

**36° Congresso Nazionale**  
**#anarti2017** Riva del Garda (Tn)  
**8-9-10 novembre**



**il nursing**  
**NELLA SOPRAVVIVENZA**

**25 anni dalla Legge  
Istitutiva dei sistemi  
di emergenza,  
quali competenze per  
gli infermieri?**

**Marco Vigna**



**..si alle competenze  
avanzate....**

**..... ma in quale contesto  
organizzativo e operativo ?**

I contesti organizzativi sono molto diversi tra regione e regione spesso anche tra provincia e provincia della stessa regione

quindi.....

- Sviluppiamo le competenze avanzate a prescindere dai contesti organizzativi/operativi ?
- Standardizziamo questo approccio anche se i modelli organizzativi sono molto diversi ? Anche se la possibilità di farli evolvere «infermieristicamente è bassa ?

- facciamo una norma nazionale che definisca i percorsi formativi standardizzati, le competenze da acquisire per lavorare nel sistema di emergenza preospedaliera .....
- Modifichiamo il DPR 27 marzo 1992 che è alla base delle differenze tra i territori ?

## Il dibattito sulle differenze

All'inizio del 2000 abbiamo acquisito consapevolezza rispetto a un sistema 118 pensato come nazionale che si stava sviluppando a livello regionale sulla base di scelte programmatiche molto diverse

## Il dibattito sulle differenze

Andiamo all'origine del sistema di emergenza territoriale nel nostro paese, cosa succedeva prima cdI 118 e prima del DPR 27 marzo 92 e cos'è successo dopo

# Prima del 118



## Prima del 118

Fino a metà anni '80 il sistema di soccorso sanitario si reggeva prevalentemente su iniziative locali gestite dal volontariato, da privati e più diffusamente dalla CRI

per effetto della legge del Capo Provvisorio dello Stato, il 13/11/1947 n. 1256 che attribuiva alla stessa il *compito di disimpegnare sul piano nazionale il pronto soccorso ed il trasporto infermi e degli infortunati ...*”.

# Prima del 118

- La CRI non era però stata dotata di strutture sufficienti per espletare tutti i servizi di soccorso né per coordinarli in modo adeguato.
- Proliferazione delle piccole centrali: anche in città di limitate dimensioni erano presenti più centrali che coordinavano piccole flotte di ambulanze di diversi enti o associazioni (Enti Ospedalieri, CRI, ANPAS e Misericordie). Nel 1977 a Bologna si contavano ben 8 piccole centrali operative.
- La presenza di personale infermieristico (inf generici) o medici era rara, tutto il sistema di soccorso territoriale (meglio dire trasporto) era completamente separato dal sistema di diagnosi e di cura ospedaliero

## **Prima del 118**

In alcune città (es. Torino, Roma, Milano e Firenze) il Comune aveva organizzato centrali di ricezione e smistamento delle chiamate sul modello delle centrali dei Taxi. Comunque iniziative completamente scollegate dal contesto ospedaliero e da qualunque pianificazione della presenza dei mezzi e del personale del soccorso.

# Prima del 118

Contestualmente il sistema ospedaliero veniva riorganizzato: DPR 128-129-130/1968

**La Legge 132/68** Con questa legge, viene disciplinata l'organizzazione strutturale degli ospedali, la loro distinzione in categorie e la loro funzione nell'ambito della programmazione nazionale e;

.....

**h) servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto;**

.....

Fino al 1992 non era presente a livello nazionale alcuna norma/indicazione programmatica che disciplinasse il sistema di emergenza territoriale compreso il sistema di gestione delle chiamate

# Prima del 118

In Italia il primo numero breve di emergenza fu, nel **1954**, il

**116** ACI - Servizio Soccorso Stradale

Il servizio nazionale di soccorso della Polizia di Stato **113**

venne istituito nel **1968**.

Il **112** che collega ai Carabinieri nacque nel **1976**.

Il **115** numero unico nazionale dei Vigili del fuoco è attivo dal **1987**.

L'ultimo numero di emergenza ad essere attivato è stato, nel **1990**, il **118**.

