutturando per l'erogazione e il coordinamento dell'Assistenza Primaria, realizzando un modello assistenziale di facile accessibilità che garantisca la continuità dell'assistenza, assicurando a livello territoriale le competenze necessarie, per evitare l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità, promuovendo il coordinamento dei MMG e PLS e sfruttando le potenzialità delle future centrali operative 116117.*

L'attivazione del numero 116/117 si associa ad altri ed onerosi impegni che attendono il sistema sanitario dell'emergenza territoriale, ed in particolare l'attivazione del numero unico dell'emergenza europeo 112, che comporterà un rimodellamento delle procedure integrative tra tutti gli enti istituzionali (112,113,115 e 118), che a vario titolo partecipano all'attività di emergenza sul territorio. Inoltre occorre ricordare la funzione di riferimento che ogni sistema 118 ha nell'ambito della Protezione Civile e della Difesa Civile, che determina, già in tempo di pace, un lavoro di condivisione con gli altri enti provinciali e Nazionali, di procedure e modalità operative da porre in atto in occasione di maxiemergenze, catastrofi, incidenti maggiori e grandi eventi, ovvero attività che hanno accentuato la specificità del servizio di emergenza territoriale.

Dalla sua prima istituzione ad oggi, il Servizio di Emergenza Territoriale "118" ha ottenuto indubbi successi ed ha assunto una complessità ed una rilevanza tali che il modello strutturale organizzativo adottato, seppur sempre con gli stessi intenti assistenziali, si è diversificato a seconda dei bacini di utenza e di popolazione servita con la realizzazione di una Azienda specifica in due regioni (ARES 118 nel Lazio ed AREU in Lombardia), di uno specifico Dipartimento per l'Emergenza Territoriale in altre regioni (Piemonte, Liguria, ecc.) o di un'organizzazione riferita ad una Area Vasta in altre ancora (Emilia Romagna, Toscana, Molise, ad esempio). In Puglia, nel 2006, la Legge Regionale n. 26 ("Interventi in materia sanitaria") aveva definito la possibilità di un Dipartimento Regionale 118 purtroppo mai regolamentato e quindi istituito. All'epoca si delineava un dipartimento funzionale interaziendale, con la funzione di assicurare un efficace coordinamento e quindi una uniformità dei servizi provinciali. Il contesto attuale riconosce, ancora, come una necessità, l'ipotesi di un coordinamento regionale dei servizi 118 che devono avere una connotazione ed un'organizzazione di livello dipartimentale e su base provinciale. In quest'ottica si potrà realizzare anche

una struttura a configurazione "Aziendale" (AREU118), con la mission primaria di uniformare il Sistema in tutto il territorio Regionale, con la elaborazione di Linee Guida organizzative ed operative (Protocolli operativi), ovvero con la elaborazione di Processi condivisi, tendenti alla efficienza, efficacia ed economicità di un sistema, che per caratteristiche territoriali diversificate, ha bisogno di una configurazione Dipartimentale Provinciale. Un esempio pratico è dato dalla configurazione orografica della Provincia di Lecce, che per estensione territoriale e della fascia costiera (260 Km) subisce enormi fluttuazioni antropiche con necessità di rimodulare l'organizzazione nel corso dell'anno. Scenari analoghi si verificano in tutte le Province Pugliesi. L'organizzazione dipartimentale, nel rispetto delle LL.GG. emanate dall'Agenzia Regionale, assicurerebbe la giusta autonomia funzionale ed amministrativa ad una struttura destinata a governare un numero di uomini (Medici, Infermieri, Soccorritori, Tecnici ed Amministrativi) e mezzi (mezzi di soccorso e tecnologie di supporto) necessari per i servizi provinciali del 118 e del 116/117.

Nella provincia di Lecce, si può prevedere che il 118 avrà da governare almeno quanto previsto nel piano di organizzazione della rete dell'emergenza sanitaria (DGR 1933/2016): una centrale operativa, 38 mezzi di soccorso h24 per 365 gg/anno, a cui si aggiungono i mezzi di soccorso (circa undici) a supporto delle guardie mediche turlstiche per il periodo giugno/settembre ed eventualmente i mezzi e le risorse per i trasporti secondari qualora l'Agenzia Regionale intendesse attribuire anche questo compito, ovvero un ragguardevole contingente di personale formato da dipendenti, convenzionati e soccorritori delle associazioni di volontariato, superiore alle 500 unità (medici, infermieri, autisti, volontari delle associazioni convenzionate ed alcuni tecnici/amministrativi a disposizione della C.O.). Un lavoro che dovrà integrarsi con l'offerta sanitaria delle strutture ospedaliere e territoriali (MMG, CSM, SPESAL, ecc..) e con le istituzioni deputate al soccorso tecnico ed all'ordine pubblico (F.F.O., V.V.F., Polizia Municipale, Prefettura, ecc..), per le ragioni relate alle necessità di soccorsi complessi, per le esigenze dell'istituendo 112 o per motivi di Protezione Civile e Difesa Civile. Un sistema complesso, a configurazione Provinciale, destinato ad assicurare il soccorso primario, il trasporto dei pazienti candidati a trapianto d'organo e persino i trasporti secondari interospedalieri. Il 116/117 dovrà governare un numero di sedi di continuità assistenziale che attualmente, nella Provincia di Lecce, sono > di 40, nelle more di una possibile riorganizzazione territoriale, ovvero > di 100 medici della continuità assistenziale con il complesso obiettivo di uniformare le prestazioni, su base territoriale, integrando efficacemente questo servizio con le esigenze degli altri servizi sanitari provinciali ed in primis con il 118.

Per quanto attiene la tipologia del rapporto di lavoro dei Medici addetti ai mezzi di soccorso, attualmente in convenzione, si propone il passaggio di Questi al rapporto di dipendenza, per poter meglio rispondere alle esigenze del 118, che, per le precipue caratteristiche assistenziali, necessita di personale totalmente incardinato nella istituenda AREU 118. Tale passaggio si potrà attuare a richiesta da parte dei Medici interessati e previo concorso riservato.

Per quanto attiene il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato, il sottoscritto ritiene, come già verificato nella Regione Lombardia, che l'affidamento di parte dei mezzi di soccorso a questi sodalizi possa garantire certezza di efficienza dei mezzi e del personale autista/soccorritore, operatore non ancora previsto dagli attuali CCNL Nazionali. Ovviamente, bisognerà prevedere norme e regolamenti più stringenti per l'accesso al convenzionamento delle Associazioni di volontariato, al fine di evitare pericolose "derive", già verificatesi in tempi recenti (commistione tra Associazioni ed agenzie di pompe funebri).

In conclusione si sintetizzano le motivazioni che conferiscono ai Sistemi 118 Provinciali la dignità di DIPARTIMENTI PROVINCIALI:

- responsabilità giuridica di *carattere provinciale* (DPR del 27/3/1992), insistente, quindi, su *ambiti territoriali assai estesi*, per ciascuna SC, quantificabili nell'ordine di migliaia di chilometri quadrati;
- obbligo di servizio h 24 a *decine di comuni, centinaia di migliaia di potenziali utenti* (In contesto di valutazione statistica che deve considerarsi almeno triplicato durante i mesi delle stagioni estive);

- obbligo di contesto gestionale strettamente *tempo dipendente* (l'obbligo di intervento in ambito tempo dipendente – linee guida varate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 30 maggio 1992 - viene imposto dal legislatore esclusivamente al "118", esclusività assoluta, non solo in ambito sanitario ma anche relativo a qualunque altro istituto di servizio pubblico, considerato che neanche Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco e Guardia di Finanza hanno obbligo, anche per interventi di massima emergenza, di arrivo sulla scena in contesto tempo dipendente rigidamente stabilito dalle norme);
- ruolo specifico di garantire sul territorio interventi professionali di alta complessità clinico – gestionale obiettiva e con elevato rischio obiettivo di evento avverso (emergenze di qualsiasi tipologia, nel paziente adulto, pediatrico, neonatale, nella paziente gravida), su scenari a potenziale alto rischio obiettivo per i soccorritori (soccorsi su scenari a rischio evolutivo quale rischio di incendio, esplosione, inalazione di sostanze tossiche), in ambienti potenzialmente ostili (soccorsi speciali via mare e via cielo), in contesti di estrema complessità ed impegno gestionale massivo ed intensivo di Sistema (Coordinamento della Funzione 2 Metodo Augustus della risposta a Maxiemergenze, Sanità Umana e Veterinaria, Assistenza Sociale, per eventi di natura convenzionale e anche non convenzionale, emergenze, queste ultime, da minaccia NBCR);
- onere usurante di *carichi di lavoro progressivamente ingravescenti* per risposta clinica a paziente acuto, anche se non critico o potenzialmente critico, a parità di personale o con risorse di pianta organica anche fortemente diminuite, considerata la tendenza, documentata agli atti, all'aumento annuale medio delle prestazioni complessive di soccorso di almeno l'11% da parte dei Sistemi 118 regionali pugliesi, che ha raggiunto il valore medio di almeno il 15% in conseguenza della implementazione del piano di rientro con relativa chiusura degli Ospedali specificamente interessati dal riordino.

