Federconsumatori

Napoli, 21/05/2019

Com. PEC

Spett.le

Ministero della Salute

n.p. del Ministro p.t. Dott.ssa Giulia Grillo,

nonché del Direttore Generale Dott. Andrea Urbani

e dei referenti

Dott. Andrea Piccioli e Dott.ssa Giuseppina Ciarniello

V.le G. Ribotta, 5 - 00144 Roma

MAIL: segreteriaministro@sanita.it a.piccioli@sanita.it, g.ciarniello@sanita.it PEC: dgprog@postacert.sanita.it>

Com. PEC

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano

n.p. del Presidente p.t. Dott. Stefano Bonaccini

Via della Stamperia 8,00187 Roma

Mail:segdirettorecsr@governo.it

Pec:statoregioni@mailbox.governo.it

OGGETTO: Mezzi soccorso avanzato. Fabbisogno e qualificazione.

Si rappresenta dal punto di vista di un'associazione di tutela dei cittadini l'esigenza di recupero della centralità della persona, quale

soggetto destinatario di un soccorso appropriato, e quindi tempestivo e qualificato, oltre che uniforme, sull'intero territorio nazionale.
E' di tutta evidenza sia una sottostima del fabbisogno sanitario dei mezzi di soccorso avanzato sia della loro importanza che si ricollega ad una diffusa demedicalizzazione degli stessi ed ad una privatizzazione del servizio secondo modalità di gestione e d'affidamento che conoscono grandi differenze a livello regionale.
Tre questioni richiedono immediato intervento correttivo a protezione della popolazione:

1. **Quantificazione del fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzato;**
2. **Qualificazione mezzi di soccorso avanzato;**
3. **Qualificazione mezzi di soccorso di base;**
4. **Numero unico 112.**

Circa il primo punto.

Osserviamo a livello regionale una grande confusione. E' necessario che sul punto venga fatta immediata chiarezza, giacchè allo stesso è correlato la possibilità di un soccorso appropriato in termini di tempistica e tipologia di prestazione di soccorso a prescindere da singoli modelli adottati in alcune regioni nelle quali un recupero contabile di costi non è affatto sinonimo di recupero d'efficienza.

Come noto, il Regolamento sugli standard minimi ospedalieri ha stabilito per il numero di mezzi di soccorso lo standard **minimo** di **1 mezzo ogni 60 mila abitanti** nei limiti di un superficie non superiore ai 350 km quadrati, tutelando cosi' aree estese, pur a bassa concentrazione demografica.
Pertanto come confermato da Agenas (doc. allegato) è da ritenersi completamente superata la formula matematica proposta alle Regioni in piano di rientro dal debito che prevede un conteggio medio tra il criterio demografico e quello dell'estensione geografica con l'effetto paradossale di **ridurre drammaticamente sotto la soglia prevista dal decreto ministeriale il numero di mezzi di soccorso avanzato in aree ad alta concentrazione demografica**.

Al contrario, nella seguente formula la più corretta trasposizione matematica delle indicazioni ministeriali: ***n. mezzi: max (n. abit./ 60000; superficie/350).*** *Dove a prevalere è il rapporto maggiore.*

Ma in alcune regioni continua a farsi affidamento su siffatta proporzione numerica pianificando irresponsabilmente un abbattimento dei mezzi di soccorso avanzato. Indispensabile pertanto un intervento chiarificatore di carattere tecnico della corretta individuazione del fabbisogno che prescinda dai desiderata politici delle singole regioni.

Circa il secondo punto.

Non ha poi alcun fondamento giuridico e deontologico la configurazione di modelli di soccorso avanzato a demedicalizzazione diffusa, giungendosi addirittura a configurare la sussistenza di una "nuova" tipologia di mezzi di soccorso avanzato i "*mezzi di soccorso avanzato di base*" senza medico.

