

## 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 BLS (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.

Peraltro, 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*).