

COMUNICATO STAMPA
3 ottobre 2015

OSSERVAZIONI
SUL PIANO REGIONALE DELL'EMERGENZA URGENZA
DGR 28 AGOSTO 2015 N. 1674

Il sistema di emergenza del Friuli Venezia Giulia è nato nel 1989 con la DGR 3312 che indicava l'assetto organizzativo per lo sviluppo della rete territoriale dell'emergenza (118), mentre la fase ospedaliera era già disciplinata dalla L. 132/68 e decreti attuativi collegati.

Da allora il sistema di soccorso territoriale nella nostra regione ha nel complesso sostanzialmente ben funzionato, mentre il settore dell'emergenza in ambito ospedaliero, oggetto di periodiche riforme, ha segnato il passo: non si sono sviluppati realmente gli assetti dipartimentali, mantenendosi di fatto l'organizzazione in divisioni e servizi (anche se con il nuovo nome di strutture), né si sono realizzati completamente i modelli hub and spoke, pur previsti a livello di area vasta.

Soprattutto non si sono definite soluzioni per l'integrazione operativa tra la fase extraospedaliera e quella intraospedaliera dell'emergenza/urgenza, né si sono delineate soluzioni per assicurare efficaci connessioni con le altre strutture sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, in modo da poter intervenire nelle situazioni borderline urgenza/non urgenza, di sempre più frequente osservazione nei sempre più numerosi pazienti con polipatologie croniche e degenerative, dove le competenze non sempre trovano precisa definizione, da cui la probabilità di ulteriore estensione di una zona "grigia" dove in mancanza di adeguate tipologie operative convivono accanimenti terapeutici e insufficienze assistenziali.

Quindi certamente il sistema di emergenza della nostra regione aveva necessità di essere aggiornato, ma sviluppando una vera organizzazione dipartimentale di emergenza intra/extraospedaliera, realmente integrata con i servizi di assistenza primaria, e con le articolazioni suggerite dal modello hub and spoke; nonché di essere potenziato nelle aree più carenti.

Il Piano dell'emergenza urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia approvato preliminarmente dalla Giunta regionale con Delibera dd 28 agosto 2015 n. 1674 invece di proporre uno schema organizzativo chiaro e puntuale idoneo a migliorare l'attuale sistema, che comunque ha finora garantito e tuttora garantisce livelli di cure sufficientemente buoni, ha fotografato l'esistente, ha mantenuto gli attuali assetti che caratterizzano le strutture di emergenza-urgenza degli ospedali hub, nonostante proprio questi necessitino di particolare attenzione, visto che presentano le maggiori criticità dell'intero sistema.

Si è preferito dedicare maggiori attenzioni ed ampie risorse ai presidi degli ospedali spoke, confermando ed ampliando tante piccole terapie intensive a 20-25 km l'una dall'altra, operando quindi all'opposto del modello hub and spoke ed ignorando del tutto le esigenze di pervenire ad assetti organizzativi di tipo dipartimentale.

Anche lo schema organizzativo circa la distribuzione degli automezzi di soccorso, che pareva essere uno degli scopi prioritari del Piano, non sembra fornire chiare garanzie circa l'effettivo miglioramento dei tempi di soccorso, se non per piccole porzioni di territorio a scarsa densità abitativa, lasciando la gran parte della regione nella situazione attuale o forse addirittura peggiorandola, giacché non sembra che numero e distribuzioni dei mezzi siano ottimali, nonostante le dichiarazioni circa il calcolo matematico che sarebbe alla base delle scelte effettuate e circa il saldo positivo di mezzi di soccorso che ne uscirebbe, ma tale saldo potrebbe non trovare riscontro nella realtà in quanto le tabelle che indicano l'attuale numero e distribuzione di mezzi di soccorso sembra siano viziate in difetto.

I criteri, le formule e quant'altro utilizzato per l'asserito calcolo matematico non stati chiaramente esplicitati nel Piano, per cui i risultati non sembrano confermati da riscontri oggettivi e nell'insieme lasciano ampi dubbi.

Come ampi dubbi circa il rapporto costo/beneficio suscita l'attivazione dell'elisoccorso definito notturno, ma in realtà serale in quanto operativo fino a mezzanotte.

Ma anche nella declinazione di questo assetto organizzativo appaiono vistose incongruenze circa le attribuzioni di competenze e responsabilità: *chi fa che cosa* è sovente indefinito e lasciato quindi al buon senso di chi dovrà gestire sul campo i servizi, a cui si aggiunge l'ulteriore problema circa l'indicazione di assetti organizzativi/gestionali che sembrano confliggere con le vigenti normative, con tutto quanto ciò comporta in termini di responsabilità.

Lo stesso DM 2 aprile 2015 n.70 recante gli standard relativi all'assistenza ospedaliera viene richiamato come modello a cui riferirsi (tranne per esigenze peculiari connesse al territorio regionale), e contemporaneamente disatteso in vari e importanti ambiti.

Tra questi spicca l'affidamento della gestione del soccorso nelle situazioni di emergenza e del supporto avanzato alle funzioni vitali all'infermiere, al posto del medico, come invece indicato nella normativa statale.

