

# RIFORMA INDIFFERIBILE

Quanto funziona in Italia il servizio di emergenza preospedaliera 118? Impossibile rispondere, a meno che ci si riferisca alla dimensione regionale del servizio che le Amministrazioni regionali hanno, chi più chi meno, sotto controllo

---

di CRISTINA CORBETTA

## Le chiamate alla centrale operativa del 118, e il numero di interventi, di missioni e di assistiti Anno 2020

**M**a se si vuole parlare del “118 italiano” un giudizio è davvero difficile. Perché lo stesso sito del Ministero della Salute alla voce “attività del 118” riporta dati aggiornati al 2016. Peggio ancora per i dati sull’attività delle Centrali Operative, fermi all’ultimo aggiornamento del 21 gennaio 2013, così come i dati sui mezzi di soccorso.

I dati aggiornati sono quelli dei cosiddetti Flussi Emur, ovvero la griglia che il Ministero della Salute utilizza per valutare i Lea, i Livelli essenziali di assistenza, di cui il 118 fa parte. **Panorama della Sanità ha potuto avere accesso a questi dati e il quadro che ne esce è di un certo interesse** per un legislatore che avesse in programma di mettere mano alla riorganizzazione di un servizio che ha dimostrato, anche in questi mesi di pandemia, di essere cruciale per la salute del cittadino. I dati Emur 2020 dipingono un’Italia a molteplici velocità, con una costante frattura tra nord e sud: ad esempio i dati relativi all’intervallo di tempo

Indicatore 118 - Periodo di riferimento 2019 vs 2020									
Codice Regione	Descrizione Regione	Chiamate 2019	Chiamate 2020	Interventi 2019	Interventi 2020	Missioni 2019	Missioni 2020	Assistiti 2019	Assistiti 2020
010	PIEMONTE	435.880	45.9514	381.973	363.283	412.336	391.896	383.830	364.760
020	VALLE D'AOSTA	29.758	38.156	11.447	12.649	11.741	13.418	11.181	12.649
030	LOMBARDIA	1.134.177	1.208.423	820.134	804.103	902.777	875.821	812.024	794.689
041	PROV. AUTON. BOLZANO	61.621	59.356	41.507	37.270	40.601	36.385	41.259	37.024
042	PROV. AUTON. TRENTO	50.218	71.783	34.546	43.283	33.989	41.595	32.845	40.867
050	VENETO	700.392	744.147	340.455	284.869	328.523	283.425	329.383	289.891
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	294.769	318.783	85.326	77.344	81.024	73.500	80.446	72.398
070	LIGURIA	642.824	655.918	163.392	161.709	164.868	163.118	164.468	163.008
080	EMILIA ROMAGNA	464.613	444.561	458.595	436.040	527.073	496.869	463.289	440.950
090	TOSCANA	821.205	821.842	452.675	385.567	504.454	433.331	464.179	388.021
100	UMBRIA	114.130	98.057	64.335	44.257	63.936	44.040	63.559	43.841
110	MARCHE	238.052	230.552	141.147	122.698	165.543	143.374	141.708	122.134
120	LAZIO	548.156	57.2859	418.984	373.203	42.5236	375.870	427.530	384.417
130	ABRUZZO	217.680	25.6598	79.458	77.821	77.057	75.420	78.537	76.429
140	MOLISE	29.737	28.938	24.301	21.660	2.4001	21.247	24.433	21.680
150	CAMPANIA	725.028	833.258	301.685	292.731	288.448	270.039	289.855	270.922
160	PUGLIA	340.852	31.4276	340.432	313.823	343.334	314.501	337.648	309.341
170	BASILICATA	69.930	96.726	52.577	42.436	55.727	42.595	52.490	41.717
180	CALABRIA	62.347	13.711	44.860	11.651	43.269	11.386	43.191	11.392
190	SICILIA	444.699	469.147	296.673	296.774	280.808	274.313	282.802	273.834
200	SARDEGNA	18.436	38.942	18.436	38.941	18.911	39.373	18.622	39.252
<b>Totale</b>		<b>504</b>	<b>7.775.547</b>	<b>4.572.938</b>	<b>4.242.112</b>	<b>4.793.656</b>	<b>4.421.516</b>	<b>4.543.279</b>	<b>4.199.216</b>

trascorso tra la chiamata e l’arrivo in posto del mezzo di soccorso mettono ai primi posti Toscana, Emilia Romagna e Liguria con 18 minuti, seguiti da Friuli Venezia Giulia e Lombardia, con 19 minuti. Ultimi in classifica Basilicata (30 minuti), Calabria e Molise (29 minuti), Sardegna (28 minuti) e Valle d’Aosta (27 minuti). Da segnalare che, rispetto all’anno precedente, nell’anno della pandemia pressoché tutte le regio-

ni fanno registrare valori peggiori.