In definitiva, La Centrale Operativa – Servizio di Emergenza Territoriale 118 (SC-CO-SET 118) si distingue, pertanto, oggettivamente, per caratteristiche di complessità gestionale intrinseca di evidente valenza dipartimentale, infatti, si qualifica per l'azione di Clinical Governance della stessa, per criteri specifici di responsabilità oggettiva - h 24/365 giorni/anno - articolata con efficacia ed efficienza su base provinciale.

Pertanto, per le considerazioni tecniche dinanzi riportate, e nel dettaglio motivate, attinenti a criterio interpretativo di sintesi definibile quale *parametro di elevata complessità gestionale intrinseca di ambito territoriale provinciale*, si ritiene che il SET 118 debba essere inquadrato quale dipartimento del territorio a valenza Provinciale, raccordato con AREU118, che rappresenta l'HUB del Sistema 118 Regionale, con compiti di raccordo tra i Dipartimenti, emanazione di LL.GG., elaborazione di procedure, organizzazione generale della "logistica", verifica della qualità ed appropriatezza del servizio erogato, centralizzazione degli acquisti, stipula convenzioni con le ASS.NI di volontariato, reclutamento del personale ecc..

Questa configurazione garantirebbe la programmazione e controllo Centralizzati del Sistema 118 Regionale, con l'articolazione Dipartimentale avente compiti di gestione ed organizzazione per Aree vaste (provinciali), nel rispetto delle LL.GG. ed indicazioni operative dell'HUB Regionale (ARES118).

IL DIRETTORE CO/SET 118 TARANTO
(Dr. Mario Balzano)

IL DIRETTORE CO/SET 118 LECCE
(Dr. Maurizio Scardia)

IL DIRETTORE CO 118 FOGGIA
(Dr. Antonio Contillo)

IL DIRETTORE CO 118 BARI-BAT
(Dr. Gaetano Di Pietro)

Al Presidente della III Commissione Consiliare “Assistenza Sanitaria, Servizi Sociali”

Audizione sul DDL 157 del 02/08/2018 - “Sistema dell'emergenza-urgenza della Regione Puglia. Istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza della Puglia”.

Dott. Massimo Leone – Direttore 118 Brindisi

Si ritiene opportuno affrontare l'argomento partendo dalle problematiche che sarebbero alla base dell'Istituzione dell'AREU:

1. Problematiche strutturali

➤ Medici territoriali convenzionati

L'attuale collocazione dei medici 118 (*assistenza primaria*) rappresenta una criticità del sistema di emergenza territoriale. Il medico territoriale 118 non può essere assimilato (*anche dal punto di vista contrattuale*) al medico di base e della continuità assistenziale in quanto parte determinante della continuità assistenziale territorio-ospedale del paziente critico. Da questo punto di vista, **l'inquadramento alla dipendenza del SSN** corrisponde meglio alle esigenze operative, organizzative e giuridiche del medico 118, con particolare riferimento alla necessaria integrazione funzionale con le strutture ospedaliere di Pronto Soccorso.

➤ Mezzi di soccorso ed autisti-soccorritori

Il 118 Puglia si basa fondamentalmente sui **mezzi convenzionati con le associazioni di volontariato**. Tali mezzi garantiscono i requisiti necessari per l'efficienza del sistema di emergenza territoriale (*5 anni di immatricolazione e/o 150.000 Km*). In caso di improvvisa avaria/indisponibilità operatività del mezzo 118 primario viene garantita l'immediata sostituzione con il mezzo secondario per non determinare l'interruzione di un pubblico servizio ed inficiare la tempistica di intervento (*8 minuti in ambito urbano e 20 minuti in ambito extra-urbano, espressi in termini del 75° percentile*). Sulla base di una consolidata esperienza maturata in 16 anni di gestione dell'emergenza territoriale, non è possibile utilizzare mezzi aziendali con autisti (*non soccorritori*) per le note problematiche legate alla figura professionale dell'autista-soccorritore (*non ancora istituita nel servizio nazionale*), alle articolate procedure di acquisto dei beni mobili, alla necessità di un continuo ricambio dei mezzi (*vedi requisiti di legge sopra citati*) nonché alle significative problematiche nella manutenzione dei mezzi per continui guasti meccanici con inevitabile depauperamento della flotta mezzi.

Il mezzo 118 convenzionato con le associazioni di volontariato, quale risorsa necessaria al sistema di emergenza territoriale, comporta l'ineludibile presenza dell'autista-soccorritore e del soccorritore a bordo dei mezzi di soccorso avanzato (*equipaggio completato dal medico ed infermiere, come sancito dalla vigente normativa nazionale e regionale*). Il **soccorritore 118** in Puglia non è un “semplice” volontario. Al contrario di altre regioni, dove il singolo volontario (*a norma della legge quadro sul volontariato 266/91*) esprime la propria disponibilità per alcuni turni di servizio in ambulanza, le postazioni territoriali 118 sono garantite dalla turnazione H24 di soccorritori formati dal corso regionale di tre mesi (*50 ore di teoria + 100 ore di tirocinio pratico*). Nella nostra provincia tale personale è soggetto annualmente (*come da convenzione vigente*) all'aggiornamento obbligatorio in BLSD (*Rianimazione cardio-polmonare dell'adulto*), PBLSD (*Rianimazione cardio-polmonare pediatrica*), PTC (*Gestione del trauma extra-ospedaliero*) e Primo Soccorso ai sensi del T.U. 81/2008. Solo il possesso di tali requisiti consente l'accesso sui

mezzi di soccorso del 118, verificato quotidianamente dalla ricognizione effettuata dalla centrale operativa all'inizio di ogni turno di servizio.

Per garantire tale tipologia di servizio nel sistema di emergenza territoriale, il soccorritore a bordo dei mezzi 118 deve essere necessariamente inquadrato in un contratto di dipendenza dall'associazione di volontariato. Considerato che la vigente normativa regionale limita il numero di soccorritori dipendenti a 4 full o 8 part-time per singola postazione 118, generando situazioni altamente conflittuali (*e pesantemente sanzionate*) con l'Agenzia delle Entrate nel merito dei rimborsi forfettari ai soccorritori-volontari, **si rende necessario adeguare le convenzioni stipulate con il volontariato con un numero di 12 soccorritori-dipendenti** sia per assolvere alle necessità del servizio 118 che per garantire la trasparenza retributiva delle stesse associazioni.

In altri termini, le associazioni di volontariato convenzionate con le AASSLL della Regione Puglia devono avere necessariamente 12 soccorritori dipendenti per il servizio 118 e un numero altrettanto sufficiente di volontari per mantenere lo status della legge quadro 266/91 nel contesto della protezione civile, maxi-emergenze ed eventuale integrazione occasionale nel servizio 118 ma con il rimborso documentato delle spese effettivamente sostenute.

Da valutazioni tecniche effettuate anche in sede regionale, l'adeguamento economico delle convenzioni a supporto dei 12 soccorritori-dipendenti per singola postazione 118 sarebbe maggiormente sostenibile ed economicamente vantaggioso rispetto all'internalizzazione del servizio (*mezzi + autista-soccorritore e soccorritore*).

2. Problematiche organizzative

- Requisiti di efficienza/efficacia omogenei in ambito regionale

Il DDL 157/2018 è supportato fondamentalmente dall'evidenza di una disomogeneità del sistema di emergenza territoriale 118 che si rappresenta sinteticamente nell' **indicatore nazionale LEA C16.11 "Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso"**. L'attuale media della Regione Puglia è di 17,57 minuti. Nella provincia di Brindisi tale tempistica di intervento è di 11,55 minuti, determinato essenzialmente da una maggiore disponibilità operativa dei mezzi di soccorso conseguente ad una organizzazione aziendale basata:

- ✚ sul protocollo operativo condiviso con le UU.OO. di Pronto Soccorso, validato dalla Direzione Sanitaria, per agevolare e contenere il tempo di sbarellamento ordinariamente entro 20 minuti dall'arrivo del mezzo in ospedale;
- ✚ sul servizio di recupero presidi (*tavola spinale, collari ...*) nel Pronto Soccorso, gestito direttamente dal servizio di emergenza territoriale/centrale operativa (*presidi sanitari 118 ed operatore territoriale del 118*);
- ✚ sul protocollo dei "codici 0", per il contenimento dei tempi di stazionamento dei mezzi di soccorso a domicilio (*ordinariamente nei 20 minuti*) per codici di bassa gravità non seguiti dal trasporto in ospedale (*casistica verosimilmente riferibile alle competenze del medico di base/continuità assistenziale*).