Ulteriori motivi di perplessità derivano dalla frammentazione dell'attività di soccorso e trasporto territoriale in tre distinti settori operativi con tre gruppi di autoambulanze distinti ed autonomi: uno con autoambulanze ALS dedicate all'emergenza/urgenza (codici rossi, gialli e verdi) e ai trasporti inter-ospedalieri di emergenza facenti capo alla Centrale 118 di Palmanova, un altro con autoambulanze sia ALS che BLS dedicate ai trasporti inter-ospedalieri non emergenti e alle dimissioni protette facenti capo ai presidi ospedalieri, il terzo gruppo con autoambulanze BLS dedicate ai codici bianchi facenti capo alle costituenti Centrali operative aziendali 116117, una per ciascuna azienda.

E così le Centrali che da 4 dovevano ridursi a 1 saranno 6.

Con confusione per gli utenti, per gli stessi sanitari, con incrementato rischio di errore, con lievitazione dei costi.

Ma non sarebbe stato più razionale mantenere le attuali 4 Centrali 118 aggiungendovi le attività previste per il 116117, assicurando così una vera integrazione tra emergenza, ospedale e cure primarie e nel contempo maggiore efficienza?

Anche perché il Piano pur dichiarando di perseguire tale integrazione non fornisce alcuno schema progettuale in merito a ciò.

Neppure i dichiarati obiettivi di maggior efficienza sembrano credibili, giacché i “conti” presentati in chiusura del testo risultano palesemente sottostimati; sono omessi per esempio dal calcolo i costi di più strutture/servizi di nuova introduzione e dettagliatamente rappresentati nel Piano stesso, costi che sembrano rilevanti sia in spesa corrente che in conto capitale.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, che deriva da un'analisi tecnica del Piano, che è allegata alla presente, emerge profonda preoccupazione su quale sarà effettivamente il livello di sicurezza che potrà dare un assetto “organizzativo” che appare improbabile e lacunoso, tenendo presente che l'attuale rete dell'emergenza, seppur datata e migliorabile, ha garantito e sta continuando a garantire livelli di efficienza ed efficacia assolutamente apprezzabili; gli eventi indesiderati e luttuosi finora accaduti sono rari ed isolati, e soprattutto quelli più recenti sembrano correlati più a carenze di servizi/personale intervenuti nell'ultimo biennio, che non a mancanze organizzative/operative.

Il sistema aveva certamente bisogno di aggiornamento, ma probabilmente in un periodo di contingenze economiche era preferibile una buona manutenzione dell'esistente accompagnata dall'implementazione di risorse nelle aree più carenti, piuttosto che disarticolare l'attuale sistema per lasciar campo a qualcosa che almeno sulla carta si preannuncia di assai incerto funzionamento, oltre che assai più dispendioso.

In sintesi questo appare come un Piano che darà di meno spendendo di più; e l'allegata analisi tecnica fornisce nel dettaglio i motivi delle valutazioni sopra espresse.

Il Segretario Regionale ANAAO ASSOMED

Dr.ssa Laura Stabile

Allegato

ANALISI TECNICA

1. Relativamente all'adozione della Centrale Operativa unica e alla sua collocazione a Palmanova ex DGR 21 marzo 2014 n.519 si prende atto della scelta, pur non condividendola per i motivi già esposti in precedenza e che sembrano trovare conferma proprio analizzando le future connessioni/rapporti tra Centrale Operativa, mezzi di soccorso, strutture ospedaliere e territoriali, che non sembrano puntualmente definite in ogni parte, come invece esigerebbe la delicatezza della specifica attività.

Sfugge il rationale circa l'assegnazione della Centrale all'EGAS, struttura di supporto amministrativo/logistico alle Aziende sanitarie.

2. Per definire il *“fabbisogno assistenziale in emergenza”*, ovvero tipologia e numero dei mezzi di soccorso il Piano fa riferimento agli standard nazionali, cioè all'Atto d'Intesa Stato Regioni dd 5 agosto 2014 e al DM 70/2015, che prevedono *“attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, con un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane”*, ma apportando modifiche alla suddetta previsione grazie all'utilizzo di un *“modello di analisi e di proiezione”*, indicato nel Piano come base di calcolo del fabbisogno.

Comunque prima di cercare di comprendere il citato *“modello di analisi e proiezione”* va sottolineata una assai sostanziale discrepanza tra standard nazionali e Piano regionale, giacché i sopra citati Atto d'intesa e D.M. indicano senza possibilità di dubbio come *Mezzo di Soccorso Avanzato* un mezzo con presenza di medico a bordo, e solo per questa e non altre tipologie di mezzo gli standard nazionali forniscono i criteri di distribuzione in rapporto a popolazione ed estensione territoriale, lasciando evidentemente alla discrezionalità dell'amministratore locale i criteri di distribuzione delle autoambulanze di soccorso (con infermiere) e di base.

Di contro il Piano regionale, pur dichiarando che sul Mezzo di Soccorso Avanzato *“si fonda il sistema di emergenza urgenza regionale”*, indica per questo un *“equipaggio costituito da un infermiere, un autista soccorritore, un soccorritore”* (vedi paragrafo 5.2.3), prevedendo la gestione del soccorso nelle situazioni di emergenza e del supporto avanzato alle funzioni vitali in capo all'infermiere, al posto del medico, come invece indicato nella normativa statale.

