

## Osservazioni al PEU - Piano Emergenza Urgenza - DGR 2064/2023<sup>1</sup> Cosa cambia?

### Premessa

Le prime domande che vengono spontanee sulla revisione del Piano dell’Emergenza Urgenza (PEU) sono: cosa cambia? Cosa migliora? C’è qualcosa che peggiora?

La risposta alla prima domanda - cosa cambia? - sintetizza il commento a questa revisione del PEU: in sostanza non cambia nulla.

Il fatto che cambi poco o nulla ha grande, e grave importanza, perché quello che, principalmente, non cambia è il modello che prevede una Centrale unica regionale dell’Emergenza sanitaria e il doppio passaggio di chiamata fra 112 e 118, con un operatore “laico”, non sanitario, che in prima battuta risponde a tutte le chiamate, anche a quelle rivolte alle Forze dell’Ordine e ai Vigili del Fuoco.

Nonostante le centinaia di segnalazioni di disservizi, anche gravi, che suggeriscono vi sia un problema sistemico derivante dai modelli adottati, la Regione continua a mantenerli, e ne sostiene la validità, senza portare a supporto dati congrui e trasparenti, ma solo postulando “evidenze positive” che non si sa quali siano e a chi siano evidenti.

Per il resto la revisione appare quasi vuota, mera operazione di facciata che per qualche non ben chiaro motivo si è deciso di costruire.

La programmazione e organizzazione del sistema è delegata per la quasi totalità a un nuovo organismo, il Comitato dell’Emergenza Urgenza (CEU), composto da medici e infermieri delle aziende sanitarie e presieduto dall’ARCS - Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute.

Dove invece la revisione entra nel merito, i cambiamenti introdotti sembrano minimi, a volte palesemente inefficaci per gli obiettivi che si dichiara di voler perseguire, altre volte paiono finalizzati a distribuire qualche contentino qui e là, ma non sembra che in sostanza si introducano cambiamenti di rilievo.

Che cosa migliora? Non è impossibile che in futuro qualcosa migliori, perché il CEU ha fra i propri compiti quello di fare una proposta di revisione e aggiornamento dell’assetto dei mezzi di soccorso nella regione, che forse potrebbe essere migliorativa. Però non è chiaro se vi sarà la possibilità di incrementare il numero dei mezzi di soccorso sul territorio e anzi, in alcune parti del documento sembra trasparire l’intenzione di utilizzare meno autoambulanze con personale sanitario e più autoambulanze “di base”.

Le tecnologie molto probabilmente miglioreranno, ma questo sembra scontato, dato che i mezzi, soprattutto informatici, sono enormemente evoluti rispetto al 2015, anno in cui è stato redatto il precedente PEU.

Un aspetto certamente migliorativo è il fatto che in precedenza il PEU, approvato con DGR, disponeva la precisa collocazione dei mezzi sul territorio e quindi, per spostare la postazione di un'ambulanza, sarebbe stata necessaria una delibera della Giunta Regionale. Adesso non più. Però finora delle postazioni sono state spostate senza scomodare la Giunta, quindi evidentemente il buon senso ha prevalso sul rispetto della norma.

E poi la domanda: c'è qualcosa che peggiora? E per chi?

Per i cittadini utenti del servizio, se per esempio il numero di autoambulanze con personale sanitario dovesse diminuire, potrebbe esserci il rischio di un peggioramento, perché non sembra prudente affidare di regola a personale non sanitario la maggior parte, o quasi, degli interventi di primo soccorso.

Per quanto riguarda il personale, nella revisione si insiste molto sulla necessità di far ruotare gli operatori fra COREUT e postazioni territoriali (ambulanze ed elisoccorso). Se però non si riuscirà a rendere attrattivo il lavoro nel sistema di emergenza territoriale, per gli operatori il doversi spostare in sedi anche lontane nella regione costituirebbe un'ulteriore fonte di stress, e potrebbe aumentare la fuga dal Servizio sanitario regionale, con la sanità privata pronta ad accoglierli. E questo metterebbe in ulteriore difficoltà l'intero sistema, con disagio di utenti e operatori.

Anche su questo tema forse non bisogna essere troppo pessimisti, è probabile che alla fine il buon senso prevalga sulla norma, però c'è da dire che le norme andrebbero scritte in modo da non creare queste situazioni.

Un aspetto già presente nel PEU precedente, ma che la revisione rinforza in modo peggiorativo è lo svilimento della professionalità dei medici, presenti in numero esiguo sui mezzi di soccorso e adesso operativamente subordinati agli infermieri, per i quali è previsto il ruolo di "team leader" negli interventi.

Sempre per i medici, si istituiscono delle classifiche che valorizzano alcune specialità, soprattutto Anestesia e Rianimazione, e svalorizzano altre professionalità, arrivando addirittura a suggerire di relegare i medici convenzionati che finora hanno assicurato l'emergenza territoriale a lavorare in ambulatori dedicati alle casistiche minori. Quando non solo il sistema di emergenza, ma tutta la sanità pubblica soffre della carenza di medici.