Oltre agli aspetti organizzativi che sottendono l'indicatore C16.11 (*esemplificato con il riferimento alla provincia di Brindisi*), l'istituzione con D.G.R. del **comitato di emergenza/urgenza regionale** (5 Direttori UOC 118 + 5 Direttori UOC di Pronto Soccorso), quale tavolo tecnico integrato con il settore territoriale del Dipartimento della Salute, è stata motivata essenzialmente con l'obiettivo di elaborare e condividere gli standards essenziali di efficienza/efficacia nel settore dell'emergenza sanitaria in ambito regionale, con particolare riferimento alle reti delle patologie tempo-dipendenti.

L'omogeneità del servizio di emergenza territoriale 118 Puglia può essere garantita solo dalla definizione, attraverso il tavolo tecnico, dei requisiti essenziali di efficienza/efficacia, validati dal competente settore territoriale del Dipartimento della Salute ed emanati alle vigenti AASSLL per una puntuale applicazione con monitoraggio mediante indicatori di qualità del servizio 118.

Duole constatare che, negli ultimi anni, tale organo tecnico regionale è stato convocato raramente determinando, verosimilmente, una significativa criticità in termini di coordinamento, indirizzo programmatico e verifica di qualità del servizio di emergenza territoriale 118 a livello provinciale.

➤ Numero unico dell'emergenza – 112

L'obbligo normativo per l'implementazione del numero unico dell'emergenza – 112 rappresenta un'ulteriore problematica afferente al DDL 157/2018. Tale attivazione comporta aspetti positivi ed altri con problematiche intrinseche già palesate in ambito nazionale (*Lombardia, Lazio e Sardegna*). Tenuto conto che, **nella provincia di Brindisi, il 112 è già operativo dal 9 Dicembre 2014**, occorre precisare che l'infrastruttura dedicata con interconnessione diretta con le altre centrali operativa (*112, 113 e 115*) e la struttura CED interforze del Ministero dell'Interno consente la geolocalizzazione del chiamante. Nella nostra esperienza, tale ausilio tecnologico ha permesso di migliorare l'arrivo sul target (*luogo dell'evento*) con maggiore precisione (*vedi ad es. ambiente rurale, contrade ecc.*) e con maggiore tempestività (*indicatore C16.11*) grazie all'immediata trasmissione dei dati raccolti dalla centrale 112 a quella del 118 (*collegamento "point-to-point"*). Le problematiche palesate nelle regioni sopra-citate si riferiscono essenzialmente ad una risposta in due tempi (*centrale unica 112 e successivamente centrale 118*) con un trasmissione dei dati non tempestiva, ripetuta e quindi foriera di aumentare il tempo "dalla chiamata all'attivazione del mezzo di soccorso" e conseguentemente dilatare il tempo di soccorso sul luogo dell'evento con conseguenze potenzialmente dannose per la vita del paziente critico, con particolare riferimento alle patologie tempo-dipendenti.

Conclusioni

Sulla base delle motivazioni tecniche sopra-evidenziate, personalmente, non sono sicuro che la soluzione dell'**AREU** sia la migliore strategia regionale possibile, in quanto calata dall'alto "top-to-bottom" con un contenitore che deve essere progressivamente riempito di contenuti organizzativi e strutturali nell'arco dei prossimi 2-3 anni e con una complessa prospettiva di implementazione di una nuova ASL sul tessuto regionale di AASSLL pre-esistenti e già radicate sul territorio.

Pertanto, le AASSLL della Regione Puglia hanno già avviato, o stanno per avviare, il **dipartimento di emergenza** in ambito provinciale. Un'eventuale, chiaro ed uniforme, indirizzo programmatico regionale sulla composizione di tale dipartimento (*auspicabilmente 118 e Pronto Soccorso*) con un forte coordinamento regionale (*auspicabilmente nell'ambito del comitato tecnico dell'emergenza/urgenza*) potrebbe rappresentare una valida alternativa al modello AREU.

In ogni caso ... a fronte di un indirizzo regionale già delineato (DDL 157/2018), sono convinto che non possiamo permetterci ulteriore dilazione di tempo per affrontare e risolvere rapidamente le attuali criticità del sistema regionale 118. Probabilmente il ripristino funzionale e potenziamento del sistema già normato "bottom-to-top", che:

- parte dal basso con l'attività quotidiana del servizio territoriale su base provinciale e l'esperienza maturata in 16 anni di 118 in Puglia;

- arriva sul tavolo tecnico regionale dell'emergenza-urgenza (*comitato tecnico già istituito ma attualmente non operativo*) per l'elaborazione degli standards organizzativi ed operativi regionali;
- viene contestualmente integrato dalle valutazioni di competenza del settore territoriale del Dipartimento della Salute;
- giunge all'attenzione del decisore politico per le opportune valutazioni e provvedimenti;

potrebbe già dare una compiuta risposta alle **esigenze strutturali** (*passaggio alla dipendenza dei medici territoriali, almeno su base volontaria, con adeguamento delle vigenti convenzioni con le associazioni di volontariato per l'inquadramento di 12 soccorritori-dipendenti*) ed **organizzative** (*requisiti di efficienza/efficacia omogenei in ambito regionale e numero unico dell'emergenza-112*).

Sistema di Emergenza Territoriale 118 della Regione Puglia tra Dipartimento Regionale 118 e Azienda Sanitaria Regionale 118

Premessa

Emergenza, Urgenza e Acuzie minore

L'*emergenza* sanitaria rappresenta la condizione clinica nella quale il soggetto versa in *imminente* pericolo di perdere la vita. Richiede un intervento terapeutico immediato.

L'*urgenza* sanitaria rappresenta la condizione clinica nella quale il soggetto versa in *potenziale* pericolo di perdere la vita. Richiede un intervento terapeutico in tempi assai brevi, perché può evolvere in emergenza.

L'*acuzie minore* rappresenta la condizione clinica nella quale il soggetto percepisce e lamenta un disturbo insorto in modo improvviso che, al momento valutativo del medico, non configura un possibile pericolo di perdere la vita ma che richiede un trattamento in tempi brevi, anche se differibili.

Il Sistema dell'Emergenza

Il *Sistema dell'Emergenza Sanitaria* si compone di due ambiti gestionali differenti, con diversa specificità, afferenti a contesti normativi e giuridici differenti, pur chiamati ad una efficace integrazione funzionale, particolarmente riguardo le dinamiche di funzionamento delle reti previste per le patologie acute tempo dipendenti: il *Sistema dell'Emergenza Territoriale* (118) ed il *Sistema dell'Emergenza Ospedaliero*.

Il Sistema 118 quale Sistema Territoriale

Il Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (118)

Il *Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale*, altrimenti definito *Sistema di Emergenza Territoriale 118* (SET 118) rappresenta l'istituto del SSN, declinato gestionalmente ai SSR, che assicura, in contesto tempo dipendente, la risposta di soccorso al cittadino – utente in caso di emergenza, urgenza, acuzie minore, maxiemergenza, assistenza sanitaria a grandi eventi, assistenza sanitaria ad emergenze umanitarie, attività di trasporto urgente di organi, sangue e pazienti candidati a trapianto d'organo, nonché preposto al coordinamento istituzionale dell'insegnamento del Primo Soccorso nella Scuola Italiana (art.1, comma 10, Legge 107/ 2015).

Nei LEA il Sistema 118 è stabilito dal legislatore quale Sistema Territoriale.

In tutto il mondo il "*Prehospital Emergency System*" è un Sistema Territoriale.

SET 118 quale Struttura Complessa Provinciale

Livello di governo provinciale: il SET 118 quale Struttura Complessa Provinciale (Standard della Società Italiana Sistema 118)

Gli standard varati dalla Società Italiana Sistema 118 (SIS118) nel *Consensus Meeting* 2012, rappresentativa della maggioranza dei SET 118 italiani, attualmente in vigore, inquadrano il SET-118 quale Struttura Complessa di Sanità, caratterizzata da elevata complessità gestionale (equiparabile, in quanto *macrostruttura*, avente centinaia di unità di personale da gestire, ad un *Dipartimento del Territorio*), a conduzione unitaria, avente competenza estesa ad ambiti territoriali assai ampi, di norma a carattere provinciale, ai sensi del DPR del 27/3/1992.

La competenza territoriale su base provinciale del SET 118 è stata individuata, in linea con il dimensionamento su base provinciale di tutti gli altri corpi istituzionali dello Stato preposti alla gestione delle Emergenze (Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco) perché la più idonea ad assicurare l'ottimale gestione e funzionalità del Sistema.

La conduzione strategica, e la responsabilità conseguente di appropriatezza e di risultato (DL 502/92; DL 229/99) dell'attività, clinica ed organizzativa, della SC del SET-118 è affidata al Direttore di Struttura Complessa, definito dalla legislazione nazionale, a garanzia del cittadino – utente, e quindi individuato, su base concorsuale, quale dirigente medico esperto e competente del settore.

25 anni di storia nazionale del Sistema 118 hanno dimostrato, dati documentali alla mano, l'eccellente "tenuta" qualitativa, in termini di efficacia, efficienza ed economicità di tale modello, strutturale e funzionale, di organizzazione sanitaria (SET-118 quale Struttura Complessa Provinciale).