A conferma del ruolo medico nella gestione del soccorso avanzato si richiama il Ministero della Salute che per ogni tipologia di mezzo di soccorso prevede i seguenti equipaggi:

- *Ambulanza di base e di trasporto: 1 autista soccorritore e 1 infermiere o 1 soccorritore volontario*
- *Ambulanza di soccorso: 1 autista soccorritore ed 1 infermiere professionale*
- *Ambulanza di soccorso avanzato: 1 autista/soccorritore, 1 infermiere professionale ed 1 medico*

Pare evidente che una siffatta redistribuzione di competenze dal medico all'infermiere in un ambito così delicato per la salute pubblica merita un'attenta riflessione, in quanto le situazioni di emergenza sanitaria comportano trattamenti complessi con attività di diagnosi, non sempre agevoli, a cui seguono manovre terapeutiche, tra cui la somministrazione di farmaci, tutte attività che la legge pone obbligatoriamente in capo al medico, con le immaginabili conseguenze che ne deriverebbero se tali attività fossero svolte da figure professionali diverse dal medico.

Ma è anche evidente che confondere il rapporto mezzi medicalizzati/popolazione indicato dagli standard nazionali con il rapporto autoambulanze di soccorso/popolazione come invece indicato dal Piano va a inficiare tutto il calcolo del “*modello di analisi e proiezione*”, per cui i numeri che ne escono non sembrano poter individuare il reale fabbisogno ed anzi sembrano virare assai pericolosamente verso il basso.

Comunque al di là delle considerazioni sopra esposte, dall'esame degli “*Standard di riferimento per la definizione del fabbisogno dei mezzi di soccorso sul territorio*” indicati nel Piano, in primo luogo appare del tutto incomprensibile come sia stata costruita matematicamente l'ipotesi di applicazione della normativa nazionale (DM 70/2015), che prevede “*un mezzo di soccorso avanzato ogni 60 mila abitanti, per una superficie non superiore a 350 Km², con correttivi specifici per le zone montane e pedemontane*”, infatti nel Piano:

- non sono stati indicati quali correttivi si sia stabilito di adottare per le zone montane e collinari;
- la provincia di Trieste, caratterizzata dalla presenza in un territorio molto piccolo della città più popolosa della Regione, è stata ritenuta nella tabella 9 “*collina litoranea*”, e nella 10 inserita nelle colonne relative a montagna/collina;
- nell'ipotesi della tabella 10 per AAS1, AAS2 e AAS4 sono previsti meno di un mezzo di soccorso avanzato per 60 mila abitanti (per AAS1 uno ogni più di 70 mila abitanti): non si comprende come si possa sostenere che si sta analizzando un'ipotesi di applicazione del DM 70/2015, a meno che non si chiarisca quale sia stato il correttivo applicato, che almeno per AAS1 sembrerebbe utilizzato “*alla rovescia*”, per ridurre il numero di autoambulanze in aree densamente popolate (ma descritte quali “*colline litoranee*”), invece che per aumentarlo nelle zone realmente disagiate, pedemontane e montane.

Per quanto riguarda il modello “*matematico*”, che si dichiara di adottare per definire il numero e la distribuzione dei mezzi di soccorso, questo non è stato in alcun modo esplicitato, e quindi non è comprensibile, in quale modo dalle “*formule*” relative al rischio, storico e non, si sarebbe arrivati a determinare matematicamente il numero e la dislocazione dei mezzi di soccorso.

Si rileva anche che, essendo stato scelto un approccio dichiaratamente “*scientifico*”, sarebbe stato opportuno integrare il Piano con qualche riferimento bibliografico a sostegno della validità del metodo scelto per la programmazione del soccorso territoriale, anche perché ci si sta discostando da indicazioni ministeriali che si presumono fondate e basate su metodologie controllate e corrette.

Né vi è traccia del modello matematico che sarebbe stato usato per definire numero e distribuzione delle automediche e delle autoambulanze BLS-D.

Va altresì evidenziato che nella tabella n. 2 del paragrafo 4.3 che fornisce i dati sull'attuale distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio regionale, per alcune località sembrano essere riportati dati inesatti circa il numero di mezzi effettivamente attivi.

Ma ciò che più importa è la sensibile sottostima del reale fabbisogno complessivo dei mezzi di soccorso che ne risulta, probabilmente conseguente nell'aver confuso il mezzo di soccorso avanzato con l'autoambulanza di soccorso.

Peraltro pare singolare che un Piano a valenza regionale e destinato a durare nel tempo invece di individuare i criteri per definire un adeguato impianto organizzativo, si faccia carico di fissare nei minimi dettagli il numero, la distribuzione, gli orari di attività delle automediche, delle autoambulanze di soccorso e di quelle di base e trasporto, che invece dovrebbero essere concertati tra Centrale Operativa e Dipartimento di Emergenza territorialmente competente, anche perché le esigenze operative possono cambiare nelle varie aree in tempi anche brevi, nel mentre il Piano in esame fissando nei minimi dettagli numero di mezzi di soccorso, orari di operatività, stazioni di partenza, imbriglia il sistema regionale di emergenza in una rete rigida e non modificabile, se non con successivi atti normativi: per spostare un'autoambulanza o solo diversificarne la tipologia o cambiare gli orari occorrerà una delibera di giunta!