Un'ultima considerazione: da più parti nella revisione sembra emergere un pensiero obsoleto, che vede quale finalità principale del sistema di emergenza territoriale quello di portare cure avanzate al paziente nel luogo dell'evento, anche a costo di ritardare il trasporto all'ospedale. Questa filosofia sembra aver convinto anche parte della politica, tanto che ci siamo sentiti dire che con l'elisoccorso è come se fosse l'ospedale che viene portato al paziente. Da molti anni la comunità scientifica non la pensa più così, ed evidenzia invece l'importanza del fattore tempo non solo nel raggiungere il luogo dell'evento, ma anche nel trasportare il paziente all'ospedale più appropriato. Una revisione Cochrane del 2014<sup>2</sup> ha evidenziato che la mortalità per trauma aumentava quando i soccorritori

erano addestrati al soccorso avanzato (ALS). L'interpretazione degli autori era che i soccorritori ALS, non potendo ovviamente essere peggiori di quelli di base, trattenevano il paziente sul posto più a lungo per dargli le cure, ritardando così il trasporto all'ospedale. E in molti casi questo può essere ben comprensibile, se si pensa che nel trauma le emorragie spesso si possono fermare solo in sala operatoria, che la disostruzione dei vasi nell'infarto o nell'ictus si esegue solo in ambiente ospedaliero...

## Considerazioni nel dettaglio

### **La revisione e aggiornamento del Piano dell'emergenza urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia mantiene in sostanza il modello introdotto dalla Giunta Serracchiani (DGR n. 2039/2015<sup>3</sup>)**

Gli elementi principali introdotti (dal 2017) consistono in:

- creazione di una centrale unica regionale dell'emergenza sanitaria "SOES", chiudendo le quattro centrali provinciali 118 precedentemente attive;
- istituzione della centrale 112 dove un operatore "laico" risponde a tutte le chiamate di soccorso dai numeri 112, 113, 115 e 118, valuta la chiamata e la inoltra alle centrali cosiddette di secondo livello delle Forze dell'Ordine, dei Vigili del Fuoco e dell'emergenza sanitaria, oppure decide di concludere la chiamata senza alcun inoltro, esercitando un'azione cosiddetta di "filtro".

### **Mantenimento del modello della Centrale unica regionale dell'Emergenza sanitaria**

Il modello introdotto con la DGR del 2015, che ha soppresso le quattro centrali provinciali 118, viene ritenuto valido, ma non si fornisce per questo alcuna adeguata motivazione. Si afferma solo genericamente che vi sono "evidenze positive, di natura economica, di efficacia e di qualità del servizio offerto, che fanno ritenere corretta la scelta adottata con la DGR 2039/2015 di assicurare la risposta alla richiesta di soccorso tramite una sola centrale operativa regionale". Non è però riportato alcun dato riferibile a tali "evidenze", né una fonte consultabile.

La Corte dei Conti nel 2018 aveva pubblicato un'analisi<sup>4</sup> dalla quale risultava un peggioramento dei tempi di soccorso dopo il 2017, anno di introduzione in FVG del NUE 112 e della Centrale unica regionale per il soccorso sanitario. Una verifica, aperta e trasparente, dei dati degli ultimi anni sarebbe stata assolutamente necessaria per supportare la scelta di mantenere un modello che è stato da più parti contestato, sia sul piano nazionale che regionale.

Si ammette però che un punto debole è rappresentato dalla mancata conoscenza dei territori da parte degli operatori di centrale. La soluzione è individuata nella rotazione degli operatori fra centrale e postazioni territoriali. In linea teorica, questo sarebbe auspicabile, ma nella pratica si pongono molti dubbi sulla percorribilità e sull'efficacia: v. oltre.

## **Mantenimento dell'attuale modello del NUE 112 con il doppio passaggio di chiamata e l'operatore "laico" che risponde in prima battuta alle chiamate**

Nella revisione del PEU si sottolinea la validità del modello italiano per il NUE 112, nel quale un operatore "laico" risponde a tutte le chiamate di soccorso dai numeri 112, 113, 115 e 118, valuta la chiamata e la inoltra alle centrali cosiddette di secondo livello delle Forze dell'Ordine, dei Vigili del Fuoco e dell'Emergenza sanitaria, oppure decide di concludere la chiamata senza alcun inoltrato, esercitando un'azione cosiddetta di "filtro".

Il doppio passaggio di chiamata fa impiegare più tempo, costringe spesso chi chiama a ripetere le stesse informazioni, mette in attesa al telefono anche persone che chiamano in circostanze drammatiche, quali per esempio un'aggressione. Numerose segnalazioni e testimonianze hanno evidenziato negli ultimi anni questi problemi. Quali dati sono stati riportati per sostenere che i benefici di questo modello supererebbero gli svantaggi?