**La dicotomia nord-sud è evidente anche nel numero di chiamate per mille abitanti**, alto in Valle d’Aosta, Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Toscana, e molto più basso in Calabria, Sardegna, Puglia e Molise. Tra l’altro, in queste ultime quattro regioni non c’è stato un aumento del numero complessivo delle chiamate rispetto al

Serve una corretta ed efficace riforma del 118, un servizio che è stato ed è in prima linea ogni giorno, anche e soprattutto in questo periodo di pandemia. Un sistema così importante da essere inserito nei Lea ma declinato nelle varie Regioni con una sostanziale disomogeneità operativa, organizzativa e gestionale.



“ UN QUADRO A TINTE VARIEGATE DEI VARI 118 ITALIANI ”

2019 o al 2018, mentre al nord il Covid ha fatto segnare un sensibile incremento. E ancora: al nord la percentuale dei pazienti portati in ospedale rispetto al numero delle missioni è maggiore che in quasi tutte le regioni del sud, mentre il rapporto si inverte se si esamina il numero di interventi per patologia Fhq (arresto cardiocircolatorio, sindrome coronarica acuta, insufficienza respiratoria acuta, ictus, trauma) ef-

fettuati con mezzo di soccorso avanzato rispetto al totale degli interventi Fhq, che sono pari al 100% in Molise, Marche, Lazio e Trentino; percentuali più basse in Lombardia (61%), Friuli Venezia Giulia (65,5%), Valle d'Aosta (40,9%).

I numeri dei dati Miur, e la recente indagine comparativa di Fiaso che evidenzia un quadro a tinte variegate dei vari 118 italiani, imporrebbero che la politica si facesse carico dell'elaborazione di un sistema omogeneo

Nel 2019, a far luce sui dati nazionali ha provato, in parte, anche il secondo Laboratorio Fiaso (la Federazione di Asl e Ospedali), con una ricerca che si è concentrata sui modelli organizzativi delle centrali operative 118, del trasporto sanitario su gomma e dell'elisoccorso, e ha coinvolto 12 Regioni:

Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Puglia, Sicilia e Sardegna.

"La ricerca - scrivevano i relatori del Laboratorio - ha evidenziato problematiche significative nel rilevare in modo omogeneo il costo di funzionamento dei differenti sistemi". Ma ancora prima dei costi, Fiaso segnalava l'estrema disomogeneità dei modelli: diverse le tipologie di personale utilizzato sui mezzi di soccorso, diverso il numero delle postazioni in relazione al numero degli abitanti. Differente anche il modo di gestire le chiamate, visto che nelle Aziende con maggior numero di addetti le attività di risposta telefonica e quella di dispatching (ovvero la valutazione del caso e la gestione dell'invio dei soccorsi) sono affidate a operatori diversi, mentre nelle centrali di minori dimensioni il medesimo personale gestisce l'intero processo. E poi: nel 2019 il monitoraggio della disponibilità di posti letto negli ospedali era garantito sistematicamente solo nel 75% dei casi e la trasmissione degli Ecg ai reparti specialistici era garantita sistematicamente nel 60% dei casi.

## I PUNTI CARDINE

**"Al Set 118 occorrono medici che mantengano una quota parte di attività lavorative anche nei Pronto Soccorso e nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali, pena la perdita di quelle skill indispensabili per mantenere le competenze che possono e devono garantire un servizio 118 di qualità". Non usa mezzi termini Alessandro Vergallo, presidente dell'Aaroi-Emac, il sindacato di riferimento dei Medici di questi due settori dell'emergenza ospedaliera. È più che mai convinto che la riorganizzazione del sistema di Emergenza e Urgenza Territoriale 118 debba recuperarne la caratteristica di sistema preospedaliero, strettamente correlato con tali settori, che tanta importanza hanno dimostrato di avere anche nella gestione dell'emergenza pandemica da Covid-19.**