Tale modello risulta addirittura mutuato (si badi, solo ai fini del monitoraggio)nel D.M. del 17/12/2008, **in pieno contrasto con il disposto delle linee guida del 1996**, le quali si limitano ad affermare circa i mezzi di tipo A (secondo la vecchia nomenclatura) che essi possano essere adibiti sia al "*soccorso*" (ovviamente di base!) che al "*soccorso avanzato*", attività medica posta in essere tramite atti di diagnosi e cura *a carattere specialistico complesso ai sensi dell'art. 1 comma 566 della legge n. 208 del 2015*. Non è data pertanto dal "mezzo avanzato", come sembrerebbe forse equivocarsi dal D.M. n. 70 del 2.04.2015 ma dall' indispensabile azione del medico responsabile del soccorso coordinata con l'opera di infermieri altamente specializzati autorizzati all'esecuzione di specifici atti sotto la sua direzione e controllo.

Ciò in ossequio al principio fondamentale del sistema di emergenza sancito dall'atto di indirizzo e coordinamento previsto col DPR del 27.03 1992: «*Superare il concetto di trasporto, sempre e comunque del paziente al pronto soccorso più vicino, con quello di trasporto assistito al pronto soccorso più idoneo per intervenire nel modo più rapido e razionale nell'iter diagnostico-curativo*».

In un sistema opportunamente fondato sull'organizzazione "*hub and spoke*" tale principio risulta ancor più importante, giacchè l'ambulanza, deve

essere lo strumento mobile in grado di direzionare il paziente soccorso verso la struttura più adeguata nel minor tempo possibile nelle patologie tempo-dipendenti. Ciò a temperamento del fatto che il modello considerato ha finalità di razionalizzazione che prescindono dalla dinamica temporale e che impongono le debite considerazioni circa il ruolo del soccorso territoriale ai fini dell'appropriatezza della prestazione inm termini di tempestività delle cure.

E se il soccorso avanzato si completa inevitabilmente con l'operato medico tanto da prevedere paradossalmente l'automedica di supporto ai mezzi di base, se ne evince ancor più che **le ambulanze "senza medico" debbano essere necessariamente espunte dal conteggio dei mezzi di soccorso avanzato nella valutazione del fabbisogno regionale.**

Sottolineiamo il **danno erariale** connesso all'avallo di unità di soccorso dotate di attrezzature del soccorso avanzato ma non di personale idoneo ad ottimizzarne l'uso oltre che in termini di maggiori spese mediche e sociali.

Non è poi chiaro come debbano essere catalogate le auto mediche.

In merito è di tutta evidenza che le stesse possano essere ritenute solo funzionalmente un mezzo di soccorso avanzato ove associata ad ambulanza infermieristica di tipo B (secondo nuova nomenclatura).

Va poi valutata la modifica della griglia LEA prevedendosi in materia di Emergenza Urgenza che il criterio qualificante di valutazione di qualità ed appropriatezza della prestazione sia il tempo medio d'arrivo di mezzo di soccorso avanzato medicalizzato sui codici rossi od in alternativa un numero di mezzi di soccorso avanzato medicalizzato conforme al DM del 2015.

Circa il terzo punto.

Altresi'inaccettabile che una figura integrativa e di supporto quale il personale volontario diventi il gestore esclusivo del soccorso di base, rendendo evidente l'intento di massimizzarne l'utilizzo nell'attivita' di soccorso ben oltre il consentito.

In tale contesto notiamo infatti che nel D.M. del 17/12/2008 vengono **erroneamente qualificate ambulanze di soccorso di base solo quelle con soccorritore, anche qui in violazione delle linee guida del 1996.**

Si fa inoltre presente che le associazioni di volontariato operanti in convenzione possono supportare il servizio pubblico di emergenza urgenza solo per il soccorso di base ed i trasporti secondari in conformità agli art. 56 e 57 del Decreto Legislativo del 3.07.2017 n. 117.

Circa il quarto punto.

E' di tutta evidenza che l'intermediazione del numero unico 112 rende più farraginosa e lenta la procedura di raccolta delle chiamate e della successiva selezione ed invio del mezzo di soccorso, a tutto danno dell'utenza.