Viene portato unicamente il fatto che nel 2021 il 43% delle chiamate al NUE 112 sarebbe stato "filtrato", cioè non sarebbe stato inoltrato al servizio di emergenza competente, riducendo così il carico di lavoro di quest'ultimo.

Il dato è sconcertante, e il fatto che sia stato considerato in sé un importante elemento positivo nella valutazione dell'efficacia del sistema fa riflettere, e suggerisce una grande superficialità nella valutazione: in quasi la metà dei casi le persone chiamerebbero il 112 senza un valido motivo. Questo dovrebbe imporre un attento approfondimento e, come minimo, indurre una riflessione sull'efficacia della comunicazione da parte della Regione nell'informare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza.

Viene anche da chiedersi se l'azione di filtro esercitata da personale che non proviene da servizi di emergenza, ma per lo più da call center commerciali sia stata effettivamente appropriata, e se non siano state "filtrate", cioè bloccate, anche chiamate che esprimevano una reale necessità di soccorso. Non sembra sia stata condotta alcuna analisi in questo senso. Bisogna anche ricordare che nelle centrali professionali 112, 113, 115 e 118 erano impiegati operatori con lunga esperienza sul campo, ed è evidente che non è possibile dare agli operatori laici una formazione che li metta alla pari degli operatori esperti sia sanitari, che dei Vigili del Fuoco che delle Forze dell'Ordine.

Un'altra importante fonte di disservizio è il cosiddetto effetto imbuto: tutte le chiamate di emergenza sono ricevute in prima battuta dai soli 7-8 operatori della Centrale NUE 112; in caso di situazioni per i quali vi sono numerose chiamate contemporanee (grossi incendi, eventi meteorologici estesi e dannosi, ma anche "solo" le giornate di bora a Trieste) il servizio rischia di restare inaccessibile anche per decine di minuti in tutta la regione.

Questa organizzazione del NUE 112 è stabilita da disposizioni nazionali<sup>5</sup>, anche se non è stata applicata in tutte le regioni italiane. Ma la Regione non può nascondersi: verificare i risultati è comunque di sua pertinenza e, se questi dovessero (come è possibile, se non probabile vista anche l'analisi della Corte dei Conti) risultare peggiorativi, avviare un'interlocuzione con i Ministeri competenti.

## La governance del sistema - La Catena di Comando

L'organizzazione della "Catena di Comando" appare farraginoso e a volte incomprensibile.

Al vertice del sistema vi è l'ARCS che, attraverso la COREUT "assicura la direzione, il coordinamento, l'organizzazione e il monitoraggio dell'attività di soccorso extraospedaliero".

Alle Aziende sanitarie spetta "l'erogazione dell'attività di soccorso territoriale", e le Aziende sanitarie "sono titolari del rapporto giuridico-contrattuale con il personale".

1. Si istituiscono quattro strutture aziendali (verosimilmente strutture semplici) alle quali afferirà il personale dedicato all'emergenza territoriale:

- S.O. Urgenza Territoriale di ASFO;
- S.O. Urgenza Territoriale di ASUFC;
- S.O. Urgenza Territoriale di ASUGI;
- S.O. Elisoccorso di ASUFC

Non si comprende quali siano esattamente i compiti e soprattutto l'autonomia di queste strutture sanitarie, dato che le funzioni di direzione, coordinamento, organizzazione e monitoraggio sono centralizzate all'ARCS/COREUT e la gestione del personale, tranne che per l'aspetto giuridico-contrattuale, "viene esercitata in collaborazione e integrazione tra i Responsabili Medici e Infermieristici della COREUT e delle strutture di cui sopra" (v. anche punto 2).

Da notare anche il fatto che non si capisce se in queste strutture, oltre al personale infermieristico sia previsto anche l'incardinamento di personale medico (tranne forse per il responsabile), perché è previsto che i medici operanti nell'emergenza territoriale provengano dalle strutture di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza e Anestesia e Rianimazione, oppure siano medici convenzionati.

2. Si istituisce poi un Dipartimento Interaziendale Funzionale incardinato nell'ARCS, composto da COREUT e dalle quattro strutture, che ha la funzione di "assicurare l'omogeneità dell'attività erogata e l'opportuna formazione e rotazione del personale nei diversi setting operativi dell'emergenza urgenza territoriale". Quindi sarà necessario riunire il Dipartimento per compilare i turni di lavoro e il piano ferie? Inoltre, non si capisce come sarebbero distribuite le responsabilità. Chi sarebbe responsabile della corretta e adeguata copertura dei turni? O se, per esempio, un piano ferie costruito in modo imprudente dovesse portare alla scoperta dei turni, chi ne risponderebbe?