SET 118 quale Dipartimento Regionale

Livello di governo regionale: il SET 118 quale Dipartimento Regionale (Standard della Società Italiana Sistema 118)

L'obiettivo del Dipartimento in Sanità è aggregare la complessità, particolarmente l'alta complessità, e garantire risultati di governo clinico efficaci, efficienti, appropriati ed omogenei.

Al fine di assicurare la necessaria omogeneità e qualità del livello complessivo di organizzazione e di gestione del Sistema 118 dall'ambito provinciale a quello regionale, nel corso degli anni si è definito, attuato e sviluppato il modello di *governance* sanitaria, strutturale e funzionale, del SET-118 istituendo, a livello di numerosi territori regionali, il modello del Dipartimento Regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, articolato in ambito interaziendale (come, ad esempio, nelle regioni Liguria e Calabria e Puglia ^{legge 9 agosto 2006, N 26 art. 4 → pubblicata su Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 104 dell'11-8-2006}), il quale prevede, secondo l'attuale normativa nazionale relativa ai dipartimenti, l'aggregazione funzionale delle varie SC del SET-118 con affidamento delle funzioni apicali di Direttore del Dipartimento ad uno dei Direttori delle SC SET-118 che vi fanno parte.

Il modello del dipartimento assicura i vantaggi di seguito indicati:

- **Competenza tecnica esperta della Direzione:** è assicurata la certificazione di governo esperto del Sistema 118 da parte di un medico Direttore di Struttura Complessa SET-118 del settore, specificamente competente in materia, secondo logica unitaria di governo sanitario competente, pertinente e pienamente coerente con l'attività istituzionale del soccorso in emergenza-urgenza, che – va ribadito – è esclusiva *attività sanitaria*.
- **Governo clinico del Sistema partecipato tra gli attori:** *l'attività direzionale del Direttore del Dipartimento è supportata orizzontalmente*, nel contesto di una *visione partecipativa – indispensabile – di governo clinico delle molteplici complessità proprie della Medicina di Emergenza Preospedaliera*, dal **Consiglio di Dipartimento**, cui afferisce rappresentanza bilanciata medico-infermieristica-tecnica (ossia costituita da medici, infermieri e autisti-soccorritori) dei SET-118 costitutivi il Dipartimento. Il coinvolgimento pieno, nelle strategie di governo, della componente sanitaria e tecnica del soccorso garantisce al meglio la funzionalità del Sistema.
- **Incisiva territorialità dell'azione di governo:** l'azione complessiva di governo clinico, fondativa della responsabilità di risultato sul territorio, assicurata dal Dipartimento *regionale*, integrata tra le attività direzionali del Direttore e del Consiglio di Dipartimento assicura parametri di efficace, uniforme e capillare applicazione sui territori *provinciali* delle strategie di *"control on line"* e di *"control off line"* di Sistema.
- **Economicità:** il modello del Dipartimento Regionale 118 non richiede implementazioni di personale o di mezzi, trattandosi di attività e funzioni aggiuntive e complementari a carico degli stessi attori dei Sistemi di Emergenza Territoriale afferenti.
- **Irrinunciabilità:** qualsiasi sia il modello di Azienda Sanitaria che si intende adottare, ancor più se trattasi di Azienda Sanitaria 118 dedicata, è indispensabile che sia presente una struttura dipartimentale organicamente strutturata al livello di competenza provinciale che abbia l'autorevolezza, la responsabilità e la capacità di erogare una prestazione sanitaria adeguata e sicura, a tutela dei cittadini/pazienti e dell'Azienda stessa.

SET 118 in un'Azienda Regionale dedicata

Livello di governo regionale: il SET 118 quale Azienda Regionale (Standard della Società Italiana Sistema 118)

L'implementazione di un'Azienda Sanitaria 118 nel panorama sanitario regionale, in analogia con quanto realizzato in qualche regione italiana, per quanto ad oggi non sia supportata da evidenze e studi scientifici che ne validino l'utilità, rappresenta una scelta innovativa nel nostro mondo sanitario.

Gli aspetti che possono apparire negativi, compresa la caratteristica monosistemica e monotematica di un'Azienda 118, possono essere compensati dagli aspetti positivi se, a fianco alla gestione di carattere prevalentemente amministrativo e contabile, sia presente una forma autorevole di responsabilità e di governo clinico delle attività.

Il Sistema 118 attuale della Regione Puglia

La Qualità elevata di un Sistema 118 (*High Performance System*)

Un Sistema 118 è riconosciuto essere di elevata qualità quando è in grado di intervenire assicurando tre criteri maggiori:

- **la tempestività dell'intervento:** ossia l'arrivo degli equipaggi inviati dalla CO118 sulle situazioni cliniche di elevata criticità (codici rossi e gialli) il più precocemente possibile rispetto all'insorgenza dell'evento ed in conformità agli standard temporali di intervento previsti dalle attuali normative (8 minuti dalla chiamata in area urbana e 20 minuti dalla chiamata in area extraurbana).
- **L'appropriatezza dell'intervento di soccorso sanitario sulle situazioni cliniche di elevata criticità:** ossia l'arrivo, sulle situazioni cliniche ad elevato rischio di perdere la vita (codici rossi e gialli) di equipaggi in grado di fare diagnosi e terapia, ossia di equipaggi medicalizzati ed infermierizzati.
- **L'azione di "filtro" sulle acuzie minori:** ossia la percentuale di pazienti con acuzie minore che vengono, dall'equipaggio medicalizzato ed infermierizzato, visitati, trattati e che rimangono al domicilio, senza accedere impropriamente al Pronto Soccorso ospedaliero, producendone l'ormai insostenibile, a livello nazionale, sovraffollamento.

La qualità elevata attuale del Sistema 118 della Regione Puglia

La Regione Puglia assicura all'intera popolazione regionale un Sistema 118 che, per indicatori specifici di qualità può essere considerato, tra i migliori d'Italia, poiché si conferma, di anno in anno:

- **estremamente veloce:** con tempi di intervento in caso di situazioni cliniche di gravità assoluta, con pericolo imminente di perdere la vita (codici rossi), o di gravità intermedia, potenzialmente evolutiva nel pericolo di perdere la vita in breve tempo (codici gialli), calcolati quale media di arrivo sulla scena, sia in area urbana che in area extraurbana, di **16 minuti e 08 secondi** (intervallo velocissimo, tra i primi in Italia).
- **Appropriato riguardo l'intervento di soccorso sanitario sulle situazioni cliniche di elevata criticità:** la Regione Puglia mette in sicurezza i cittadini pugliesi mediante l'organizzazione e l'operatività di un Sistema 118 di livello prestazionale avanzato (*High Performance System*), quale determinato da uno standard di medicalizzazione e di infermierizzazione in grado di assicurare che **oltre l'85% dei pazienti in codice rosso viene assistito, in contesto appropriato di risposta tempo dipendente, da equipaggi sanitari del SET 118 aventi a bordo medico ed infermiere, ossia in grado di effettuare diagnosi e terapia potenzialmente salvavita**, dato di assoluto rilievo qualitativo a livello nazionale ed internazionale.
- **Capace di effettuare una significativa efficace azione di filtro sulle acuzie minori:** la Regione Puglia garantisce contestualmente, proprio grazie all'elevato indice di medicalizzazione e di infermierizzazione degli equipaggi di soccorso del SET 118, un modello di Sistema che svolge obiettiva e significativa azione di filtro riguardo la gestione sul territorio delle **acuzie minori** evitando, quindi, un ulteriore incremento della quota di accessi inappropriati al Pronto Soccorso, in quanto **visita, tratta e lascia al domicilio almeno il 30% di tutti i pazienti** per cui sia stato attivato l'intervento di soccorso.
- **Unitario:** tutte le decisioni a livello regionale sono state prese al tavolo tecnico interaziendale per l'emergenza – urgenza in piena concordia tra i 6 Sistemi 118 provinciali, con produzione di documenti, anche innovativi a livello nazionale, conformi peraltro agli standard societari SIS 118, approvati da AGENAS.

La Regione Puglia dispone, quindi, di un sistema 118 che può già ora porsi, dati alla mano, quale modello all'avanguardia in Italia.

La Riforma del Sistema dell’Emergenza della Regione Puglia

Il modello organizzativo

Per le ragioni sovra esposte, e motivate, si ritiene, laddove, nel momento in cui si passa nella fase realizzativa, si ravvedano spazi di possibilimodulazioni/implementazioni/correttivi del progetto regionale approvato con Delibera di Giunta Regionale.

Laddove fosse confermato il modello Aziendale, poiché, ai sensi della legislazione sanitaria vigente il modello organizzativo di una Azienda Sanitaria si struttura in Dipartimenti, si suggerisce la creazione, all’interno della Azienda, di un Dipartimento SET 118 per ciascuna provincia della regione, finalizzato ad assicurare la gestione complessa dei territori provinciali nel contesto di massima intensificazione di qualità delle strategie integrate di governo clinico – sanitario di Sistema.

