**PER UNA RIFORMA URGENTE**

**DEL SISTEMA “SALVAVITA”**

**118**

**Il dissenso rispetto alle politiche ministeriali degli ultimi anni relative al Sistema 118.**

In un momento così delicato della Sanità nazionale, in cui i piani di riordino delle reti ospedaliere hanno decretato la chiusura, l’accorpamento, la riconversione di numerosi ospedali, con rilevante contrazione del volume complessivo dei posti letto disponibili , tante volte razionando e non ottimizzando, a livello di alcuni territori regionali, le risorse disponibili in base agli effettivi fabbisogni, il Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118), su cui – di stretta, naturale e direi ovvia conseguenza - si sono inevitabilmente ed ulteriormente concentrate le richieste di soccorso da parte dell’utenza avrebbe dovuto essere, contestualmente e concretamente, potenziato e non, al contrario, depotenziato, cosa che invece è avvenuta, in modo sistematico, da parte dei governi precedenti.

**Il depotenziamento irrazionale del Sistema 118**

I vettori del depotenziamento sono stati, essenzialmente, tre: la chiusura immotivata di numerosissime Centrali Operative 118 (CO118), l’affermazione irrazionale di modelli gestionali che hanno sostituito, con costi molto maggiori, il governo sanitario del Sistema con modalità di governo amministrativo dello stesso, l’assurda, progressiva desertificazione della presenza a bordo dei mezzi di soccorso del SET 118 di personale sanitario medico – infermieristico.

**La chiusura immotivata delle Centrali Operative 118**

Le Centrali Operative 118 da 103 sono diventate 71. Un taglio pesantissimo del 31% che è rimasto tecnicamente immotivato e che non ha prodotto il risparmio di un solo euro.

Il DPR del 27/3/1992 ha istituito la competenza delle Centrali Operative 118 su base provinciale, allineando gli ambiti di competenza delle stesse a quelli dei corpi istituzionali dello Stato, quali Prefettura, Questura, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco et, che hanno carattere istitutivo definito normativamente su base provinciale. Questo modello, sostenuto peraltro da tecnologia di altissimo livello, ha funzionato egregiamente per oltre vent’anni, con costi di gestione relativamente contenuti.

Chiudendo e accorpando, senza alcuna motivazione, le Centrali Operative, si sono – di fatto - destituiti centri direzionali di responsabilità non solo non risparmiando ma addirittura spendendo sensibilmente di più (a partire proprio dalle piattaforme informatiche), con il risultato di allontanare sensibilmente il centro di responsabilità e del controllo di gestione del Sistema dagli scenari delle linee operative senza alcuna dimostrabile tipologia di guadagno, a partire dalla percezione della qualità del servizio da parte degli utenti, rispetto alle gestioni precedenti, anzi.

**L’assurda desertificazione degli organici medico – infermieristici delle postazioni del SET 118**

Il mancato rispetto da parte delle regioni della presenza di un mezzo di soccorso “avanzato” del SET 118, ossia con a bordo personale medico e infermieristico, ogni 60.000 abitanti, sancita dal DM 70/ 2015, nonché la mancanza di qualunque “attrattività” dei profili contrattuali attualmente esistenti riguardo il personale sanitario del SET, rispetto alle connotazioni oggettive delle durissime condizioni operative sul campo, dell’elevato carattere usurante dei ruoli professionali specifici, cui deve aggiungersi il “rischio ambientale” assai elevato, che esita, particolarmente in alcuni territori, anche nelle imprevedibili, violente, reiterate aggressioni al personale intervenuto, sta portando, progressivamente, alla scomparsa della figura del medico a bordo dei mezzi di soccorso del SET 118 e, più di recente, alla contestuale riduzione del personale infermieristico dedicato.

A tutto questo deve aggiungersi il non irrilevante aggravio, di carattere gestionale, secondo cui in alcune realtà regionali invece di bandire concorsi, avvisi pubblici, corsi regionale di formazione specifici, si è addirittura giunti a non prevedere nemmeno piante organiche dedicate medico – infermieristiche del SET 118 limitandosi a riempire le “esigue” turnazioni di servizio mediante ricorso a personale medico – infermieristico “prestato” a gettone, peraltro utilizzando il più dispendioso strumento remunerativo delle prestazioni aggiuntive, dai vari reparti ospedalieri.