3. Il Comitato dell'Emergenza Urgenza (CEU), costituito in seno ad ARCS, comprende responsabili medici e infermieristici delle strutture del Dipartimento, rappresentanti medici e infermieristici delle Aziende sanitarie del FVG, il Direttore sanitario del Burlo Garofolo, ed è presieduto dal Direttore sanitario dell'ARCS. Quali sono i compiti? Praticamente deve occuparsi di tutto! Dalla distribuzione dei mezzi di soccorso alla definizione dei protocolli clinici e dei profili di competenza degli operatori, alla valutazione delle tecnologie e delle dotazioni dei mezzi, alla ridefinizione dei perimetri e delle tassonomie delle aree urbane ed extra urbane, ai criteri per la rotazione e la formazione del personale, all'individuazione di indicatori e al monitoraggio di questi... E' evidente che il CEU dovrà trovare al proprio esterno le competenze necessarie a molti di questi adempimenti, ma non si

comprendono i criteri con cui i componenti del CEU potranno scegliere i professionisti più adatti. Non sarebbe più appropriato se fosse l'ARCS a individuare dei "tecnici" per studiare e definire queste cose e poi condividere con i rappresentanti dei professionisti?

Una novità sta nel fatto che il CEU dovrà predisporre una proposta di revisione e aggiornamento dell'assetto dei Mezzi di Soccorso e dei Punti di Primo Intervento: in precedenza questi erano definiti dalla DGR 2039/2015, quindi per spostare una postazione di soccorso sarebbe stata necessaria una delibera della Giunta Regionale (poi gli spostamenti sono stati fatti lo stesso, senza delibere), adesso per fortuna non più. Non è però chiaro se si preveda anche la possibilità di incrementare il numero dei mezzi, ipotesi che dovrebbe essere presa seriamente in considerazione per le automediche, che attualmente di giorno sono sei e di notte quattro per tutto il Friuli Venezia Giulia!

Altri aspetti che destano perplessità sono i seguenti.

- La Direzione Centrale Salute è coinvolta solo nell'approvazione del cronoprogramma degli obiettivi del CEU (che riguardano praticamente tutti gli aspetti del soccorso territoriale), ma non nella valutazione dei documenti prodotti, che peraltro saranno vincolanti per le Aziende sanitarie.

- Se non vi fosse condivisione totale fra i componenti del CEU cosa avverrebbe? Le decisioni sarebbero prese a maggioranza? In questo caso ci si troverebbe in una situazione in cui un soggetto (CEU) sarebbe chiamato a decidere e un altro (Azienda) a gestire e ad assumersi le responsabilità. Oppure l'attività si paralizzerebbe fino al raggiungimento dell'unanimità?

- Il Comitato regionale emergenza urgenza (CREU) istituito dalla DGR n. 2039/2015 sarà mantenuto? Il motivo della perplessità sta nel fatto che le competenze del CREU si estendono anche all'emergenza/urgenza ospedaliera, mentre le strutture e gli organismi istituiti nella revisione si riferiscono solo all'emergenza/urgenza territoriale.

### **Le strutture - La Centrale Operativa Regionale per l'Emergenza Urgenza Territoriale (COREUT)**

La denominazione della centrale cambia da SORES (Sala Operativa Regionale di Emergenza Sanitaria) a COREUT (Centrale Operativa Regionale per l'Emergenza Urgenza Territoriale), aspetto del tutto irrilevante, se non per le spese che saranno necessarie per gli appalti relativi al cambio del nome su insegne, targhe e cartelli.

Non è precisato se la COREUT sia una struttura complessa. Verosimilmente lo è, come finora è stata la SORES. Non è però specificata la/e disciplina/e in cui è inquadrata, necessaria/e anche per indire i concorsi per la direzione.

Le funzioni della COREUT sono in sostanza le stesse di quelle previste per la SORES dalla DGR 2039/2015 (peraltro meglio esplicitate in quest'ultima).

Per il futuro si prevede l'evoluzione della COREUT in Command Center, "centro di comando esecutivo, ovvero un centro di ottimizzazione delle attività dotato di strumenti di supporto alle decisioni in tempo reale alimentati dai dati provenienti dagli Ospedali e dal Territorio" quali "la disponibilità, in tempo reale, di dati sanitari relativi a: pazienti, tasso di occupazione e disponibilità

di posti letto, stato di operatività e accessibilità, ad esempio, delle sale operatorie e dell'emodinamica". Queste soluzioni, si afferma, non sarebbero "ancora operative". Il monitoraggio di questi dati era già previsto per la SORES, quindi non si tratterebbe di evoluzioni innovative, ma del tentativo di mettere in atto quello che, pur previsto dal 2015, non si è riusciti finora a implementare. E' possibile che le attuali tecnologie informatiche permettano finalmente di realizzare tutto questo e di aggiungervi nuove funzioni con l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale, ma sembra evidente che, da parte degli estensori della revisione del PEU, non vi sia stato alcun "pensiero" innovativo, ma solo la ripetizione degli obiettivi del 2015, a cui si aggiunge la presa d'atto dell'evoluzione della tecnologia. Per inciso, il modello "Command Center" sarebbe previsto dalla "specificata letteratura di settore", ma non è riportata alcuna bibliografia.