Alessandro Vergallo

**Dottor Vergallo, questo concetto di integrazione è contenuto in un recente documento sottoscritto da otto tra società scientifiche dell'emergenza e sigle sindacali; dunque siete in tanti a pensarla così?**

Siamo in tanti, per fortuna. Questo documento intersocietario, che mette

in evidenza i punti cardine per una vera riforma del sistema dell'emergenza, è frutto di una condivisione interdisciplinare e multiprofessionale di tutte le Associazioni e le Società più rappresentative dei professionisti che operano nel Set118, talmente ampia che i decisori politici dovrebbero tenerne debito conto. Oggi più che mai è necessario definire su base nazionale i criteri in base ai quali è urgente riformare il Set118, partendo da alcuni punti fermi.

**Ad esempio?**

Il 118 non è un ufficio di collocamento per medici in cerca di occupazione per non aver trovato sbocchi lavorativi nel settore della

medicina di famiglia, o nelle più varie discipline specialistiche ospedaliere lontane dai soli due settori che affrontano quotidianamente le vere emergenze, vale a dire i Pronto Soccorso e le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione. Oggi ci sono interi territori regionali o provinciali in cui il Set118, per le caratteristiche di formazione professionale dei medici che vi operano, è di fatto qualcosa di simile alla cosiddetta "Continuità Assistenziale", vale a dire quella Guardia Medica che ha invece il compito, altrettanto importante ma diverso, di vicariare la Medicina di Famiglia di notte e nei giorni festivi, mentre invece un Set118 di qualità necessita di professionisti in grado di operare sul territorio utilizzando skill e tecnologie tipicamente ospedaliere: basti pensare, per esempio, alle tecniche di rianimazione avanzata, che necessitano di intubazione tracheale, accessi venosi anche centrali, somministrazioni di farmaci le cui caratteristiche sono tipicamente ospedaliere, come i sedativi più potenti e i curari. E poi è improcrastinabile un sistema unico nazionale di monitoraggio della

qualità delle prestazioni erogate da tutti i Sistemi Locali di Eu Territoriale, che consenta di valutarne le performance non solo limitatamente ai tempi di arrivo sul posto e di ospedalizzazione dei pazienti, ma anche e soprattutto in relazione alla complessità e all'efficacia delle manovre di soccorso prestate prima dell'ospedalizzazione.

**Si sta definendo un nuovo Disegno di legge sul 118, alternativo al Ddl Castellone. Qual è la valutazione dell'Aaroi-Emac?**

Il Ddl Castellone muove dall'esigenza di riformare il sistema ma presenta punti di grande criticità. Crediamo che la strada da percorrere sia diversa e abbiamo indicato i punti sui quali occorre un confronto realmente costruttivo finalizzato alla qualità del Servizio; non a caso il dibattito che ha fatto nascere il nuovo Ddl ci ha visto tra i principali protagonisti, insieme alle società scientifiche che rappresentano praticamente tutto il mondo dell'emergenza.



almeno nelle sue linee di base, visto che dal lontano 1992, anno in cui è nato il 118, più volte si è sentita l'esigenza di aggiornare la normativa alla luce dei numerosi cambiamenti del mondo del soccorso preospedaliero: ma si conoscono tutti i modelli regionali esistenti? Si ha la possibilità di compararli e di comparare i loro costi standard per elaborare un unico modello virtuoso? Non è un caso che il Disegno di legge 1715 del 2019, recente tentativo di mettere mano alla complessa materia del soccorso sanitario preospedaliero, che porta come prima firmataria l'on Castellone dei 5stelle, ha visto un'alzata di scudi generale da parte del mondo delle Associazioni scientifiche e dei sindacati, a parte la Fnomceo e la Società italiana Sis118. Motivo? Il Ddl non partirebbe da una reale conoscenza e condivisione delle informazioni

relative alle varie realtà italiane, non si basa su dati oggettivi e propone un modello superato. "Ancora una volta, qualcuno pone sul tavolo della politica il suo modello, in solitaria, senza un reale confronto preventivo con tutti gli interlocutori – sostiene Roberto Romano, presidente Sietet –. Il rischio è di arrivare a una riforma più cosmetica che sostanziale, proprio perché non condivisa a priori". Da parte loro, i medici dell'Emergenza e Urgenza ribadiscono di puntare sulla figura del medico di 118 integrato con l'ospedale: "Crediamo fermamente nel medico unico dell'Emergenza territoriale – sottolinea il presidente della Simemu Salvatore Manca –. L'obiettivo deve essere quello di puntare al superamento della dicotomia tra medico e infermiere