L’introduzione del *modello dipartimentale provinciale*, mantenuto con le UOC Centrali Operative 118 in alcune Aziende 118 regionali (es. ARES 118 Lazio), ha consentito la salvaguardia dei livelli di efficacia e di efficienza del sistema, demandando l’organizzazione delle maxi emergenze, del servizio di elisoccorso, la qualità ed il risk management a strutture strategiche dell’azienda.

Si ritiene, pertanto, che il *modello dipartimentale provinciale* sia comunque il modello sanitario fondamentale da adottare, insieme alla estensione delle funzioni aziendali, tali da rendere il nuovo Sistema, a tutti gli effetti, elemento di innovazione e di miglioramento continuo dell’operatività, in caso di emergenza e urgenza sanitaria, a favore concreto, e di immediato accesso, dell’intera popolazione regionale.

Il Sistema 118 della Regione Puglia, potrebbe aggregare a sé le Centrali di ascolto della Continuità Assistenziale e le relative postazioni sul territorio, assieme alla gestione dei Punti di Primo Intervento Territoriali (che sarà invece necessario in alcuni casi ripristinare e comunque qualificare ulteriormente), alle funzioni di trasporto di sangue, organi, tessuti e pazienti da trapiantare nonché, previa adeguata dotazione di personale e di mezzi dedicati, al coordinamento del trasporto pazienti interospedaliero (*rete dei trasporti secondari di emergenza*).

Il Sistema Regionale, così configurato, diverrebbe in questo modo unico coordinatore a mezzo delle Centrali Operative 118, h 24, 365 giorni/anno, del fabbisogno di emergenza urgenza della popolazione, che potrebbe quindi indirizzare i flussi di richiesta sul territorio, con sostanziale miglioramento dell’assistenza nei maggiori momenti di vulnerabilità degli assistiti.

Da anni, peraltro, sono stati sperimentati software di gestione e di triage dei codici bianchi e verdi, da utilizzare nei PPIT, con risparmi sostanziosi e con una risposta efficiente ed efficace alla popolazione che agisca da ulteriore “filtro” all’indiscriminato volume di accessi impropri ai Pronto Soccorso ospedalieri.

Già la Regione Puglia dispone di numerose eccellenze nell’area della Medicina di Emergenza Territoriale 118, che vanno dalle reti STEMI alle reti integrate di diagnostica, che consentono l’indirizzo del paziente, in ambito tempo dipendente, alla struttura di miglior assistenza, al presidio ospedaliero più idoneo.

Solo nell’indispensabile valorizzazione e rinforzo della governance sanitaria, la aziendalizzazione di un Sistema 118 potrà ritenersi quale evento di innovazione altamente positivo, laddove si dimostri in grado di accogliere le necessità globali di visione e di gestione di Sistema che derivano direttamente dalle evidenze scientifiche internazionali, unitamente alla migliore esperienza maturata, a livello nazionale, di 26 anni di Storia “ipercomplessa” del 118 nazionale.

La stabilizzazione degli autisti-soccorritori

Nella necessità di varare una riforma di Sistema 118 che preveda l'impiego di personale, in tutti i ruoli operativi del soccorso, che possieda elevato livello di competenza e, particolarmente, di stabile impiego, in attesa della conclusione dei lavori, a livello governativo nazionale, correlati alla istituzione – presso il MIUR - del **profilo professionale dell'“autista soccorritore”**, unicamente grazie a cui sarà possibile bandire un concorso specifico per accedere nella Pubblica Amministrazione, si propone, ai sensi:

- dello “stato dell’arte nazionale” che vede ricompreso il 99% dei Sistemi 118 regionali del Paese;
- degli standard della Società Italiana Sistema 118 - Meeting Consensus 2012, pag.14
- del Decreto legislativo sul Terzo Settore, n° 117 del 3 luglio 2017, agli art. 57 e 36

di **confermare lo strumento della convenzione con le Associazioni di Volontariato**, che hanno dimostrato complessivamente, dati documentabili alla mano, con pieno merito, grande dedizione e grande qualità, riconosciuta a livello nazionale, in 17 anni di storia del Sistema 118 regionale pugliese, provvedendo ad autorizzare, presso le stesse:

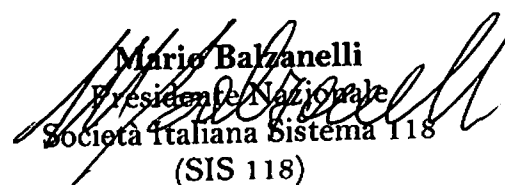
- **L’assunzione degli autisti – soccorritori per i trasporti *primari* del Sistema 118 regionale**

nonché contestualmente ad assicurare:

- la predisposizione da parte della Regione Puglia di un contratto unico per gli assunti conforme ai contratti nazionali di settore.
- La predisposizione da parte della Regione Puglia di un “nucleo” ispettivo regionale specifico, che abbia la caratteristica di comprendere al suo interno membri della Guardia di Finanza e dell’Ispettorato del Lavoro, per le verifiche, di carattere permanente e ricorrente, a livello dei territori provinciali, a garanzia istituzionale della corretta, puntuale, uniforme e stabile attuazione dei contratti stessi.

Il Dipartimento di Emergenza Ospedaliero

Poiché l’Unità Operativa della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (MECAU) è insostituibilmente, ed inevitabilmente, “al centro” della gestione di tutti i percorsi clinici, diagnostici e terapeutici dei Dipartimenti di Emergenza Ospedalieri, si ritiene, oltre che logico, indispensabile includere la stessa nel **Dipartimento Ospedaliero di Emergenza**, come peraltro chiaramente sancito dal legislatore (DM 70/ 2015), il quale deve essere necessariamente inclusivo di tutta l’“Area Critica” ospedaliera, a partire dalla MECAU, sino alle Rianimazioni, Terapie Intensive (UTIC, UTIN), alla Chirurgia di Urgenza.


Mario Balzanelli
Presidente Nazionale
Società Italiana Sistema 118
(SIS 118)



Prot. 449/2018

Bari, 9 ottobre 2018

al dott. Pino Romano
Presidente III Comm. Consiliare
Consiglio Regionale Puglia

ai Signori Componenti
III^ Commissione Consiliare
Consiglio Regionale Puglia

oggetto: audizione 17 ottobre 2018
DDL n. 157 del 02/08/2018

La FIALS Puglia pur esprimendo una valutazione positiva, in ordine al DDL 157/2018 ovvero limitatamente alla scelta politica di rispondere alla necessità di omogeneizzare l'organizzazione del Servizio 118 in ambito regionale, a partire dalla condizione lavorativa del personale autista di ambulanza delle postazioni, segnala che permangono a tutt'oggi gravi criticità nella modalità di gestione delle postazioni 118 della Regione Puglia, con connotazioni di grande discriminazione tra gli autisti delle ambulanze del Servizio 118, atteso che attualmente le postazioni sono gestite in larga parte dalle associazioni di volontariato con applicazione di diversi CC.NN.LL. e dalla SANITASERVICE ASL FG per diverse postazioni della provincia di Foggia.

Tuttavia per le motivazioni di seguito indicate, nella sua stesura attuale, il D.D.L. n. 157 del 2 agosto 2018 non può essere quindi considerato, a nostro giudizio, quale utile strumento alla soluzione delle molteplici criticità del Servizio di Emergenza Urgenza 118.

Più specificatamente riteniamo che:

- il passaggio alle dipendenze dell'AREU Puglia del personale attualmente dipendente degli Enti e Aziende del S.S.R., in servizio presso le postazioni 118, le Centrali Operative 118 e le strutture di Coordinamento presso le AA.SS.LL. deve essere volontario, prevedendo una clausola di rientro nell'azienda presso la quale il lavoratore è stato reclutato entro 12 mesi dal trasferimento alle dipendenze dell'AREU Puglia;



- dovendo essere trasferito alle dipendenze dell'AREU Puglia tutto il personale del sistema di emergenza-urgenza sanitaria della Regione Puglia ricompreso sia nella fase di allarme e di risposta extra ospedaliera (centrali operative, PPIT e postazioni 118) che nella fase di risposta ospedaliera (Pronto Soccorso) **evidenziamo la nostra netta contrarietà al trasferimento delle strutture di Pronto Soccorso**, che per la loro peculiarità devono rimanere incardinate nelle strutture ospedaliere, ma anche perché nella rete dell'emergenza-urgenza sanitaria della Regione Puglia sono ricompresi n. 4 Pronto Soccorso privati/ecclesiastici (Mater Dei/CBH Spa, Osp. Cardinale Panico, Osp. F. MIULLI e Osp. Casa Sollievo della Sofferenza), il cui personale è titolare di un rapporto di lavoro di diritto privato ed il cui reclutamento non risponde evidentemente alla vigente legislazione del pubblico impiego;
- essendo il personale medico dei P.P.I.T. e delle postazioni 118 non titolare di un rapporto di lavoro dipendente di tipo subordinato con la P.A. bensì di rapporto di lavoro di tipo convenzionale, lo stesso non può essere oggetto di trasferimento per mobilità verso l'AREU Puglia, pertanto bisognerà individuare nel DDL 157 le modalità di reclutamento.
- essendo il personale con qualifica di autista/soccorritore attualmente in servizio presso le postazioni 118 del S.S.R. della Regione Puglia, contrattualizzato con rapporti di lavoro di tipo privatistico, alle dipendenze delle Associazioni di Volontariato e della SANITASERVICE ASL FG srl, non può essere parimenti oggetto di trasferimento diretto alle dipendenze dell'AREU Puglia e **l'attuale stesura del DDL n. 157 non garantisce la garanzia occupazionale alle centinaia di lavoratori che sino ad oggi hanno operato in tale delicato servizio di emergenza.**