Nella COREUT la presenza degli infermieri è (ovviamente) assicurata h24, quella del medico in guardia attiva h12 (8 - 20) e in pronta disponibilità nell'orario notturno 20 - 8, ma solo "a regime". Dato che sembra scontato che, con la revisione del piano, tutti gli aspetti non implementati dal piano del 2015 dovranno essere messi a regime, il fatto che qui si sia ritenuto di specificarlo desta qualche sospetto. Viene da pensare che il medico in turno alla Centrale sì, prima o poi vi potrà essere, ma senza troppa fretta.

Sembra preoccupante, e potenzialmente pericoloso, anche quanto previsto in caso di crash strutturale/tecnologico della COREUT. In sostituzione di quest'ultima si attiverebbero 5 postazioni presso l'ospedale di Palmanova e 4 presso la sede INSIEL di Trieste. Ma tali postazioni non potrebbero in ogni caso essere attivate "in tempo reale", come invece scritto nella revisione del Piano, perché lo spostamento degli operatori dalla sede della COREUT all'ospedale di Palmanova richiederebbe diversi minuti, e quello alla sede INSIEL di Trieste molto di più. Per un tempo non brevissimo, le chiamate di soccorso non avrebbero risposta, il che non sembra accettabile se solo si pensa, per esempio, alla prognosi dell'arresto cardiaco, quando per ogni minuto che passa le probabilità di sopravvivenza diminuiscono del 10%. Un modello a più centrali avrebbe invece permesso il trasferimento immediato delle chiamate, senza interruzioni.

### **Le strutture - Le Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)**

Le PET sono in pratica i punti di partenza dei mezzi di soccorso, dove i mezzi e il personale stazionano in attesa di essere attivati, e possono essere collocate presso gli ospedali o in altre sedi sul territorio.

Per le PET afferenti agli ospedali hub (Pordenone, Trieste e Udine) è previsto personale dedicato, e lo stesso per le postazioni dislocate sul territorio. Invece, le PET afferenti agli ospedali spoke sono collocate presso il Pronto Soccorso, ed è lo stesso personale del Pronto Soccorso che deve assicurare anche l'emergenza territoriale, lasciando quindi in parte "scoperto" il Pronto Soccorso. Questo tipo di organizzazione è già presente negli ospedali spoke del FVG, e probabilmente è adeguata al tipo di attività che li caratterizza, ma non è così per gli ospedali di Gorizia e Monfalcone, già ridotti dalla riforma Serracchiani a presidi di minor complessità rispetto al passato, che adesso si vedono ulteriormente declassati.

Per quanto riguarda le funzioni delle PET, nel documento è stato esteso un elenco di ovvietà (assicurare il soccorso, compilare la documentazione relativa agli interventi...) e di grossolane imprecisioni (es. relazioni con le strutture convenzionate per l'erogazione del servizio), facendo anche confusione fra i compiti delle PET e l'attività degli operatori al di fuori dai turni (es. partecipazione alla stesura dei piani di emergenza aziendali).

Anche sulla gestione del personale e dei mezzi vi sono vistose approssimazioni e imprecisioni: si afferma che le aziende sanitarie gestiscono personale e mezzi degli enti convenzionati. Questo potrà valere per alcuni aspetti (es. vigilanza sulle modalità operative), ma non è l'azienda sanitaria a retribuire il personale o a eseguire la manutenzione dei mezzi!

### **Le strutture - l'Elisoccorso**

Non vi è alcuna valutazione dell'efficacia ed efficienza del servizio, in particolare per quanto riguarda l'elisoccorso notturno e la seconda eliambulanza diurna.

### **Le strutture - I Punti di Primo Intervento (PPI)**

La normativa nazionale (DM 70 del 2015<sup>6</sup>) prevede che i PPI siano istituiti, solo in via temporanea, presso i Pronto Soccorso degli ospedali riconvertiti e trasformati in postazioni medicalizzate del 118.

Non è precisato il personale dei PPI, sembra scontato che vi sia presente il medico, ma nulla si dice del resto del personale (numero? profili professionali?).

### **Il personale: "task shifting"**

In generale, sembra evidente che si siano volute attribuire agli infermieri anche competenze e responsabilità proprie del medico, che in alcuni contesti risulterebbe addirittura subordinato operativamente all'infermiere.

1. L'ambulanza definita "di soccorso avanzato" (ALS) è il tipo di mezzo più diffuso "sul quale si fonda il sistema d'emergenza urgenza regionale". L'equipaggio è composto da "da un infermiere, un autista soccorritore, un secondo soccorritore". La Regione FVG, a partire dalla riforma Serracchiani e a continuare con l'attuale Giunta, ha voluto forzare l'interpretazione del DM 70/2015 e delle Linee guida 1/1996<sup>7</sup> e considerare autoambulanze di soccorso avanzato tutte quelle con a bordo l'infermiere, quindi la maggior parte delle ambulanze in servizio. Il medico è previsto solo sull'automedica (sei in tutto il FVG) e mai sull'autoambulanza. Altre Regioni (es. Toscana, Marche, Emilia Romagna) hanno invece definito quali mezzi di soccorso avanzati quelli con il medico a bordo, non conteggiando, ai fini del rispetto dello standard, quelli con l'infermiere. Lo standard nazionale è di 1 mezzo di soccorso avanzato ogni 60 mila abitanti per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup>. (DM 70/2015). Applicando tale standard alle ambulanze con l'infermiere a bordo, che sono storicamente e ovviamente i mezzi numericamente prevalenti, il numero di autoambulanze in FVG sarebbe stato così basso da essere ridicolo, 25 ambulanze per tutta la regione, tanto che,