## Prima del 118

**1967 - Il tentativo di utilizzare il 116 come numero telefonico unico nazionale per le chiamate di pronto soccorso sanitario stradale.**

Il Ministero della Sanità fornì ai Medici provinciali, precise disposizioni per attivare il numero telefonico unico nazionale 116 per le chiamate di pronto soccorso sanitario stradale fornendo indicazioni sull'organizzazione del servizio

# Prima del 118

*.....occorre rilevare che il trasporto dei traumatizzati stradali di una certa gravità richiede ambulanze idonee, e fornite di adeguata, attrezzatura e di personale idoneo..*

***.....il traumatizzato grave deve essere preferibilmente trasportato direttamente a una sede qualificata di trattamento, evitandosi per quanto possibile, tappe intermedie presso "pronti soccorsi" isolati e scarsamente attrezzati le quali in genere costituiscono soltanto danno e perdite di tempo.***

# Prima del 118

## 1978 – riforma sanitaria – la sanità cambia *verso*

- ✘ Condizione di uguaglianza di tutti i cittadini in tutto il territorio nazionale di fronte alle prestazioni sanitarie
- ✘ Tutta l'attività sanitaria viene svolta da una medesima struttura
- ✘ Superamento del sistema mutualistico con estensione a **tutti** i cittadini dell'assistenza sanitaria

## dopo la 833, ma prima del 118

L'emergenza territoriale resta fuori dal processo di modernizzazione delle sistema sanitario

Anzi, in alcune realtà arretra !

- Remunerazione del servizio: anche dopo l'entrata in funzione della riforma 833/78 la remunerazione resta spesso ancorata al precedente modello mutualistico:
- Soccorso territoriale compreso tra le *prestazioni integrative* (insieme a protesica e cura denti e quindi a rimborso delle singole prestazioni

# Dopo la 833, ma prima del 118

I modelli di programmazione ospedaliera prevedeva il trasporto al Pronto Soccorso più vicino e da qui la necessità di riqualificare tutti i Pronto Soccorso e la sostanziale inutilità di un sistema di soccorso avanzato.

... anche le Regioni più avanzate (v. Emilia-Romagna) negli anni '70 invece di adeguare la rete dei mezzi di soccorso scelsero di investire ingenti risorse in attrezzature e personale dei Pronto Soccorso periferici  
....

# Dopo la 833, ma prima del 118

Nello stesso periodo in alcune realtà singoli professionisti e amministratori percepiscono l'arretratezza del sistema e si comincia a sperimentare guardando soprattutto all'esperienza francese (SAMU). Lo slogan è *«portare l'ospedale sul territorio»*

# Dopo la 833, ma prima del 118

## Il caso Bologna – il sistema di soccorso «costola» del sistema di emergenza ospedaliero

**15 aprile 1978** –Soccorsi alle vittime del deragliamento ferroviario di Murazze di Vado (48 morti e 117 feriti)

I

**2 agosto 1980** - Attentato terroristico alla stazione di Bologna (85 morti 291 feriti)

**Novembre 1980 terremoto in Irpinia** – Personale e mezzi di Bologna Soccorso restano quattro mesi nella zona terremotata

**1982** – Bologna Soccorso viene incaricata di effettuare voli di soccorso in Libano.

**1983** si realizza l'integrazione della CRI con Bologna Soccorso.

**23 dicembre 1984** - Strage del Rapido 904 - la Strage di Natale 1984 17 morti e 267 feriti

**1986 deraglia il treno Roma Monaco** sulla ferrovia del Brennero in località Camposanto (MO) 58 feriti

**Giugno 1986** viene attivato a Bologna il primo servizio di elisoccorso completamente integrato nel sistema di emergenza territoriale

## Dopo la 833, ma prima del 118

1986 il Ministero della Sanità emana una circolare riguardante l'istituzione del numero unico di emergenza sanitaria sulla base del documento *“Relazione finale del 29.4.1987 della Commissione di Studio presieduta dal Prof. Cravero”*

La circolare non ebbe pratica attuazione anche a causa delle contrarietà espresse dalla maggioranza delle Regioni, dalla CRI, dall'ANPAS e dalle Misericordie

# In vicinanza del 118

1989 – La Direzione Ministero della Sanità, prova a *forzare* le opposizioni all'attivazione del 118 prevedendone una attivazione sperimentale.