**Le ragioni irrinunciabili dell’importanza del medico e dell’infermiere a bordo delle postazioni del SET 118**

Il medico e l’infermiere, insieme, non considerati singolarmente quanto inscindibilmente affiancati, rappresentano le uniche figure professionali in grado di effettuare, nelle situazioni in cui vi sia imminente pericolo di perdere la vita, diagnosi e terapia di emergenza potenzialmente salvavita.

In più, la presenza a bordo dei mezzi di soccorso del SET 118 del medico e dell’infermiere, come documentato a livello nazionale, consente di valutare e trattare in loco, al domicilio, le acuzie minori, impedendo l’inappropriato accesso di questa numerosissima percentuale di pazienti al Pronto Soccorso ospedaliero, facendo, in tal modo, azione significativa di qualificato, insostituibile “filtro strategico”.

La presenza a bordo del mezzo di soccorso del SET 118 di questa tipologia, completa ed insostituibile, di equipaggio sanitario dedicato all’emergenza territoriale, senza nulla levare al ruolo determinante e di grande valore svolto, in tutto il Paese, dagli autisti – soccorritori, definisce lo standard prestazionale di eccellenza e di concreta garanzia “salvavita” da assicurare alla cittadinanza nazionale, secondo proporzioni percentuali, rispetto al volume totale dei mezzi di soccorso impiegati dai SET 118 nei vari territori di competenza, che riteniamo necessario definire normativamente con nuovi, più precisi e più appropriati standard di settore.

**La necessità di uno standard prestazionale medico – infermieristico del SET 118 più elevato ed omogeneo a livello delle regioni**

Ciascun territorio regionale si è organizzato, secondo le proprie esigenze particolari, nel modo migliore per il proprio specifico contesto organizzativo.

Direi, quindi, che in caso di massima gravità, ossia di pericolo evidente di perdere la vita, e pertanto di “codice rosso”, ciascun Sistema ottiene, in virtù del proprio livello organizzativo e – di conseguenza - dei propri riscontri gestionali, risultati qualitativi tendenzialmente in linea rispetto allo stato dell’arte del settore.

Ritengo però storicamente maturo e non più rinviabile il momento di elevare al meglio possibile, per il nostro Paese, che per questo settore così drammaticamente delicato della sanità si conferma da decenni molto più evoluto rispetto a tanti altri, il livello di questo “ stato dell’arte”.

Vi sono, infatti, regioni in cui il paziente in codice rosso ha probabilità di venire assistito con percentuali statistiche molto basse da un equipaggio con a bordo medico ed infermiere rispetto ad altre regioni del Paese. Questo è assolutamente inaccettabile.

Davanti al pericolo di perdere la vita la definizione dello standard di risposta del Sistema 118 nei confronti di tutta la popolazione nazionale è, a parere personale, questione di competenza legislativa di livello nazionale, quindi intanto di stretta competenza ministeriale prima che dei percorsi istituzionali di accordo tra lo Stato e le regioni.

Più che la sottolineatura del dato rappresentato da regioni con SET 118 a bassissimo indice di medicalizzazione, preferirei citare regioni quali la Puglia ed il Molise, in cui oltre l’80% 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.

Gli standard della Società Italiana del Sistema 118 (*Meeting Consensus* SIS 118 – Roma, 3 – 4 luglio 2012) indicano che le postazioni medicalizzate devono essere previste in modo da assicurare che in caso di codice rosso, ossia di un soggetto con compromissione in atto delle funzioni vitali, quindi a rischio concreto di perdere la vita, il mezzo di soccorso con bordo medico ed infermiere arrivi nel 75% dei casi almeno entro 8 minuti in area prevalentemente urbana, entro 15 minuti in area intermedia ed entro 20 minuti in area prevalentemente rurale.

Con il nuovo ministro discuteremo intanto di questa garanzia da garantire alla tutela tempo dipendente della vita di 60 milioni di italiani.

**Il 118 in relazione al numero unico europeo per le chiamate di emergenza 112**

L’art.1, comma 2 della legislazione europea istitutiva del 112 (Direttiva 91/396/CEE), sancisce che “*il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno, parallelamente ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate*”.

La direttiva citata parla, chiaramente, di introduzione parallela e non sostitutiva del 112 rispetto “*ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate*”, quindi parallela e non affatto sostitutiva delle funzioni di accesso al soccorso sanitario mediante ricorso diretto al numero e, quindi, al Sistema 118.