Non era certo questo lo spirito della normativa europea che lungi dal sottrarre efficienza intendeva allargare il servizio d'emergenza ad una dimensione europea in termini non necessariamente sostitutivi dei servizi già operanti.

L'Unione Europea ha infatti previsto l'introduzione del numero 112, nell'ambito dei rispettivi sistemi nazionali, come strumento **per potenziare**, e non certo ridurre, le garanzie dei cittadini a livello europeo.

Con la Direttiva **91/396/CEE** (recepito dal DLGS 196 del 2003) si è **chiesto ai paesi membri l'adozione di un numero unico europeo senza imporre l'eliminazione di quelli preesistenti**. Al contrario all'art. 1 comma 2 la direttiva precisa testualmente che "*Il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno,* ***parallelamente a ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate***" ed all'art. 4 che " *Gli Stati membri adottano le misure necessarie per assicurare che le chiamate al numero unico europeo per chiamate di emergenza siano gestite appropriatamente* ***e nella maniera meglio rispondente all'organizzazione nazionale dei sistemi di emergenza****, nell'ambito delle possibilità tecnologiche delle reti*"

Al momento **non sussiste pubblicazione di dati ufficiali** che attestino l'efficienza del sistema nelle regioni e città (ad es. Roma) dove il numero 112 ha sostituito il 118. E soprattutto non sussiste ancora il monitoraggio previsto dal disciplinare per il NUE 112. Per quanto acquisito da questa associazione per la Lombardia vi sarebbe un grave

ritardo nel passaggio della chiamata alla centrale operativa, nella mediana dei tempi, stimabile in circa **60 secondi di mediana**.
Sussistono poi studi scientifici 2016 dell'ERC, punto di riferimento scientifico europeo, che attestano come la mediazione sulle chiamate da parte di una centrale unica e l'inevitabile ritardo nell'invio dei mezzi, sembrerebbe incidere significativamente sugli esiti dei soccorsi.
Va aggiunto che pure oggetto di approfondimento dovrebbe essere lo sviluppo della rete sui territori che, secondo il disciplinare, prevede:
presentazione da parte delle regioni di un progetto preliminare;
stipula di un protocollo d'Intesa;
definizione di un disciplinare tecnico-operativo.
Esso si è singolarmente sviluppato, con un software unico, Emma 112,della società BETA 80 Group srl, recepito dalle regioni, in alcuni casi, addirittura a trattativa privata per quanto compreso.

*****

Tanto esposto, nelle sue intuibili implicazioni in termini di efficienza e sicurezza del servizio sanitario ed in termini di morti evitabili, oltre che di mancato recupero di reale efficienza ed economicità, impone un immediato intervento da parte delle istituzioni preposte.

Pertanto

stanti le prerogative di un' associazione di tutela di rilevo nazionale ai sensi dell' art. 14 Dlgs n. 502 del 1992 siamo a richiedere **l'interlocuzione immediata con gli uffici tecnici preposti** a livello di Ministero della Salute e di Conferenza Stato Regioni onde ottenere :

1. **Modifica della Griglia LEA in tema di appropriatezza della prestazione di soccorso in Emergenza Urgenza.**

2. **Modifica del D.M. del 17/12/2008 punto 2.7 tracciato 2 su 118,con particolare riferimento al punto 1 ove non qualifica di trasporto il mezzo con soccorritore ed al punto 2 dove non qualifica mezzo di soccorso di base l'ambulanza avanzata senza medico.**

3. **Nota integrativa di precisazione al D.M. n. 70 del 2.04.2015 circa la qualificazione dei mezzi di soccorso avanzato secondo linee guida del 1996 ed in conformità alla normativa europea oggetto di recepimento interno (EN 1789/2007).**

4. Provvedimenti a protezione e tutela del numero d'emergenza 118 integrato dal n. 112.

Cordiali Saluti

Il Presidente di Federconsumatori

Emilio Viafora

……..