1990 - La realizzazione sperimentale fu prevista in 5 città sedi del campionato mondiale di calcio. In realtà il 118 fu collegato solo a Udine e a Bologna.

La nascita del 118 avvenne a Bologna l'1.6.1990 e dopo pochi giorni a Udine. In questo modo il Ministero riuscì ad attivare il 118, ma non un unico sistema di coordinamento lasciando intatte le piccole centrali della CRI, dell'ANPAS e delle Misericordie

**dopo il 118 a Bologna e a Udine Prima del DPR 27/3/92**

**Dall'ottobre 91 al dicembre 92 si attivano incontri con le Regioni per i necessari interventi normativi per la messa in funzione del 118: si afferma il modello “Bologna Soccorso” alternativo a quello della realizzazione di un corpo statale dedicato al soccorso sanitario.**

Nell'ottobre 1991 la questione 118 ha una improvvisa e inattesa accelerazione a livello nazionale. Vari casi di *"malasanità"* richiamano l'attenzione dei giornali e delle TV sul problema delle "emergenze". Il Ministero della Sanità pone il problema alla Conferenza Stato Regioni che attiva varie riunioni nelle quali viene predisposto un documento che ripropone a livello nazionale le indicazioni programmatiche della Regione Emilia-Romagna.

## Il DPR 27 marzo 92

Il 27 marzo 1992 il Presidente della Repubblica Francesco Cossiga firma il Decreto Presidente della Repubblica **“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”**, conosciuto anche come ***“Decreto istitutivo del 118”*** che ripropone per intero il modello organizzativo sperimentato a Bologna

# Il modello “Bologna Soccorso”:

- piena integrazione del sistema di emergenza territoriale con l'emergenza ospedaliera (la costola)
- integrazione del servizio pubblico con il volontariato,
- identificazione dell'Infermiere come responsabile operativo della centrale
- attribuzione della responsabilità ad un medico
- classificazione dei servizi per tipologia di gravità e codice colore (Rosso, Giallo e Verde).
- standard di programmazione del servizio sulla base dei tempi di soccorso (8'-20')

# Autonomia delle Regioni nel definire le modalità di gestione del 118

Il decreto forniva comunque alcune importanti indicazioni su aspetti organizzativi specifici che, se attuate, avrebbero potuto creare maggiore uniformità del sistema a livello nazionale, in particolare per

...

## **...requisiti personale dell'emergenza**

*“..Il Governo determina gli standard  
tipologici e di dotazione dei mezzi di  
soccorso ed i requisiti professionali  
del personale di bordo, di intesa con  
la Conferenza Stato-Regioni..”.*

## Modalità di acquisizione di servizi da altri enti

*“..Le Regioni possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, ....., sulla base di uno schema di convenzione definito dalla Conferenza Stato-regioni, su proposta del Ministro della sanità...”*

**... dotazioni tecnologiche :**

*“..Le centrali operative della rete regionale devono essere compatibili tra loro e con quelle delle altre regioni in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi per consentire la gestione del traffico interregionale. ...entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente sono definiti gli standard di comunicazione e di servizio”.*

Sulla base di tale impostazione il 118 è stato realizzato in tutte le regioni in circa 15 anni (dal 1990 al 2005), ma i modelli organizzativi e gli assetti gestionali, in quanto adottati in completa autonomia dalle singole regioni o dalle singole aziende sanitarie, sono estremamente diversi gli uni dagli altri.