3. La previsione di estendere il servizio di elisoccorso anche in orario serale merita attenta considerazione, in quanto ciò che a prima vista sembrerebbe un sensibile arricchimento della rete di emergenza, potrebbe non essere tale, pur richiedendo risorse decisamente elevate e verosimilmente assai superiori a quelle indicate nel capitolo 13 dedicato all'impatto economico del Piano. Pare quindi irrinunciabile una preventiva valutazione del rapporto costi/benefici, basata su simulazioni rigorose derivanti da riscontri oggettivi, anche tenuto conto che gli standard nazionali di cui al citato DM 70 indicano necessaria per l'attivazione dell'elisoccorso notturno una media di interventi compresa tra 350 e 550 l'anno, numeri che già da una prima approssimativa stima sembrano assai difficili da raggiungere.

Dagli stessi dati riportati nel Piano (vedi paragrafo 4.4) risulta che nel 2014 l'elisoccorso ha effettuato 790 missioni, di cui 201 SAR (in pratica soccorso alpino), nel mentre tutti gli altri interventi sanitari sono stati complessivamente 589, per cui sarebbero da attendersi in teoria molto meno delle 300 missioni notturne ipotizzate nel Piano, anche tenuto conto che nell'attività diurna si è osservato non di rado un uso improprio dell'elisoccorso: elitransporto di pazienti con lesioni palesemente di lieve entità e per distanze relativamente brevi, ma anche frequente impiego dell'eliambulanza in sostituzione al soccorso avanzato su gomma in località non distanti da ospedali hub. Evidentemente in periodo notturno tali impieghi "discutibili" sarebbero del tutto preclusi, per cui è ipotizzabile un numero di missioni assai basso (per inciso ciò dovrebbe raccomandare l'analisi sull'attività diurna dell'elisoccorso, al fine di moderarne gli eventuali sprechi).

Da tenere anche in conto che gli stessi dati riportati nel Piano al paragrafo 4.4 e riferiti agli ultimi 6 anni di attività indicano un calo progressivo e costante negli anni dell'attività di elisoccorso (escluse le missioni SAR): da 842 nel 2009 a 638 nel 2012 a 589 nel 2014, quindi un decremento di oltre il 25% verosimilmente attribuibile per la maggior parte alla diminuzione di infortunistica stradale grave.

Ma al di là dei costi va valutata l'efficacia di un elisoccorso notturno, che ha regole molto diverse dal servizio diurno, che si traducono in una limitazione di operatività e addirittura nell'effetto paradossale dell'allungamento dei tempi rispetto al soccorso su gomma per distanze relativamente contenute tra luogo dell'incidente e ospedale hub (effetto paradossale riscontrabile non di rado anche nell'attività diurna). Infatti di notte l'eliambulanza non può atterrare in prossimità del luogo dell'incidente, ma deve di norma far riferimento ad una piazzola di atterraggio, dove attendere l'arrivo dell'autoambulanza che ha eseguito il soccorso e quindi procedere al trasbordo, per cui è facile dedurre che per distanze al di sotto dei 50 km (stima ottimistica) nella maggior parte dei casi l'autoambulanza arriverebbe all'ospedale hub ben prima dell'elicottero.

Quanto sopra per sottolineare l'esigenza di una seria simulazione circa numero di missioni previste in funzione del tipo di patologia e della lunghezza dei tragitti, tenuto altresì conto delle limitazioni meteo, quali nebbie o venti forti, non eccezionali nell'area regionale, nonché della spesa effettiva, comprensiva non solo dell'attività dell'eliambulanza (superiore di notte), ma anche dell'attivazione e gestione delle piazzole abilitate al volo notturno.

Con il suggerimento che la simulazione sia estesa a tutta la fascia oraria notturna, in quanto non paiono immediatamente comprensibili i motivi per cui lo stop del servizio sia stato previsto alle ore 24, e perché non alle 23? o all'una?

Quindi nessuna preclusione all'estensione notturna dell'elisoccorso, ma l'esigenza di una attenta valutazione costi/benefici in un periodo di contingenza economica, in cui le priorità potrebbero essere altre.

Sempre relativamente all'elisoccorso non sembra trovare motivazione logica la previsione di applicarvi in via prioritaria i medici specialisti in Anestesia e Rianimazione, nel mentre, secondo il Piano, la partecipazione dei medici specialisti in Medicina di Emergenza-Urgenza dovrebbe essere subordinata ad una verifica delle competenze che saranno indicate dal Comitato Regionale dell'Emergenza Urgenza.

Il conseguimento della specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza abilita il medico ad operare autonomamente nelle Strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, quindi in prima linea nell'area dell'emergenza.

Non si comprende dal punto di vista clinico/operativo qual'è la differenza di trattamento sanitario se il soccorso arriva via terra o via aria; certamente è assai diversa la professionalità richiesta per i conducenti dei mezzi, ma per i medici che effettuano la prestazione sanitaria?