Per quanto sopra esposto si rende necessario emendare il DDL n. 157/2018 del 02/08/2018, atteso che l'art. 12 co. 2 prescrive che tutto il personale dovrà avere a regime un rapporto di dipendenza con il S.S.R., prevedendo:

1. l'esclusione del trasferimento all'AREU Puglia delle attività delle strutture di Pronto Soccorso pubbliche e private e del relativo personale;
2. la libertà del personale dipendente degli Enti e Aziende del S.S.R. di accettare il trasferimento alle dipendenze dell'AREU Puglia;
3. la possibilità del personale che accetta il trasferimento alle dipendenze dell'AREU Puglia di rientrare in servizio presso gli Enti e Aziende del S.S.R. dove sono attualmente in servizio entro il termine di 12 mesi dal trasferimento;
4. la regolamentazione all'interno del DDL delle modalità di acquisizione del personale da parte dell'AREU Puglia, senza rinviare a regolamenti da approvarsi da parte della Giunta Regionale dopo l'approvazione dell'atto



Aziendale da parte del Direttore Generale dell'AREU Puglia (art. 12 co. 4 DDL 157/2018).

Per quanto sopra esposto la FIALS Puglia, oltre a richiedere l'emendamento del testo del DDL n. 157/2018, ritiene nell'immediato più opportuno, attese le difficoltà giuridiche di contrattualizzazione alle dipendenze della P.A degli autisti di ambulanza del servizio 118 attualmente dipendenti delle Associazioni di volontariato, di procedere invece con l'internalizzazione del servizio erogato dagli autisti di ambulanza, attraverso l'assunzione alle dipendenze delle società in house providing del S.S.R. (SANITASERVICE srl) al pari di quanto da anni effettuato per le postazioni del Servizio 118 della provincia di Foggia, evidenziando che da ultimo la SANITASERVICE ASL FG ha bandito un avviso pubblico di selezione per l'assunzione di n. 14 soccorritori del sistema di emergenza-urgenza il cui termine di presentazione delle domande è scaduto lo scorso 14 settembre 2018.

3

Distinti saluti



massimo mincuzzi, Segretario Generale



Bari, 17 ottobre 2018.

Si ringrazia il Presidente Dott. Giuseppe Romano e i componenti della III Commissione per l'invito.

Qui si rappresentano i Comitati Regionali delle 3 organizzazioni di volontariato più rappresentative a livello nazionale: ANPAS, Croce Rossa Italiana e Misericordia che in Puglia contano circa 20.000 volontari.

Con riferimento al Disegno di Legge per la costituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza urgenza, **ci dichiariamo da subito favorevoli, senza alcuna ombra di dubbio.**

Di solito noi non siamo abituati a rilasciare interviste, comunicati stampa ed altro, anche perché per nostra natura e cultura siamo abituati – da sempre - ad operare in silenzio accanto alle fasce più deboli della popolazione. Non per questo, però, qualcuno – molti in verità – può sentirsi autorizzato ad andare ben oltre il limite del consentito, sentendosi autorizzato ad offendere la dignità della persona.

Riteniamo necessario precisare che le Associazioni di volontariato sono rappresentate da professionisti, impiegati, operatori di polizia, pensionati e operai, che mettono a disposizione il loro tempo per , il più delle volte, alle carenze dello Stato nelle sue molteplici articolazioni.

Nessuno, pertanto, può sentirsi autorizzato ad accusare alcun Presidente – o più in generale alcuna Associazione – di operare nel torbido, di rubare, di sfruttare i dipendenti, di incentivare il lavoro nero.



Nessuno, aggiungo, ancor più può permettersi di affermare che le Associazioni siano gestite da farabutti o che le stesse siano infiltrate dalla criminalità organizzata.

La Regione Puglia, che in questi venti anni ha demandato la gestione del 118 alle Associazioni, ottenendo tra l'altro il plauso per gli ottimi livelli di efficienza, ha il compito di vigilare sulla corretta gestione del servizio e di individuare quelle Associazioni che non dovessero ben gestire, estromettendole dal sistema, evitando, come spesso accaduto, inutili operazioni di "caccia alle streghe".

La Regione Puglia – nell'anno 2002 - era rimasta l'unica Regione sprovvista del servizio emergenza sanitaria 118 e ben pensò, per evitare problemi ben più gravi, di affidare il servizio alle Associazioni di volontariato la maggior parte costituite almeno negli anni 90 (10 anni prima dell'avvento del 118).

Le Associazione quindi non sono quelle che qualcuno pensa che siano; nelle associazioni ci sono tante persone che credono nel valore del volontariato; le Associazioni sono quelle che nell'agosto del 1991 erano al porto di Bari per dare soccorso alla nave Vlora giunta con un carico di oltre 20 mila profughi Albanesi; sono quelle che erano presenti sul luogo dell'incidente ferroviario avvenuto sulla tratta Andria – Corato il 12 luglio 2016; Sono quelle che durante l'eccezionale nevicata del gennaio 2017 erano lì a liberare le strade ed a portare soccorso alla popolazione; sono quelle che senza nessun rimborso hanno garantito la sicurezza in occasione delle visite di Papa Francesco a Molfetta, Bari e San Giovanni Rotondo nell'ultimo anno; sono quelle, più in generale, che accorrono sempre nel momento del bisogno. Potremmo continuare per ore perché la storia del volontariato va oltre i cento anni, senza che la Regione Puglia si sia mai preoccupata di ringraziare o elogiare chi ha fatto del volontariato la sua ragion d'essere senza chiedere alcun che in cambio.



Anche fra di noi - purtroppo – possono esserci cosiddette “pecore zoppe”, che comunque **sono presenti in ogni contesto, politica e pubblica e pubblica amministrazione, comprese!**

Nessuno però – sia esso un Politico, un Dirigente della P.A., un Sindacalista - può sentirsi autorizzato a poter discriminare i Presidenti delle Associazioni di Volontariato, il più delle volte andando oltre il limite del consentito.

Chiediamo scusa per questo passaggio. Ma visto che non ci piace rilasciare interviste o fare passerelle ci permettiamo di portare il nostro rammarico in questa commissione. Ritornando nel merito, **ribadiamo che da parte nostra non c'è alcuna preclusione alla costituzione della Azienda regionale per l'Emergenza-Urgenza**, quello che viene chiesto alla Regione è di approntare un programma chiaro su quanto intende fare, a salvaguardia delle Associazioni, dei dipendenti ed anche dei volontari che in questi anni hanno operato con encomiabile spirito di abnegazione.

CHIEDIAMO CHIAREZZA! CHIEDIAMO CHE SI FACCIA PRESTO E CHE SI FACCIA BENE!

Ed in considerazione della tempistica che si è data l'Amministrazione Regionale, chiediamo che **DA SUBITO si autorizzino le Associazioni a derogare i limiti di utilizzabilità delle Ambulanze** affinché le Associazioni stesse possano sanare i debiti contratti negli anni ed evitare di indebitarsi ulteriormente.

QUESTO PRETENDIAMO CHE VENGA ATTUATO IN TEMPI BREVISSIMI!

Di contro, saremo semplicemente costretti a difenderci.

Circa la valorizzazione del personale incardinato nelle Associazioni, siano essi dipendenti o volontari, **ci aspettiamo procedure di selezione chiare e rispettose delle norme per l'arruolamento nella Pubblica Amministrazione**. Ci aspettiamo però che la Regione Puglia individui ogni percorso possibile perché l'esperienza maturata in questi anni da tante ragazze e tanti ragazzi, non vada dispersa.



Sul punto, ci permettiamo di ricordare che la Legge Regionale n. 4 del 2010, all'art. 30, comma 6 recita: **<<Il servizio svolto dai volontari delle associazioni di volontariato convenzionate con le aziende sanitarie per il servizio di emergenza urgenza sanitaria 118 deve essere valutato nell'ambito delle selezioni di evidenza pubblica per il reclutamento di personale per il servizio di emergenza urgenza 118>>**

Concludendo, ricordiamo a beneficio dei presenti che la Regione Puglia ha di recente inteso riattivare il tavolo tecnico per <<le attività del Servizio Emergenza Urgenza territoriale>> altresì nominando i componenti.