- Aziende 118 Regionali (Lombardia, Lazio e in parte Sicilia)
- 118 gestito da singole e aziende sanitarie ma con un «forte» coordinamento regionale.
- 118 gestito da e da singole e aziende sanitarie senza un coordinamento a livello regionale

Regioni Nord + Toscana Marche e Umbria: modelli organizzativi fondati sull'integrazione delle componenti già esistenti: modelli organizzativi fortemente adattivi che frequentemente sono diversi all'interno della stessa regione

Altre Regioni: modelli organizzativi fondati sulla programmazione ex novo (programmazione del compasso) con scarsa integrazione delle componenti già esistenti

**buona percezione del sistema 118  
soprattutto Nord/Centro**

- Dimensione bacino centrali (da 200.000 a 4 milioni di residenti)
- Differenze notevoli nella formazione e impiego del soccorritore (da 10 anni si sta tentando di definirne il profilo)
- Significative differenze nella consistenza e composizione della rete dei mezzi di soccorso e relativo personale
- Differente configurazione dei sistemi di elisoccorso

# La misurazione delle performances del 118

2008 - Ministero della Salute Flusso EMUR PS+118 (decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza").



2015 - Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli  
IN CORSO – Analisi Centrali, mezzi ed elisoccorso

	Emilia Romagna	Veneto	Friuli V. Giulia	Lombardia
		mezzi medicalizzati		
Ore settimanali	8.265	8.131	1.008	8.250
Ore anno	428.768	422.822	52.416	429.025
Residenti	4.457.115	4.927.596	1.235.808	10.002.615
<b>mezzi/residenti</b>	<b>90.591</b>	<b>101.810</b>	<b>205.968</b>	<b>203.678</b>
mezzi medicalizzati	49,2	48	6	49
		mezzi con infermiere		
Ore settimanali	14.176	12.684	5.208	6.357
Ore anno	737.193	659.568	270.816	330.570
Residenti	4.457.115	4.927.596	1.235.808	10.002.615
<b>mezzi/residenti</b>	<b>52.809</b>	<b>65.266</b>	<b>40.124</b>	<b>264.340</b>
mezzi con infermiere	84,4	76	30,8	38
		mezzi ALS e ILS		
Ore settimanali	22.441	20.815	6.216	14.608
Ore anno	1.165.961	1.082.390	323.232	759.595
Residenti	4.457.115	4.927.596	1.235.808	10.002.615
<b>mezzi/residenti</b>	<b>33.362</b>	<b>39.771</b>	<b>33.582</b>	<b>115.039</b>
mezzi ALS e ILS	133,6	124	36,8	87

Stima costi sistema 118 Emilia-Romagna -2014		
	costo annuo	costo pro capite
Mezzi di soccorso terra (Gestione diretta + convenzionato)	€ 88.956.742	€ 20
Tecnologie	€ 9.065.720	€ 2
Elisoccorso	€ 15.642.555	€ 4
Centrali 118	€ 8.736.795	€ 2
<b>Totale</b>	€ 122.401.812	<b>€ 27</b>
FSR	€ 7.823.000.000	€ 1.755
% costo 118 su FSR		<b>1,6 %</b>

Conclusioni:

ritengo che sia auspicabile:

sostenere la necessità di verificare i diversi modelli organizzativi e gestionali sulla base di dati scientifici

condividere e promuovere i percorsi che mettono a confronto le varie soluzioni regionali/provinciali per arrivare a definire un modello unico nazionale con norme nazionali che stabiliscano le tipologie e competenze del personale

- essere fiduciosi che ciò sarà possibile anche se in tempi non brevi

intanto:

attivare percorsi di acquisizione di competenze avanzate in emergenza coerenti con il contesto operativo esistente e/o le ragionevoli prospettive di evoluzione del sistema

l'organizzazione deve essere consapevole che il mantenimento delle competenze avanzate richiede oltre alla formazione una presenza dell'infermiere in contesti operativi nei quali siano attesi un minimo numero di casi ad elevata criticità.

- A tal fine è auspicabile la predisposizione di schemi organizzativi che prevedano la **rotazione** del personale tra le varie postazioni in relazione alla minore o maggiore casistica attesa.
- Ove all'interno della rete delle postazioni di emergenza territoriale non siano disponibili postazioni con elevato numero di interventi, è opportuno prevedere **la rotazione** del personale infermieristico tra aree critiche ospedaliere ed emergenza territoriale

Saper cogliere le opportunità di  
sviluppo delle competenze  
avanzate prioritariamente quando  
ci sono contesti favorevoli e  
soprattutto *professionisti motivati*



*Grazie a  
tutti. marco*