A meno che ciò non voglia significare che la qualità delle prestazioni portate dallo specialista in Anestesia e Rianimazione nell'ambito specifico sia considerata significativamente superiore a quella dello specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza; ma anzi dovrebbe essere quest'ultima figura quella specificatamente dedicata all'emergenza sanitaria, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero.

Altrimenti si aprirebbero pesanti interrogativi circa la sicurezza delle automediche e degli stessi Pronto Soccorso degli ospedali spoke in cui non è garantita la copertura dell'anestesista h24.

Per tutto quanto sopra esposto neppure si comprende per quale motivo la direzione della prevista Struttura semplice di Elisoccorso debba essere riservata ai soli specialisti in Anestesia e Rianimazione e non anche a quelli in Emergenza-Urgenza. Né peraltro si comprendono le funzioni di una siffatta Struttura semplice, e quindi i motivi di tale istituzione, quando recenti provvedimenti normativi regionali hanno decretato la soppressione di strutture con attività consolidate e più complesse.

4. Relativamente ai "Punti di primo intervento" (PPI), come definiti e descritti nel Piano al paragrafo 5.4, non sembra esserci sufficiente chiarezza riguardo al modello organizzativo, in relazione soprattutto alla responsabilità di detti PPI: "*sono strutture distrettuali*", "*sono presidiati da un medico e un infermiere formati a gestire anche l'emergenza territoriale,*" oltre a "*gestire i bisogni assistenziali e terapeutici minori e a trattare in prima istanza le emergenze sanitarie*", quindi sarebbe previsto personale del Pronto Soccorso e/o del 118 che opera in strutture distrettuali, per cui non si capisce in capo a chi andranno responsabilità e gestione.

Sembra esserci anche contraddittorietà circa gli orari di attività: il testo rimanda gli orari di attività alla tabella 15, ma questa non fa menzione degli orari, nel mentre nella tabella contenuta nell'ultimo paragrafo del Piano sembrerebbe prevista la soppressione dell'attività notturna per tutti i quattro PPI non stagionali.

Da rilevare che gli standard di cui al DM 70, ancorché non vincolanti, prevedono un'organizzazione/operatività del PPI per certi versi differenti da quanto indicato nel Piano, soprattutto ne prevedono la temporaneità con successiva *“trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito”*.

Dal punto di vista operativo desta perplessità la previsione di utilizzare sia il medico che l'infermiere applicati al PPI anche per l'attività di soccorso territoriale, in quanto queste strutture resterebbero sguarnite o del medico o dell'infermiere o di entrambi per periodi più o meno lunghi e quindi non fruibili per la popolazione.

5. L'organizzazione dei presidi ospedalieri di base sede di Pronto Soccorso (spoke), come declinata nel Piano, confligge palesemente con i modelli organizzativi hub and spoke, a cui peraltro il Piano stesso dichiara di mirare. Si prevede infatti in ogni piccolo ospedale (spoke) un presidio di terapia intensiva multidisciplinare, l'ADE (area di emergenza), per cui risulterà una rete di terapie intensive distanti 20-25 km tra di loro e poco più dagli ospedali hub.

Solo l'ospedale hub dispone di tutte le risorse specialistiche e tecniche per rispondere adeguatamente alle esigenze di diagnosi e cura delle emergenze/urgenze trattate in terapia intensiva, in quanto queste richiedono oltre al letto *“intensivo”* varie e complesse competenze specialistiche e strumentali in tempo reale.

Anche dal punto di vista dell'efficienza dedicare una grande quantità di risorse al mantenimento di tanti micropresidi di terapia intensiva (3-4 letti di terapia intensiva ciascuno) a distanza ravvicinata sembrerebbe confliggere con i principi di economicità, ma ciò che principalmente preoccupa sono gli inevitabili ritardi/carenze di prestazioni diagnostico-terapeutiche con grave esposizione di rischio per i malati degenti presso tali presidi, che risultano antitetici al principio della centralizzazione dei pazienti più gravi e complessi, a cui lo stesso Piano in altri capitoli afferma di ispirarsi e perseguire.

La stessa configurazione dell'ADE suscita forti perplessità in quanto presenta un'organizzazione assai *“singolare”*, che non sembra rientrare in modelli operativi/organizzativi previsti dalla normativa vigente; soprattutto non si comprende a chi fa capo la responsabilità in toto di tale area, prevedendo una netta disgiunzione tra responsabilità clinica e responsabilità assistenziale.

Ed anche in ambito di responsabilità clinica mancano certezze, infatti il Piano prevede posti letto intensivi e semi-intensivi gestiti dai medici di Pronto soccorso e Medicina d'urgenza, Cardiologia, Anestesia e Rianimazione, specificando che *“la responsabilità clinica del paziente è affidata ai medici della struttura alla quale è assegnato il ricovero che garantisce la gestione del paziente sulle 24 ore”*, ma in nessuna parte del Piano pare prevedersi la presenza in guardia attiva h 24 di tutti i suddetti specialisti di competenza. Come in nessuna parte si specifica la disponibilità in tempo reale delle competenze specialistiche e delle strutture diagnostiche di interfaccia, quali ad esempio radiologia e chirurgia, la cui presenza sembrerebbe dovuta senza soluzione di continuità laddove sono degenti pazienti in regime di terapia intensiva. Altrimenti, come già sottolineato, le ADE andrebbero a rappresentare più un rischio che non un beneficio per i pazienti più gravi e complessi.