Il 112 ed il 118 rimangono, pertanto, due dimensioni operative completamente differenti l’una dall’altra, trattandosi, nel primo caso (il 112), di un mero *call center* di smistamento delle chiamate per emergenze di qualsiasi tipologia alle Centrali Operative di settore (Emergenza Sanitaria, Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco etc), mentre nel secondo caso (il 118), di un sistema specifico ad elevata complessità gestionale della sanità nazionale.

La **Sala Operativa** del 118, i cui operatori sanitari non solo rispondono alle chiamate dell’utenza ma attivano contestualmente risposte terapeutiche immediate potenzialmente salvavita, declinate, a seconda dei casi, quali istruzioni prearrivo in caso di malore o di trauma, coordinando e supervisionando - in tempo reale - tutte le fasi in cui si articola ciascun intervento di soccorso, rappresenta solo una parte, strutturale e funzionale, del **centro direzionale del Sistema** 118, denominato **Centrale Operativa 118**, cui sono preposte le funzioni di direzione, coordinamento, controllo, verifica e revisione della qualità, risk management di tutte le attività di Sistema e di formazione del personale.

E’, di conseguenza, a parere personale, un macroscopico errore di appropriatezza gestionale ritenere, nel nome dei percorsi di operatività del 112, di interferire, in vario modo, con l’operatività delle Centrali Operative 118 (*influenza inappropriata del 112 sul 118*) e viceversa, ritenere, nel nome del 118, di voler interferire con l’operatività del 112 (*influenza inappropriata del 118 sul 112*).

L’obiettivo istituzionale di 112 e 118, invece, è necessariamente unico: salvare vite, nel miglior modo possibile, nel minor tempo possibile, con l’uso migliore possibile, ed istituzionalmente integrato, laddove necessario, di tutte le risorse a disposizione.

Allo stato attuale, si è coralmente al lavoro, nelle regioni in cui è attivo il 112, valorizzando al meglio tecnologia, protocolli e procedure condivise, per assicurare “modalità di dialogo” estremamente rapido tra le due Centrali Operative, ossia, concretamente, tempistiche di passaggio dell’intervento di soccorso dal 112 al 118 in tempi strettissimi.

**La necessità e la proposta di una svolta di qualità del Sistema 118 nazionale**

Riteniamo necessario, urgente, improcrastinabile rivolgere al Ministro della Salute l’appello di varare, in tempi assai brevi, con carattere di autentica priorità nell’agenda di governo, una riforma legislativa autorevole del 118 nazionale.

Proponiamo, in concreto, una riforma del Sistema 118 che consenta di assicurare, in modo omogeneo, a livello di tutti i territori regionali, pari standard qualitativi di accesso tempo dipendente alle cure e di trattamento terapeutico effettuato in tempi assai rapidi e di carattere potenzialmente salvavita in caso di emergenza sanitaria per tutti i cittadini che si trovino all’improvviso, su tutto il territorio nazionale, in evidente o potenziale pericolo di perdere la vita.

Proponiamo la definizione di standard nazionali che specifichino gli indici necessari di medicalizzazione e di infermierizzazione degli equipaggi di soccorso del SET 118, in parametro percentuale rispetto alla popolazione, in modo da garantire, nel rispetto degli standard temporali di intervento sanciti dal legislatore per area urbana ed extraurbana, il più efficace abbattimento delle morti evitabili secondarie a malore e/o a trauma nel nostro Paese.

Proponiamo l’attivazione corale urgente delle competenti organizzazioni sindacali tutte di settore, in ambito medico ed infermieristico, finalizzata alla definizione delle evoluzioni di impianto contrattuale affinchè siano comprensive di tutti i riconoscimenti incentivanti e premianti per la natura così peculiare ed obiettivamente usurante di ruolo.

Proponiamo, infine, al legislatore, per il SET 118, il varo di modello organizzativo di livello dipartimentale, declinato a livello provinciale e regionale, che si offre all’analisi ed al confronto per le documentabili connotazioni di efficacia, efficienza ed economicità gestionale, quale macrostruttura sanitaria normativamente afferente alle competenze apicali cliniche e gestionali specifiche della dirigenza sanitaria di settore, che traduce per il cittadino la migliore garanzia di appropriatezza dei percorsi e delle cure.

**Mario Balzanelli**

Presidente Nazionale SIS 118