adducendo improbabili “caratteristiche geomorfologiche e di distribuzione della popolazione nel territorio regionale” (neanche fossimo i soli in Italia ad avere la montagna) il numero è stato sostanziosamente incrementato a 41. Da questa discrepanza, sembra evidente che lo standard nazionale fosse volto ad assicurare un’adeguata presenza medica sui mezzi di soccorso, o quanto meno caratteristiche tali da poter definire il mezzo di “soccorso avanzato”, e in questo senso si sarebbe dovuto interpretare.

2. L’infermiere esercita attività di team leader per “gli eventi che pongono la persona in condizioni di attuale o potenziale criticità vitale”, quindi il medico risulta subordinato all’infermiere negli interventi di soccorso. Da notare che il ruolo di team leader, almeno per come è definito nei corsi di rianimazione cardiopolmonare avanzata, riveste aspetti diagnostici e terapeutici, che sono di competenza esclusiva del medico.

3. L’infermiere in turno alla COREUT assicura “l’individuazione e l’allertamento della sede ospedaliera di destinazione”, quando invece la normativa vigente (Linee Guida 1/1996) dispone che “i medici addetti all’emergenza territoriale operano la scelta dell’ospedale di destinazione”. Il che sembra anche logico e funzionale dato che il medico, oltre ad avere le competenze necessarie per fare questo, è presente sulla scena e può valutare direttamente il/i paziente/i.

4. Nella revisione del PEU l’infermiere ha fra i suoi compiti l’“erogazione di consulenza specialistica in favore di altri operatori sanitari”. Non si comprende in quali circostanze in pratica questo possa avvenire, e cosa si intenda per consulenza specialistica.

Per inciso, si osserva che alla voce “risorse umane” per l’infermiere sono elencate le competenze e le funzioni, ma si rimane molto sul vago per quanto riguarda i requisiti: “specifiche competenze in emergenza urgenza sviluppate nelle seguenti aree: PS, PET, Terapia intensiva e COREUT”, non si dice né per quanto tempo, né a chi spetta la valutazione. Per lavorare alla COREUT è necessario l’affiancamento a un tutor per un periodo che deve essere “congruo e adeguato”. Probabilmente si demanda al CEU la definizione dei profili di competenze e dei percorsi formativi.

### **Il personale - Penalizzazione di alcune specializzazioni e percorsi formativi/esperienze dei medici**

A differenza dell’infermiere, il medico per lavorare nell’emergenza territoriale deve rispondere a requisiti ancor più rigidi di quelli previsti dalla normativa. I requisiti stabiliti appaiono arbitrari e sembrano “cuciti addosso” ai medici specialisti in una o due discipline, con la conseguenza di marginalizzare chi è specializzato in discipline equipollenti o proviene da altri percorsi formativi, pur riconosciuti dalla legge.

Le specializzazioni in Anestesia e Rianimazione e Medicina di Emergenza-Urgenza sono requisiti per operare nel Sistema di Emergenza territoriale.

Invece, per chi ha una specializzazione equipollente a Medicina d’Emergenza-Urgenza e lavora in Pronto Soccorso, il direttore di questo dovrebbe certificare il possesso di “abilità tecniche specifiche” (così specifiche che non sono specificate). In sostanza, questa diventa una categoria di serie B, che contraddice il concetto, definito a livello nazionale, di equipollenza delle specializzazioni. Inoltre, è

verosimile che questo limiterà ulteriormente la possibilità di trovare medici per il soccorso territoriale, perché non sembra probabile che un direttore si azzardi a certificare “abilità tecniche” non meglio specificate, che oltretutto riguardano un’attività che non è quella della struttura che dirige.

Per operare nell’elisoccorso la specializzazione in Anestesia e Rianimazione è ritenuta requisito indispensabile, creando così una sorta di medici di serie A superiore, e questo sarebbe previsto, secondo il PEU, da “linee di indirizzo nazionali”. Le linee guida n. 1/1996 del Ministero della Sanità sono antecedenti all’istituzione della disciplina Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza (attualmente denominata Medicina d’Emergenza-Urgenza) e relativa scuola di specializzazione, che avviene nel 1997. E’ difficile sostenere che uno specialista in questa disciplina possa operare solo su gomma e non in volo, e infatti altre regioni impiegano ordinariamente questi medici sulle eliambulanze. E in ogni caso le linee del 1996 prevedono, oltre all’anestesista, la possibilità di impiegare “altro personale qualificato”.