**“ IL PERSONALE DEL 118 DEVE ESSERE “DEDICATO” AL SOCCORSO PREOSPEDALIERO? ”**

## Il numero di chiamate annuali per 1.000 residenti differenziato per tipologia richiedente e tipo chiamata Anno 2020

Regione / Provincia autonoma	N. Chiamate	Popolazione	Indicatore
010 - PIEMONTE	459.514	4.311.217	107
020 - VALLE D'AOSTA	38.156	125.034	305
030 - LOMBARDIA	1.208.423	10.027.602	121
041 - PROV. AUTON. BOLZANO	59.356	532.644	111
042 - PROV. AUTON. TRENTO	71.783	545.425	132
050 - VENETO	744.147	4.879.133	153
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	318.783	1.206.216	264
070 - LIGURIA	655.918	1.524.826	430
080 - EMILIA ROMAGNA	444.561	4.464.119	100
090 - TOSCANA	821.842	3.692.555	223
100 - UMBRIA	98.057	870.165	113
110 - MARCHE	230.552	1.512.672	152
120 - LAZIO	572.859	5.755.700	100
130 - ABRUZZO	256.598	1.293.941	198
140 - MOLISE	28.938	300.516	96
150 - CAMPANIA	833.258	5.712.143	146
160 - PUGLIA	314.276	3.953.305	79
170 - BASILICATA	96.726	553.254	175
180 - CALABRIA	13.711	1.894.110	7
190 - SICILIA	469.147	4.875.290	96
200 - SARDEGNA	38.942	1.611.621	24
<b>ITALIA</b>	<b>7.775.547</b>	<b>59.641.488</b>	<b>130</b>

**Centrali 112** Un'indagine della Siems, nel settembre 2020, ha rivelato che in tutta Italia le Centrali del numero unico 112 si stavano attrezzando per far fronte a un eventuale aumento di chiamate. Più personale dedicato e misure organizzative ad hoc.



dell'Emergenza-Urgenza ospedaliero e quello territoriale e non generare ulteriore frammentazione".

Di certo questo è uno dei punti cruciali: il personale del 118 deve essere "dedicato" al soccorso preospedaliero, come prevede il Ddl 1715, o deve integrarsi nell'ospedale? La domanda appare centrale per poter avviare una programmazione a livello gestionale e organizzativo, e su questo tema si giocherà la par-

tita anche politica. Un risultato però è già stato raggiunto, dal momento che, a riprova del fatto che la questione è di grande interesse, tutte le Società scientifiche dell'emergenza hanno iniziato a lavorare insieme, confrontandosi sui temi di fondo di una possibile rivisitazione del sistema. Aaroi-Emac, Acemc, Aniarti, Cosmeu, Siarti, Siems, Siiet e Simeu hanno infatti costituito **un gruppo di lavoro con l'obiettivo di proporre**

**una proposta alternativa al Disegno di legge Castellone e hanno redatto un unico documento condiviso. Quattro i punti qualificanti di questa proposta:**

- 1) il superamento della frammentazione dei modelli gestionali parcellizzati a livello provinciale o addirittura locale;
- 2) la valorizzazione e la qualificazione delle competenze di tutte le figure professionali sanitarie ma anche

- di quelle tecniche e volontaristiche;
- 3) la definizione di un sistema unico nazionale di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate e del finanziamento del sistema di Eu territoriale, che consenta una valutazione oggettiva dei vari sistemi regionali;
  - 4) la progressiva estensione del Nue 112.

L'ultimo atto porta la data del 17 marzo 2021: nella riunione delle Commissioni Riunite (XII Camera e 12a Senato), alla presenza del ministro della Salute Roberto Speranza, Maria Cristina Cantù, vicepresidente leghista della Commissione Sanità del Senato ha definito il sistema dell'Emergenza Urgenza come un sistema la cui riforma è indifferibile, e la strada da tracciare è quella dell'integrazione tra territorio e ospedale, anticipando tra le righe un nuovo progetto (disegno di legge?) fondato sui punti già espressi nel documento intersocietario citato. Sarà questo il modello? Se sì, è eccessivo chiedere che venga resa pubblica una raccolta dei dati e delle best practice, e avviato un confronto autorevole e sereno sui numeri reali a livello nazionale?