Orbene, **quel tavolo nasce male!** Non si comprende infatti perché si sia voluto dare a quel tavolo una connotazione riferita al 118, coinvolgendo i referenti delle Associazioni, quando la Regione Puglia ha di fatto avviato l'iter per riappropriarsi della gestione del sistema estromettendo le Associazioni di Volontariato.

Chiederemo quindi di modificare le finalità di quel gruppo di lavoro che, per quanto ci riguarda, dovrà occuparsi espressamente delle tematiche generali afferenti la materia sanitaria che coinvolge le Associazioni di Volontariato (ci riferiamo, per esempio, alla riforma delle Legge Regionale sul Trasporto e Soccorso – vecchia di 20 anni).

Ringraziando la Commissione per l'attenzione dedicata, auspicando a che questo sia solo un primo contatto per l'avvio di una collaborazione proficua e costruttiva nell'interesse della comunità che serviamo ogni giorno. – Si allega cronologia dell'evoluzione normativa del SEU118 in PUGLIA.

Il Presidente Regionale ANPAS Puglia

Domenico Galizia

Croce Rossa Italiana – Com. Regionale Puglia
Segr. Regionale Gianluca Petraroli

Il Presidente Regionale Misericordia Puglia

Gianfranco Gilardi

Per i coordinamenti Provinciali OO.dd.VV.

Vito Fato

Cons. Nazionale ANPAS Pasquale Pastore

All. 1

Cronologia del Tavolo di lavoro Emergenza Urgenza fino ad oggi.

2006 la legge regionale n26 istituisce il dip regionale emergenza – (mai attuato) centrali operative provinciali, elisoccorso, soccorso in mare, assistenza dell'utente acuto/critico, regolamentazione del sistema 118,....

2008 delib. 1171 giunta regionale accoglieva la richiesta promossa dalle oo.dd.vv. che dimostravano la difficoltà a rispettare i servizi convenzionali 118 con le sole unità volontarie e, in applicazione delle norme nazionali vigenti, chiedevano il riconoscimento della possibilità di integrare i volontari con personale dipendente in numero massimo di 4 unità.

2009 assessorato sanità - proposta di attivazione del dipartimento regionale emergenza/urgenza per la codificazione unica ugualmente codificata a livello regionale e creazione di una struttura di coordinamento regionale fino a livello territoriale, con il supporto fondamentale delle associazioni di volontariato (mai attuato).

2011 DGR 1479 – richiesta delle associazioni di aumentare il numero dei dipendenti incrementando a 6 unità; approvata la richiesta delle ass.ni e viene anche data la possibilità alle AA.SS., che non siano in grado di garantire il servizio di automediche fermo restando di seguitare con la stipula di convenzioni per il SEU 118 con le stesse ass.ni vol., di fare ricorso alle ass.ni di volontariato

2011 DGR 1788 – abroga la 1479 (spending r.) per aumento dei dipendenti

DGR 2582/12 creazione di un gruppo di lavoro per monitorare fase di realizzazione di nuovo assetto 118 regionale per rivedere le norme tecniche di attuazione dei servizi di trasporto e soccorso infermi

2013 – DGR 2171 integrazione alla dgr 2582/12 inserimento di AnpAs e Misericordia all'interno del gruppo di lavoro

2014 – presso assessorato al welfare e sanità il gruppo di lavoro si incontra coordinamenti province e federazioni con discussione sui seguenti punti:

- 1. sia coordinamenti che federazioni evidenziano che il punto focale delle criticità del rapporto SEU 118 – OOddVV firmatario di convenzione è da identificarsi nel servizio di volontariato nell'ambito dei rimborsi spesa per le turnazioni del 118. Gli stessi propongono di valutare soluzioni per l'assunzione di ulteriore personale dipendente per il servizio 118 da parte delle OODDVV e di sottoporre all'ufficio governance e terzo settore la sopra indicata proposta richiedendo un parere in proposito**
- 2. Nello stesso incontro si chiede l'istituzione di un tariffario unico regionale per trasporti secondari**
- 3. Infine si chiede l'Istituzione dell'elenco regionale OODDVV abilitate ad operare nel settore emergenza urgenza. Nel contempo si chiede la creazione di un nucleo di controllo e verifica che controlli i requisiti di tali associazioni**

2017 – DGR 1171 – Regione indica a tutte le ASL di rimodulare disciplina regionale relativa alla gestione e assegnazione servizio 118

Le convenzioni non sono più concesse in affidamento diretto previsto da DGR 1479/11, ma con nuovo codice d'appalti (tramite gara)

25 Lug 2017 – ANPAS invia al Presidente Regionale e Assessore alla Sanità e a tutti i Dirigenti asl richiesta annullamento della delibera 1171/17 in prossimità dell'entrata in vigore del decreto legislativo del codice del terzo settore 106/2016 il quale prevede all'art 57 che i servizi di emergenza territoriale vengano prioritariamente affidate in convenzione alle OOddVV: nessuna risposta da parte delle istituzioni e della dirigenza.

1 Sett. 2017 ANPAS Nazionale e Comitato Regionale insieme a Mottola Soccorso fanno ricorso al TAR (vinto gennaio 2018) contro Regione Puglia e ASL Taranto per annullamento del DGR 1171/17 e della gara d'appalto europea del 16 agosto 2017 fatta da ASL Taranto, con stesse motivazioni del 25 Luglio 2017.

Gennaio 2018 – TAR Lecce si esprime sul ricorso, annullando la DGR 1171 e il Bando di Gara europeo della ASL Taranto e condannando la Regione e la ASL Taranto al rimborso delle spese processuali e al rimborso unificato

Marzo 2018 - viene creata una bozza sulla riforma dei servizi emergenza-urgenza della regione puglia che configura un nuovo assetto del SEU, mettendo fuori le OdV facendo transitare uomini e mezzi all'interno di un nuovo ente pubblico: Agenzia/Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza

Trascorsi i limiti di legge previsti di 40 gg la Regione Puglia e la ASL Taranto fanno ricorso in CdS in riferimento al Ricorso al Tar vinto a gennaio 2018 dalle OdV.

19 Giu 2018 – Con DGR 1059 la Regione Puglia revoca la DGR 1171/17 attenendosi a quanto il TAR Lecce aveva sentenziato

21 Giu 2018 – La CdS si esprime con parere negativo nei confronti di Regione Puglia e ASL Taranto, confermando la sentenza del TAR Lecce.

22 Giugno 2018 – Dopo diversi incontri delle Federazioni ANPAS CRI e Misericordia di Puglia, si invia a firma congiunta una richiesta di incontro con convocazione di tavolo tecnico per riorganizzazione del SEU con Assessore Sanità. La stessa riunione non viene attesa.

5 Lug 2018 – Le tre federazioni ANPAS CRI E Misericordia inviano a: Presidente della Giunta Regionale, Ass. alle Politiche Salute, Ass. Welfare, Prefetto di Bari, Questore di Bari, Sindaco di Bari, Organi di Stampa una missiva con la quale annullano l'attività di supporto e assistenza alla popolazione per la Visita al Santo Padre a Bari vista la rinuncia pervenuta dal Presidente Regionale all'incontro richiesto in data 22 Giugno e preso atto di alcune dichiarazioni rese dal Dott. Ruscitti in Commissione Antimafia con le quali puntava il dito contro il Volontariato Pugliese per infiltrazioni mafiose e mala gestione del SEU.

6 Lug 2018 - Grazie all'intervento del Prefetto di Bari, la Regione convoca d'urgenza le tre federazioni presso l'Assessorato alle Politiche della Salute per discutere l'annullamento del servizio suddetto. In tal luogo la Regione Puglia delega il dott. Giovanni Campobasso a discutere con le Organizzazioni. Lo stesso Campobasso ribadisce la massima fiducia nei confronti delle OOddVV che hanno sempre dimostrato grande professionalità e abnegazione nell'esercizio dei compiti loro assegnati, garantendo la piena riuscita di tutti gli eventi. Dopo ampia discussione le OOddVV, responsabilmente, prendono atto della volontà degli Organi Regionali considerato che è stato

fissato in data 27 Luglio l'incontro del Tavolo Regionale nell'ottica della redigenda legge sull'istituzione di un'Agenzia/Azienda dell'emergenza urgenza e le OOddVV dichiarano la revoca dello stato di agitazione proclamato. Le stesse OOddVV precisano che nell'incontro del 27 Luglio sia assicurata la presenza Politica oltre che Dirigenziale della Regione (resta intesa anche la contestuale costituzione di un nuovo gruppo di Lavoro).

27 Lug 2018 – Le tre federazioni sono state messe di fronte a fatto compiuto sull'Istituzione della nuova Agenzia/Azienda Regionale, escludendo di fatto gli interlocutori del volontariato.

Infine, da quanto recepito fino ad oggi, l'Ente sancisce la morte delle OOddVV che oltre ad essere impegnate in maniera quotidiana nell'Emergenza Urgenza territoriale sono parte attiva e fondamentale nel sistema di Emergenze di Protezione Civile e Sociale a carattere regionale e nazionale.