Ed il tutto a poche decine di chilometri da ospedali hub completi di tutto, e a costi non indifferenti, la cui quantificazione non sembra peraltro specificata nel capitolo finale dedicato all'impatto economico.

Per inciso va infine osservato come nella predisposizione del suddetto assetto organizzativo manchi qualsiasi analisi circa il lavoro fin qui svolto dalle attuali ADE: numero e tipologia di casi trattati, case mix, mediana di occupazione dei posti letto, tempi di degenza, ecc.; ancora una volta si propongono soluzioni "organizzative" senza la base di riscontri oggettivi.

Sarebbe stato più opportuno prevedere nell'ambito delle strutture di Pronto Soccorso degli ospedali spoke siti a distanza relativamente breve dagli ospedali hub, come ad esempio Palmanova e San Vito, l'eventuale potenziamento, se necessario, degli attuali letti di Medicina d'Urgenza, quindi di terapia semintensiva, gestite dagli medici del Pronto Soccorso; assicurando peraltro adeguati presidi di terapia intensiva, compresa quella coronarica, nell'isontino, viste le peculiarità di detto territorio, e assicurando altresì particolare attenzione alle esigenze delle aree montane.

6. Poco si può dire relativamente alle previsioni del Piano circa le strutture di Pronto Soccorso, di Medicina d'Urgenza e circa il Dipartimento di Emergenza degli ospedali HUB, in quanto il Piano vi dedica solo una delle 40 pagine in cui si sviluppa. Il limite più eclatante del Piano è non aver colto l'occasione per valorizzare la funzione del Dipartimento di Emergenza, che dovrebbe rappresentare il perno centrale della rete nel modello hub and spoke, in quanto nell'attività di emergenza il modello dipartimentale sembra essere il solo a consentire un'azione multidisciplinare integrata in tempo reale, che è determinante per l'esito favorevole nelle più complesse situazioni cliniche di emergenza.

Nel contempo un assetto dipartimentale ben impostato consentirebbe anche l'ottimale rapporto costi/benefici, quindi massima efficienza.

Per questi motivi tale modello organizzativo continua ad essere privilegiato in tutti i sistemi sanitari più avanzati del mondo e non risultano, almeno al momento, migliori soluzioni organizzative in tale settore.

Per tutte le attività del sistema di emergenza territoriale si sarebbe dovuta prevedere una profonda integrazione negli ambiti del Dipartimento di Emergenza.

Invece a livello hub il Piano sostanzialmente fotografa l'esistente, che viene quindi mantenuto nella sua attuale precarietà, mancando qualsiasi accenno alle risorse, pur essendo noto che la carenza di queste rappresenta una delle maggiori criticità per queste strutture, criticità destinate ad aumentare con il ridimensionamento delle attività dei Pronto Soccorsi destinati a diventare Punti di Primo Intervento, per cui è ipotizzabile che parte degli utenti di quei presidi si indirizzeranno negli ospedali hub.

E' evidente che se i perni del sistema continueranno ad essere in grave sofferenza, per di più ingra-
vescente, tutto il resto della rete ne risentirà di conseguenza.

7. Il Piano prevede correttamente al capitolo 7 un'integrazione della rete di emergenza con i servizi dedicati all'assistenza primaria e ciò rappresenta senz'altro un'esigenza assai sentita da tempo, in quanto consentirebbe di intervenire più efficacemente in quella zona grigia dove spesso si intersecano le competenze dei servizi di emergenza e quelle dell'assistenza primaria, soprattutto nell'ambito delle cure a persone anziane e/o disabili con patologie croniche e/o degenerative.

Nel citato capitolo 7 il Piano così recita: *“La Rete regionale d’Emergenza Urgenza ed i servizi presenti nel territorio realizzano un’integrazione funzionale per costruire un sistema integrato in grado di garantire al cittadino, in tutti i casi di necessità, la presa in carico con la necessaria efficienza.”*

E con questa citazione sostanzialmente esaurisce l'argomento, giacché non dà alcuna indicazione circa le modalità di realizzazione di questa integrazione, se non teoricamente auspicarla.

E ciò si traduce in un'altra eclatante occasione mancata del Piano in parola, perché il tema dell'integrazione tra assistenza primaria, emergenza ed ospedali assume rilevanza primaria per costruire una rete di intervento efficace ed efficiente.

Nella prima parte del Piano si è scesi nel minimo dettaglio per fissare tipo, numero, postazioni, orari, equipaggi dei mezzi di soccorso, mentre dove si dovrebbe definire almeno uno schema generale circa le modalità concrete di integrazione tra questi e la rete di assistenza primaria, ci si è limitati a meno di mezza pagina di mere e ripetitive enunciazioni teoriche.