Per il Medico dell’Emergenza Sanitaria Territoriale - Medico MEST, che è un convenzionato che ha seguito appositi corsi formativi regionali, il requisito è riconosciuto per lavorare nel sistema. Però qui andiamo in serie C: sulle automediche il medico è “preferenzialmente proveniente dalle strutture di Pronto Soccorso, Medicina d’Urgenza e Anestesia e Rianimazione”, e si suggerisce invece l’impiego del MEST (“potrà essere utilizzato prioritariamente”) nei PPI e all’interno degli Ambulatori per i codici a bassa priorità dei Pronto Soccorso. Bisogna però ricordare che i MEST hanno assicurato per molti anni, e in parte continuano ad assicurare l’emergenza/urgenza territoriale, e subiscono così un’umiliazione professionale ingiustificata.

Infine, colpisce la leggerezza con cui si sorvola sulla questione se nell’emergenza territoriale sia opportuno lavorino medici dipendenti o convenzionati; problema non marginale se si pensa che per questi ultimi era prevista la possibilità del passaggio alla dipendenza, normativa rimasta diffusamente non applicata, e che avrebbe risolto nel tempo il problema della coesistenza nel sistema di medici dipendenti e convenzionati, effettuando un passaggio graduale verso la dipendenza.

### **La rimodulazione dei mezzi di soccorso e la rotazione del personale**

Questi due temi sono fra le principali “innovazioni” apportate dalla revisione del PEU.

Sembra vi sia l’intenzione di incrementare la proporzione di ambulanze BLS. Non sembra prudente affidare di regola a personale non sanitario la maggior parte, o quasi, degli interventi di soccorso. Bisogna anche tener conto del fatto che il pericolo di errori gravi sta soprattutto nella sottovalutazione del caso, e che l’organizzazione dei servizi di emergenza proprio per questo prevede, ovviamente entro determinati limiti, un certo grado di sopravvalutazione degli eventi.

Le proposte di istituire auto infermieristiche e/o di inserire l’infermiere sull’automedica non sembrano convincenti, le modalità organizzative ipotizzate e i criteri di invio di questi mezzi appaiono piuttosto confusi.

Più in generale, l'impressione è che si cerchi di escogitare le soluzioni più improbabili, pur di non istituire quello che sarebbe logico, e che è richiesto da società scientifiche del settore (SIS 118): il soccorso avanzato è effettuato da medico e infermiere.

La rotazione del personale fra COREUT e PET avrebbe l'obiettivo dichiarato di correggere una criticità che si è immediatamente evidenziata nel 2017, quando sono state soppresse le Centrali provinciali del 118 ed è stata istituita la SORES: la mancata conoscenza del territorio da parte degli operatori della Centrale unica regionale.

E' palese che questa soluzione avrebbe un'efficacia molto limitata, perché gli operatori della COREUT conoscerebbero solamente il territorio dell'Azienda sanitaria da cui provengono, ma non gli altri. La rotazione in tutto il territorio del FVG non sarebbe pensabile: il disagio per il personale sarebbe tale da aumentare con tutta probabilità la fuga dal Servizio sanitario regionale. Anche qui, sembra proprio non si sia voluta vedere la soluzione più logica: un modello a più centrali.

Un altro obiettivo della rotazione sarebbe quello di facilitare il reclutamento di personale per la COREUT. Non se ne comprende il perché. Al contrario se, come attualmente avviene, dovesse persistere la difficoltà a reperire su base volontaria il personale per la Centrale unica regionale e si arrivasse a imporre la rotazione, verosimilmente aumenterebbe la fuga degli operatori.

### **Trasporti STAM e STEN, Programma Trapianti, Reti tempo dipendenti, Maxiemergenze**

Non è comprensibile perché si sia sentita la necessità di inserire questi capitoli, che elencano una serie di ovvietà, aggiungono poco o nulla al PEU del 2015, e demandano ad altri la pianificazione e l'organizzazione (giustamente, ma allora si sarebbe potuta risparmiare all'estensore e ai lettori qualche pagina inutile).

Sono degne di nota però l'approssimazione e la sciatteria con cui sembrano essere stati estesi questi capitoli. Per esempio, a pagina 16 si dice che il Trasporto Assistito Materno (STAM), non utilizza autoambulanze dedicate, mentre a pagina 18 si afferma che lo STAM deve essere eseguito con autoambulanze dedicate.

### **“Un aspetto di novità”: i programmi di pubblico accesso alla defibrillazione**

E' possibile, forse probabile che la gestione della rete dei defibrillatori debba essere migliorata, ma non può certo essere definita “un aspetto di novità”.

