



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@ausl.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 I livello, DEA di II 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, realizza 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 (FF.O, VV.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 interospedaliere. 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 oblettiva 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 Coniglio)

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