8. Relativamente all'integrazione della rete di emergenza con i servizi dedicati all'assistenza primaria viene citata al paragrafo 7.1 la Centrale operativa dell'assistenza primaria rispondente al numero 116117, la cui attivazione è prevista in ragione di una per ogni AAS, quindi complessivamente cinque.

Convieni qui richiamare quanto indicato alla fine del paragrafo 5.2.4 del Piano: *“La distribuzione dei mezzi di soccorso così come elaborata nel presente piano, dovrà a regime essere rimodulata in considerazione del trasferimento dei codici bianchi sotto il coordinamento della centrale 116117; tale revisione riguarderà in particolare la parte di integrazione di ambulanze BLS.”*

Vi è quindi la previsione di scorporare le autoambulanze BLS dal Sistema 118 per costituire a livello di ogni singola AAS un gruppo di autoambulanze BLS dedicate ai codici bianchi, con un calo sia di efficienza che di efficacia dell'intero sistema, ma anche con una certa confusione/ridondanza operativa: l'utente dovrebbe autovalutare il proprio codice colore per chiamare la Centrale appropriata, qualora sbagliasse l'operatore della Centrale erroneamente coinvolta, accorgendosi dell'errore, provvederebbe a contattare la Centrale giusta, quindi un codice bianco che chiamasse per errore il 118 sarebbe da questo dirottato al 116117, peraltro con nessun danno se non impiegare due operatori al posto di uno; se invece un codice verde, o anche giallo, ritenendo di essere bianco (anche per “scaramanzia”), chiamasse il 116117, questo si dovrebbe accorgere dell'errore e quindi trasmettere l'allarme al 118, ma in questo caso oltre alla ridondanza potrebbe emergere un danno per il ritardo determinato dal raddoppio dei tempi connessi alla ricezione dell'allarme; ma torniamo al primo caso di codice bianco che chiama il 118, che dirotta la chiamata al 116117, che provvede all'invio dell'autoambulanza BLS, se nel frattempo il paziente si dovesse aggravare, situazione di riscontro non eccezionale nelle Centrali operative, chi si chiama? Il 116117 che allerta il 118? o direttamente il 118 che invia un'autoambulanza ALS e informa 116117? L'autoambulanza BLS viene sospesa? O ambedue i mezzi raggiungono l'ex codice bianco?

9. I suddetti momenti di ridondanza/confusione trovano ulteriore incremento da quanto previsto al paragrafo 7.3 del Piano circa la separazione dei trasporti secondari inter-ospedalieri in due tipologie facenti capo ciascuna a soggetti diversi, per cui i trasporti inter-ospedalieri “in emergenza” saranno in capo al 118, gli altri trasporti inter-ospedalieri e quelli per dimissione protetta saranno invece in capo all'ospedale, che dovrà dotarsi di autoambulanze ALS o BLS-D, quindi ulteriori gruppi “autonomi” di autoambulanze si aggiungono a quelli del 116117. Tutto ciò comporterà inevitabilmente un calo sia di efficienza che di efficacia dell'intero sistema, determinando un forte incremento dei costi, vista l'esigenza di costituire più gruppi “indipendenti” di autoambulanze sullo stesso territorio, nonché una relativa diminuita disponibilità di autoambulanze, in quanto ciascun gruppo caratterizzato da competenze operative rigidamente delimitate.

Nel secolo scorso nelle aree urbane dove coesistevano servizi di autoambulanze rigidamente separati, l'uno dedicato solo al soccorso e trasporto primario, l'altro ai soli trasporti secondari inter-ospedalieri, accadevano non di rado disservizi quando un ente non aveva più mezzi disponibili per rispondere all'incremento di domanda e magari l'altro aveva i mezzi liberi, ma che non potevano intervenire nell'altrui competenza; e comunque la somma di mezzi operativi dei due enti risultava superiore a quella che sarebbe stata necessaria se l'ente gestore fosse stato unico.

Un ritorno all'antico quando Croce Rossa, Ospedali, Misericordie, Pubbliche Assistenze provvedevano ai soccorsi e trasporti ciascuno in piena autonomia e con un proprio numero telefonico; e proprio per ovviare a ciò fu pensato il 118.

Momenti di confusione e ridondanza saranno di riscontro quotidiano.

Forse occorrerà creare una quarta Centrale dedicata all'informazione per spiegare al cittadino (e probabilmente agli stessi operatori sanitari) quale numero chiamare: il 118 o l'ospedale o il 116117?

10. Sfuggono le ragioni dell'inserimento in questo capitolo delle modalità di esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (TSO), la cui descrizione pare peraltro né esatta né esauriente, soprattutto sembrando ignorare che la legge regionale, la n.72 del 23 dicembre 1980, che tutela la salute mentale, interviene anche sul TSO, affidando al medico del Dipartimento di Salute Mentale la convalida della proposta di TSO (vedi art. 12 della citata legge).

11. Relativamente al “Centro Regionale Antidoti” da attivare presso la Centrale Regionale 118, premesso che l'attivazione di un centro di stoccaggio di antidoti è provvedimento condivisibile, si osserva che lo stesso troverebbe assai più razionale collocazione presso uno degli ospedali hub, dove gli antidoti sarebbero immediatamente disponibili all'uso, e comunque non vi sarebbe alcun ostacolo all'invio degli antidoti ad altri ospedali tramite 118.