Si prevede in futuro una mancata risposta delle stesse OOddVV ad eventi di carattere emergenziale.

Ai sigg. Componenti la III Commissione Consiliare Permanente
Regione Puglia

Oggetto: Audizione del 17.10.2018 sul DDL 157 del 2.8.2018

La Fimmg definisce la sua mission nell'art. 1 del suo statuto come "tutela e rappresentanza dei medici convenzionati con il SSN".

Conseguenza a questo assunto sarebbe la non condivisione di quanto previsto dal DDL 157 del 2.8.2018 sull'istituzione dell'AREU Puglia.

Ma, in considerazione della particolarità dell'organizzazione dell'attuale SEU Puglia che prevede la coesistenza di operatori con diversi stati giuridici, Fimmg non vuole pregiudizialmente non avviare un confronto politico sindacale sul tema.

Per questo ha più volte richiesto, l'ultima l'8 agosto u.s., l'attivazione istituzionale di questo confronto, confronto che, finalmente e per la prima volta, è stato programmato per il 23 ottobre p.v., nonostante quanto riportato nella relazione tecnica di accompagnamento al DDL "dopo approfondite consultazioni con tutti gli operatori del settore".

Ma veniamo all'esame del DDL.

Fimmg non ha alcuna preclusione alla gestione del SEU da parte di un'AREU, anche se potrebbe sembrare la creazione di un altro carrozzone.

All'art. 4 nel comma 5 si fa un non appropriato riferimento alle attività svolte dalla Continuità Assistenziale, che non facendo parte del SEU non può assolutamente avere come riferimento l'AREU.

All'art. 12 nei comma 2, 3 e 4 si definisce il rapporto di dipendenza del personale nel rispetto "della disciplina nazionale in materia di accesso all'impiego nel Servizio Sanitario" e "con l'applicazione delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti per il personale del Servizio Sanitario Regionale", demandando il tutto a successivi atti della Giunta Regionale.

Sembra questa una enunciazione di principi che non può rimanere tale, dal momento che non si può non riconoscere come fondamentale il rispetto della disciplina dell'accesso. E a tutt'oggi non è dato conoscere come la Regione Puglia intenda superare questa criticità procedurale.

Nel comma 8 dello stesso articolo è previsto di "garantire l'obiettivo di incrementare il numero delle autoambulanze medicalizzate e delle automediche", obiettivo che non può non prevedere un analogo incremento dei medici in pianta organica. I PTA coincidono con gli ospedali dismessi, e quindi i PPI verranno trasformati in PPIT?

All'art. 13 nel comma 1 sono enunciati i requisiti dei medici che operano sui mezzi di soccorso, rinviando la loro disciplina a successivi atti Regionali.

Anche in questo caso si rilevano enunciazioni che non permettono una appropriata e responsabile lettura del disposto legislativo.

All'art. 16 sono enunciate le norme transitorie e nel comma 1 si mantiene il SEU attuale sino all'entrata in vigore degli atti regolamentari previsti nella lettera a del comma 1 dell'art. 13 e del comma 5 dell'art. 16.

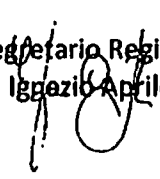
Nel comma 5 dello stesso articolo nel mentre inizialmente si enuncia che "sino alla completa attuazione del nuovo assetto previsto dal DDL i medici impiegati nel SEU 118 potranno continuare ad essere impiegati in regime di convenzione", successivamente si enunciano i requisiti dei medici necessari in prima attuazione, in contrasto con quanto previsto dall'art. 12 comma 4 e dall'art.13 comma 3, ma soprattutto in contrasto con l'iniziale riconoscimento di idoneità all'espletamento del servizio di tutti i medici impiegati.

Per quanto sopra Fimmg Puglia non ritiene che la riorganizzazione proposta nel Disegno di Legge della gestione del SEU possa rappresentare un superamento degli attuali livelli di qualità dello stesso che, a detta delle Direzioni di centrale son già ottimali, ed esprime preoccupazione per un DL che presenta numerose enunciazioni senza le conseguenti certezze applicative, quali il passaggio alla dipendenza di tutti i medici che sino all'entrata in vigore della legge avranno meritoriamente garantito l'esistenza del SEU 118 Puglia, e la progressione di carriera per i medici che transiteranno alla dipendenza nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali.

In mancanza delle dovute certezze applicative del Disegno di Legge istitutivo dell'AREU Puglia, Fimmg Puglia ritiene che lo stesso non garantisce assolutamente il superamento in senso migliorativo dell'attuale organizzazione con il cambio dello stato giuridico dei medici convenzionati.

Bari, 16 Ottobre 2018

Il Segretario Regionale
Igazio Aprile





UNIONE SINDACALE di BASE

Federazione Provinciale Foggia

COMMISSIONE III

AUDIZIONE COSTITUZIONE AREU

In via preliminare concordiamo con le intenzioni della giunta Regionale di porre fine a quella che è diventata una sperimentazione infinita, dura dal 2002, come quella del S.E.U. del 118.

Una sperimentazione che, in tutti questi anni, ha visto, secondo noi e tanti Lavoratori (e falsi volontari) del settore, quanto di peggio ci possa essere nella gestione di un servizio utilissimo alla Comunità pugliese come quello del 118.

Non possiamo accettare, infatti, che si tessano le lodi di chi, in forza di una convenzione, ha gestito, sinora, le postazioni del 118 omettendo di dire che se sino ad oggi se si è potuto svolgere il servizio lo si è potuto fare solo, ed esclusivamente, grazie all'abnegazione dei Lavoratori che spesso operano in uno stato di malessere dovuto a tanti fattori tra cui i ritardi (di mesi) degli stipendi, i continui ricatti occupazionali nel momento in cui si rivendicava un proprio diritto, tante vessazioni e formazione continua a proprie spese (anche se vi sono delle rare eccezioni).

Questi sono i motivi per cui, da anni, la USB si batte con i Lavoratori del settore affinché il S.E.U. 118 sia controllato e gestito direttamente dal SSR e concorda con la nascita dell'AREU.

Questo, però, non vuol dire che si possono accettare delle condizioni (soprattutto nella fase transitoria) acriticamente e, per questo, lasciamo a questa Commissione alcune osservazioni che, anche se non esaustive, possono essere utili non solo alla discussione odierna ma, soprattutto, ad una diversa modulazione della Legge che dia reali segnali di cambiamento in termini di servizio e, soprattutto, di tutela dei Lavoratori interessati.

Come anticipato, la USB è convinta che la fase transitoria sia importante e per noi diventa inaccettabile che questa fase sia gestita da quelle associazioni di volontariato che la stessa Giunta regionale vuole mettere fuori (giustamente) con la costituzione dell'AREU.

Infatti a cominciare dalla DGR n° 1059 del 19 Giugno 2018 "*Servizio Emergenza Urgenza 118. Modifiche e linee guida per l'affidamento e gestione di postazioni del Servizio Emergenza Urgenza 118 Regione Puglia – Revoca della Dgr n.1171/2017*", si ha l'impressione che si voglia far rientrare dalla finestra quello che si sta mettendo fuori dalla porta.

Infatti l'art.57 del DLgs 117/2017 (codice del terzo settore) parla di **possibilità** di assegnare il servizio ad associazioni di volontariato e non di **priorità di affidamento** (parola, **priorità**, che non esiste né nella Legge citata né, tantomeno, nella sentenza n°32/2018 del TAR Lecce che viene citata nella stessa delibera).

Per questo, come USB, chiediamo l'annullamento della delibera di G.R. n° 1059 del 2018, e l'affidamento (temporaneo, sino alla costituzione dell'AREU) di tutte le postazioni 118 del territorio pugliese alle Sanitaservice distribuite sul territorio sulla scorta dell'esperienza, positiva e consolidata, delle postazioni gestite da Sanitaservice ASLFG e, per questo, non valendo il nostro discorso, basta chiedere agli stessi Lavoratori e al Direttore Generale della



UNIONE SINDACALE di BASE

Federazione Provinciale Foggia

ASL FG. Il tutto in virtù, anche, della autonomia gestionale, amministrativa ed organizzativa delle stesse AA.SS.LL.

Per quanto riguarda il Disegno di Legge in discussione si chiedono le seguenti integrazioni e/o modificazioni:

art.4

c.1 - aggiungere, dopo la parola ... **urgenza sanitaria della Regione Puglia ...** , **“il personale ed i mezzi di soccorso”**,

c6 - cancellare la frase **..e privati accreditati**;

c.6 capoverso IV - eliminarlo del tutto.

Art.12

C.4 - dopo la parola AREU PUGLIA, inserire la frase: **con l'impegno di considerare, nella fase concorsuale ed in sede di punteggio finale, l'impiego nello stesso servizio e la sua anzianità, (art.30 Legge regionale n°4/2010) del personale che ha già operato nelle postazioni 118 della regione.**

Si ringrazia per l'attenzione che darete a quanto esposto.

/l'esecutivo USB Foggia

Mangia Santo