I programmi di pubblico accesso alla defibrillazione, che prevedono l'utilizzo sul territorio del defibrillatore semiautomatico o automatico anche da “laici” non sanitari, sono stati istituiti in Italia con la legge 3 aprile 2001, n. 120<sup>8</sup>. In Friuli Venezia Giulia tali programmi hanno preso l'avvio negli anni immediatamente successivi; nel 2011, con DGR 1474 la Regione FVG ha approvato un programma regionale per questo, e lo stesso PEU del 2015 affida alla Centrale operativa regionale del 118 il controllo e gestione della rete dei defibrillatori automatici esterni (DAE) presenti sul territorio.

## Monitoraggio indicatori di qualità

Sono definiti due gruppi di indicatori.

Il primo fa riferimento a indicatori derivanti dalla comunità scientifica o da progetti internazionali già conclusi<sup>9</sup>, che hanno principalmente l'obiettivo di mettere a confronto diversi sistemi di emergenza territoriale. Nella pratica, però, per la maggior parte di questi indicatori, sembra di capire che questo monitoraggio avrebbe lo scopo di confrontare fra loro le aziende sanitarie regionali, dato che non si parla di partecipazioni a progetti nazionali o internazionali. L'obiettivo potrebbe essere ragionevole, ma probabilmente necessiterebbe di qualche riflessione in più sugli indicatori utilizzati: per esempio, il numero di ore di disponibilità dei mezzi di soccorso in rapporto alla popolazione sarà automaticamente definito dalla proposta di riassetto dei mezzi di soccorso elaborata dal CEU e formalizzata da Direttore generale di ARCS, quindi non si capisce come questo possa essere considerato un indicatore di qualità da monitorare. Spiace anche constatare che si sia preso a riferimento, per valutare i tempi di soccorso nei casi più gravi, il limite temporale previsto dalla norma<sup>10</sup> di 8 minuti in ambito urbano (% di arrivi sul target entro 8 minuti), non considerando il numero di interventi effettuati in tempi più brevi; dato che nell'arresto cardiaco per ogni minuto che passa le possibilità di sopravvivenza scendono del 10%, sarebbe importante per l'emergenza sanitaria darsi l'obiettivo di arrivare, ogni volta che è possibile, in tempi più brevi del limite massimo di 8 minuti imposto dalla legge.

Il secondo indicatore, che entra più nel dettaglio sull'attività della Centrale e dei mezzi di soccorso, pur demandando al CEU l'identificazione degli specifici indicatori, definisce con precisione alcune aree di monitoraggio, aggiungendo (per fortuna) che queste potranno essere integrate o modificate. E un'integrazione sembra assolutamente necessaria, perché gli indicatori ipotizzati lasciano scoperti alcuni fra gli aspetti fondamentali per il sistema di emergenza territoriale:

- non è previsto il monitoraggio dei tempi che intercorrono fra la chiamata al NUE 112, il trasferimento di questa alla COREUT e la risposta dell'operatore della COREUT; il tempo della chiamata al NUE 112 non dipende dalla COREUT e in un certo senso è "a monte" dell'emergenza sanitaria, ma non è pensabile che nella valutazione del sistema di emergenza possa non essere preso in considerazione;
- non è previsto il monitoraggio del tempo che intercorre fra la chiamata alla COREUT e l'allertamento del mezzo di soccorso, sottraendo così alla valutazione un aspetto fondamentale dell'attività della Centrale.

Trieste, 28 febbraio 2024

Laura Stabile

---

<sup>1</sup> [http://mtom.regione.fvg.it/storage//2023\\_2064/Allegato%201%20alla%20Delibera%202064-2023.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage//2023_2064/Allegato%201%20alla%20Delibera%202064-2023.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492494/>

<sup>3</sup> [http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015\\_2039/Allegato%201%20alla%20Delibera%202039-2015.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_2039/Allegato%201%20alla%20Delibera%202039-2015.pdf)

---

<sup>4</sup> [https://laurastabile.it/wp-content/uploads/2018/10/fto033\\_sanita\\_2014-2017\\_completa\\_7\\_2\\_18\\_12\\_23\\_28\\_PM-2.pdf](https://laurastabile.it/wp-content/uploads/2018/10/fto033_sanita_2014-2017_completa_7_2_18_12_23_28_PM-2.pdf)

<sup>5</sup> [https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-03/nue\\_112\\_disciplinare\\_tecnico\\_operativo\\_17\\_luglio\\_2018.pdf](https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-03/nue_112_disciplinare_tecnico_operativo_17_luglio_2018.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>

<sup>7</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986&atto.tipoProvvedimento=COMUNICATO](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986&atto.tipoProvvedimento=COMUNICATO)

<sup>8</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-04-14&atto.codiceRedazionale=001G0173](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-04-14&atto.codiceRedazionale=001G0173)

<sup>9</sup> [https://academic.oup.com/eurpub/article/13/suppl\\_3/85/433224](https://academic.oup.com/eurpub/article/13/suppl_3/85/433224)

<sup>10</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-05-30&atto.codiceRedazionale=092A2542&tipoSerie=serie\\_generale&tipoVigenza=originario](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-05-30&atto.codiceRedazionale=092A2542&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario)