

Comunicato n. 87

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(in Gazz. Uff., 30 maggio 1992, n. 126) relativo al D.P.R. 27 marzo 1992,
"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di
assistenza sanitaria di emergenza"

Articolo unico

A norma dell'art. 18, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092 (testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana), si pubblica il testo del documento richiamato dell'art. 3, comma 6, del decreto del Presidente della Repubblica citato in epigrafe, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 76 del 31 marzo 1992.

**DOCUMENTO SUL SISTEMA DELLE EMERGENZE SANITARIE APPROVATO DAL
GRUPPO DI LAVORO STATO-REGIONI IL 2 DICEMBRE 1991**

Definizione del sistema delle emergenze sanitarie.

Stante l'attuale assetto istituzionale deve riconoscersi la necessità da parte del Servizio sanitario nazionale di garantire e gestire le prestazioni di emergenza per tutti i servizi in cui è articolata l'unità sanitaria locale, coinvolgendo sia le competenze dei settori assistenziali (ospedaliera, psichiatrica, medicina di base) sia quello dei settori che controllano altri fattori di rischio.

Appare allora opportuno, dopo questa premessa, passare alla definizione del sistema delle emergenze sanitarie articolato in momenti organizzativi che indicano l'intervento sanitario in emergenza:

- a) allarme;
- b) interventi sul territorio;
- c) risposta organizzativa (intraospedaliera, o dei servizi territoriali dell'unità sanitaria locale). Al «sistema» delle emergenze e alla costituzione di detto sistema concorrono il sistema direzionale delle emergenze, l'assetto della rete ospedaliera, l'assetto dei servizi territoriali, i flussi informativi.

A. Allarme.

A.1. Istituzione del numero unico(118).

L'introduzione del «118» non deve essere concepita come un'ulteriore numero telefonico che va ad aggiungersi a quelli esistenti (servizi delle unità sanitarie locali, enti e/o associazioni o privati esterni al Servizio sanitario nazionale), ma deve significare il superamento della frammentazione delle opzioni oggi a disposizione dell'utente.

A.2. Corretta fruizione del numero unico.

Istruzione alla popolazione.

L'obiettivo che si intende raggiungere con l'istruzione alla popolazione non è quello perseguito fino a qualche anno fa di «insegnare» al cittadino alcune manovre di intervento diretto sul malato con la presunzione di diminuire il «free therapy interval», ma piuttosto quello di metterlo nelle condizioni, attraverso idonee campagne di informazione, di accedere correttamente ai sistemi di emergenza e di fornire agli operatori del sistema le necessarie informazioni per permettere agli stessi di organizzare un puntuale intervento e cioè:

- 1) abituare a chiamare un unico numero telefonico per ogni emergenza sanitaria (118);
- 2) insegnare alla popolazione e dare l'ubicazione esatta del luogo dell'emergenza;
- 3) insegnare a rispondere a semplici domande circa la natura dell'emergenza (fuoco, trauma, malattia), la gravità ed altri elementi che possono avviare la complessa macchina sanitaria in modo corretto e permettere l'eventuale contemporaneo allertamento di organizzazioni sussidiarie necessarie ad integrare la sanità (vigili del fuoco, polizia, mezzi pesanti di soccorso).

A.3. Sistema di recepimento delle chiamate:

bacini d'utenza, struttura della centrale operativa.

A.3.1. Definizione del bacino d'utenza.

Nelle regioni dove è già operante il sistema è prevalso l'orientamento a definire la competenza territoriale di ogni singola centrale 118 a livello provinciale. Tale soluzione trova giustificazione nell'attuale struttura della rete telefonica pubblica che consente gli instradamenti delle chiamate effettuate sul numero 118 solo a livello di distretto telefonico e quindi i territori di competenza delle centrali forzosamente corrispondono a quelli di uno o più distretti telefonici riconducibili all'ambito territoriale di provincia.

Inoltre gran parte degli altri servizi di emergenza non sanitari (prefetture, centrali operative dei vigili del fuoco, questure, ecc.), con cui è necessario un costante collegamento operativo, hanno prevalentemente una divisione di competenza basata su ambiti provinciali. L'organizzazione delle centrali operative sanitarie su base provinciale consente altresì di coordinare un numero di interventi sufficiente a giustificare la presenza di operatori specializzati e a mantenere un buon livello di capacità di intervento nelle situazioni complesse. Ad esempio, nel settore delle chiamate destinate ai servizi ambulanze, che rappresentano la maggioranza delle emergenze territoriali, si hanno indici di 1 appello/anno ogni 30 abitanti. Ma su 100 interventi, solo 4 hanno necessità di un intervento specializzato con applicazione di tecniche rianimatorie. Si ha cioè la necessità di dare una risposta specializzata/anno ogni 750 abitanti.

Per raggiungere come minimo la quota di una risposta specializzata al giorno (corrispondente a 60/anno per operatore di centrale) bisogna lavorare su un territorio con più di 250.000 abitanti (anche questi elementi sono desunti dall'esperienza finora sviluppata).

A.3.2. Struttura della centrale.

Le recenti esperienze delle regioni che hanno sperimentato sistemi di emergenze confortano ampiamente la tesi di chi sostiene che le centrali di coordinamento possono essere poste al di fuori del blocco ospedaliero ma all'interno dell'area ospedaliera senza creare problemi organizzativi, ma anzi producendo razionalizzazione gestionale per i seguenti motivi:

- 1) i rapporti tra area assistenziale e centrale avvengono solitamente per via telefonica e non necessitano quindi di collegamenti fisici;
- 2) i blocchi ospedalieri solitamente hanno scarsi spazi a disposizione e quindi è corretto porre al di fuori di essi ciò che non interagisce obbligatoriamente con i reparti;
- 3) le particolari necessità strutturali delle centrali (percorsi tecnologici divisi da quelli operativi, box lavoro, ecc.) difficilmente trovano semplice realizzazione in edifici preesistenti. L'esperienza sin qui acquisita ha peraltro già ampiamente dimostrato che le centrali realizzate riciclando vecchi locali hanno un costo notevolmente superiore a quelle costruite ex novo;
- 4) costruire le centrali all'interno dell'area ospedaliera può comunque rispondere alla necessità di contenere i costi di gestione potendo utilizzare i contigui servizi dell'ospedale (mense, uffici tecnici, lavanderia, ecc.).

A.3.3. Dimensionamento strutturale delle centrali modello di riferimento.

Come più sopra esposto il modello di riferimento è mutuato dell'esperienza effettuata nelle regioni che hanno sperimentato sistemi di emergenza:

- 1) adeguato numero di locali tecnici per gli impianti (radiotelecomunicazioni climatizzazione, accumulatori di energia, ecc.);
- 2) area operativa divisa in box;
- 3) area direzionale e multifunzionale (uffici, sale riunioni, briefing, attesa, didattica, ecc.);
- 4) area di servizio operatori (spogliatoio, servizi igienici, ecc.);
- 5) aree dedicate per le sezioni di: potenza degli apparati di ricetrasmissione, sistema antennistico e di informatica.

A.3.4. Contenuti tecnologici delle centrali.

A.3.4.1. Apparati ricetrasmittenti in radiofrequenza.

Per quanto attiene la definizione della rete radio si rimanda a quanto contenuto nel documento (allegato 1) che si dà per acquisito in quanto costituisce accordo fra i Ministeri interessati.

A.3.4.2. Apparati di telefonia.

La centrale operativa costituisce il nodo di confluenza della rete per l'emergenza sanitaria che è costituita da moderne centrali numeriche ubicate in tutti i distretti interconnesse tra di loro tramite una maglia di circuiti dedicati; ulteriori collegamenti permettono di integrare tutte le strutture, sanitarie e non, che possono essere coinvolte in caso di emergenza.

L'affidabilità, caratteristica vitale per questo servizio, è assicurata oltre che dalla tecnologia utilizzata e dalla rete di interconnessione, da collegamenti con la rete radio regionale e dall'eventuale impiego di una centrale operativa mobile equipaggiata anche con apparecchiature per collegamenti radio.

A.3.4.3. Sistema informatico. Permette da un lato l'elaborazione statistica dell'attività, dall'altro fornisce una serie di informazioni utili alla gestione dell'intervento di soccorso. I terminali possono infatti indicare all'operatore dati relativi alla località (riferimenti, viabilità, presidi di emergenza non sanitaria, sede di distretto e di guardia, medica, ecc.), nonché tutte quelle informazioni, a cui è possibile accedere al fine di poter garantire un corretto percorso all'emergenza che si sta trattando.

A.4. Modalità organizzative della centrale.

Ogni centrale dell'emergenza sanitaria afferisce ad una direzione medico-ospedaliera, individuata di norma nell'ambito della direzione dei servizi di assistenza ospedaliera e nel responsabile del Dipartimento di emergenza.

Il personale di centrale, formato da infermieri professionali, deve poter usufruire, h 24, di un medico di appoggio disponibile operativamente nell'ambito del servizio ospedaliero/i afferente/i al sistema delle emergenze. Il personale di centrale deve aver seguito un particolare iter formativo teorico-pratico per essere in grado di gestire le complesse tematiche inerenti il coordinamento delle risorse, l'interfaccia con l'utenza, le comunicazioni telefoniche, la geografia stradale, la sicurezza, i protocolli operativi sanitari ed organizzativi, gli interventi complessi con la partecipazione di unità dell'emergenza non sanitaria.

B. Intervento del territorio.

Spetterà alla centrale operativa decidere e coordinare il tipo di risposta interventuale che dovrà essere fornita e che dovrà graduarsi a seconda della tipologia e della gravità della domanda. Per quanto attiene il soccorso sanitario primario esso dovrà estrinsecarsi in un periodo di tempo non superiore agli 8 minuti per gli interventi in area urbana e di 20 minuti per le zone extra-urbane (salvo particolari situazioni di complessità orografica). Bisognerà comunque operare per tendere ad un processo di razionalizzazione distributiva dei mezzi di soccorso per garantirne il massimo utilizzo sia in termini di risorse tecnologiche che umane, anche attraverso schemi di convenzioni tipo da definirsi a livello regionale e da stipularsi, in modo uniforme a livello di unità sanitarie locali, con gli enti e le associazioni di volontariato.