Certamente con caratteristiche organizzative ed operative ben diverse da quelle indicate nel Piano, che sembra ignorare che molti dei principali antidoti che sono classificati in classe 1 devono poter essere somministrati entro 30 minuti, per cui deve esserne assicurata una congrua disponibilità presso tutti i servizi di emergenza (anche in base alla specifica risoluzione CEE 3 dicembre 1990). Che poi un'ulteriore scorta sia stoccata presso un unico centro pare opportuno, ma precisando che degli antidoti di classe 1 solo pochissimi sono costosi e specifici per un determinato tipo di avvelenamento (in pratica FAB antidigitale, idrossocobalamina, siero antirabbico), mentre i più sono farmaci che hanno anche altre e varie indicazioni d'uso, e le stesse considerazioni valgono anche per buona parte degli antidoti di classe 2 (da somministrare entro 2 ore).

Va quindi evidenziato che individuare un ospedale hub quale punto di stoccaggio garantirebbe più efficienza, potendosi giovare delle strutture di farmacia già presenti presso tali ospedali, piuttosto che sviluppare una nuova struttura presso la Centrale di Palmanova, dotata di farmacista o meglio farmacisti, in quanto dovrebbe essere comunque operativa h24 365 giorni all'anno, e verosimilmente per poche prestazioni al mese.

Ma è stata fatta una simulazione sul fabbisogno di antidoti in regione? Non sembra condivisibile l'affermazione ad inizio paragrafo circa l'imprevedibilità delle necessità quali-quantitative di antidoti; esistono anche a livello nazionale autorevoli indicazioni per guidare le scelte per l'approvvigionamento e l'adeguato stoccaggio di antidoti, che non sono semplici, ma neppure impossibili.

12. Nell'ultimo paragrafo relativo all'impatto economico del Piano è riportata una tabella di variazione dei costi riguardanti essenzialmente le risorse extraospedaliere dedicate all'emergenza.

Dal semplice confronto tra quanto enunciato nei vari capitoli in cui si articola il Piano ed i numeri indicati nella sopra citata tabella il totale da questa riportato appare decisamente sottostimato, non essendo considerati i seguenti costi:

a) personale necessario ad espletare tutte le ulteriori funzioni assegnate alla Centrale Operativa unica, oltre alla ricezione dell'allarme e l'invio dei mezzi di soccorso, come indicate nel paragrafo 5.1, p. es.: *“Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso, Monitoraggio della formazione delle figure professionali, Gestione della documentazione sanitaria degli interventi effettuati, Controllo e gestione della rete dei defibrillatori automatici, ecc.*, tutte attività che rivolgendosi all'intero territorio regionale richiederanno risorse umane aggiuntive in numero non trascurabile e comunque tale da non giustificare la stima di un risparmio per la sola Centrale stimato pari al 40% (vedi anche successivi punti b ed l);

b) personale medico dedicato a “coadiuvare” il direttore della Centrale Operativa 118, come previsto al paragrafo 5.1.1;

c) attuazione e gestione delle elisuperfici e piazzole di atterraggio per il volo notturno come previste ai paragrafi 5.2.3 e 5.2.6, ma anche maggiori costi tecnici per il volo notturno (p.es. 2 piloti), per cui l'incremento previsto in spesa corrente pare assai sottostimato, nel mentre si tace relativamente alle ingenti risorse per gli investimenti necessari alla realizzazione delle elisuperfici, dell'ordine complessivo di decine di milioni di euro;

d) sostituzione del personale sanitario convenzionato con personale dipendente in tutti gli equipaggi di soccorso territoriale come previsto al paragrafo 5.2.3, per cui l'incremento di spesa corrente annuale è certo, ma non quantificabile in base ai dati disponibili;

e) risorse umane necessarie a garantire la piena operatività delle aree di emergenza, come previste al paragrafo 5.5.3, per cui l'incremento di spesa corrente annuale è certo, ma non esattamente quantificabile in base ai dati disponibili;

f) attivazione e gestione delle autoambulanze dedicate ai trasporti secondari previste in capo ai presidi ospedalieri nel paragrafo 7.3, di cui è prevedibile una spesa corrente annua di almeno

3.000.000 di euro, ma probabilmente di più;

g) attivazione e gestione di 5 centrali operative 116117, con una spesa minima presumibile per il solo personale ivi applicato di non meno di E 1.500.000 all'anno, oltre ai costi di conduzione locali, tecnologie di trasmissione, utenze, ecc. per cui è presumibile un costo complessivo di spesa corrente annuale non inferiore ai 2.000.000 di euro;

h) gestione delle autoambulanze dedicate ai codici bianchi coordinate dalle Centrali 116117 (vedi paragrafo 5.2.4), per cui l'incremento di costo pare inevitabile, ma non esattamente quantificabile in base ai dati disponibili;

i) risorse umane necessarie alla gestione del Centro regionale antidoti come previsto al capitolo 9.

In conclusione relativamente all'impatto economico del Piano pare che nel complesso l'incremento dei costi sia stato assai sottostimato e che emergano vistose inefficienze di sistema.