C. Risposta organizzativa (intraospedaliera, o dei servizi territoriali dell'unità sanitaria locale).

La creazione del sistema delle emergenze avrà come «sottoprodotto la possibilità di gestire tutta l'attività di trasporto secondario, l'attività connessa ai trapianti e prelievi d'organo, trasporto urgente di sangue, ecc. Non si deve pensare di risolvere il problema,

assunto recentemente agli onori della cronaca, attraverso l'istituzione delle centrali operative. Esse avranno un ruolo di regolatore nei confronti della movimentazione e del corretto indirizzo dei pazienti, ma presupposto essenziale alla completa fruibilità della loro potenzialità è l'innescio di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera che nello specifico deve riferirsi ad un'assioma ormai pienamente acquisito a livello europeo e cioè:

«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».

Non può certo essere questo documento a definire il futuro assetto dell'assistenza ospedaliera in Italia, ma doveroso appare suggerire la necessità di gerarchizzare le strutture ospedaliere rispetto alle risposte da dare alla patologia in essere, ed allora vanno nuovamente definiti chi come e dove è in grado di corrispondere alle diverse esigenze anche al fine di evitare la proliferazione di strutture complesse e costose che, proprio per le loro caratteristiche, debbono essere utilizzate al massimo del rendimento, e non solo saltuariamente, in modo da impedire spreco di mezzi sofisticati e di personale qualificato.

Più semplice appare il rapporto con le emergenze afferenti ai servizi non ospedalieri dell'Unità sanitaria locale perchè per come si sono sviluppati hanno al loro interno connotati e differenziazioni che ne stabiliscono una gerarchia di interventi a seconda della complessità e della gravità dell'«incidente» da affrontare.

Raccomandazioni.

In relazione a quanto sopra specificato e al fine di armonizzare l'intera materia delle emergenze extraospedaliere si ritiene opportuno inviare ai competenti Ministeri le seguenti raccomandazioni.

Al Ministro dei trasporti.

In accordo con il Ministero della sanità aggiornamento della « Normativa tecnica ed amministrativa relativa alle ambulanze» secondo le seguenti indicazioni:

a) ampliamento delle classificazioni delle ambulanze con l'introduzione della categoria "Ambulanza per il soccorso avanzato" aventi dimensioni e caratteristiche strutturali simili a quelle in uso negli altri paesi CEE». La stessa normativa potrà prevedere i casi di deroga per le ambulanze da impiegarsi in aree «svantaggiate» sotto il profilo urbanistico;

b) introduzione dei limiti di impiego delle ambulanze nelle attività di soccorso avanzato e di primo soccorso rispettivamente definiti in 5 anni o 150.000 km e 7 anni o 300.000 km.

I mezzi che giungono ai limiti di impiego vengono declassati nella categoria immediatamente inferiore;

c) le ambulanze di soccorso avanzato e di primo soccorso devono essere dotate di cronotachigrafo.

Al Ministero della sanità.

Al fine di omogeneizzare le soluzioni tecnologiche e quindi la possibilità di interallacciare i vari sistemi 118 delle singole regioni si suggerisce di definire un protocollo aggiuntivo all'attuale convenzione con la SIP che prevede quanto segue:

la SIP si impegna a fornire alle singole regioni reti ed impianti telefonici tra di loro compatibili ed in grado di gestire, in modo del tutto automatico, il traffico tra una rete regionale e l'altra simulando in tutto, ivi compresa la qualità e la velocità della connessione, l'appartenenza ad un'unica rete nazionale.

Al fine di omogeneizzare la capacità assistenziale dei singoli mezzi di soccorso il Ministero della sanità è invitato ad emanare una propria direttiva che definisca in modo organico le dotazioni strumentali delle singole ambulanze nonché la professionalità del personale da adibire al servizio di soccorso assistito, di primo soccorso e di trasporto infermi.

Le regioni dovranno di conseguenza armonizzare le proprie legislazioni in riferimento a quanto previsto per la concessione delle autorizzazioni sanitarie al «trasporto infermi e soccorso». Al fine di promuovere una prima omogeneizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni di soccorso extraospedaliero, si invita il Ministero della sanità ad emanare norme che definiscano quanto segue:

le attività di primo soccorso e soccorso assistito sono da considerarsi a carico del Servizio sanitario nazionale solo nei casi in cui siano disposte e coordinate dalle centrali operative 118.

Al Ministero delle poste e delle telecomunicazioni.

Al fine di attivare rapidamente a livello regionale e nazionale i collegamenti che si rendono necessari per coordinare adeguatamente le attività di soccorso assistito, primo soccorso e trasporto infermi effettuate da enti pubblici e privati si invita il Ministero delle poste e delle telecomunicazioni a procedere all'assegnazione delle relative frequenze secondo quanto previsto nel documento:

«Programmazione degli impieghi dei radiocollegamenti nelle emergenze sanitarie».