



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA
“118” E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE - DISEGNI DI
LEGGE NN. 1715 – 179 – 1127 – 1634 - 2153 e 2231**

Senato della Repubblica – Commissione Igiene e sanità -

Audizione FNOMCeO 9 settembre 2021

Illustre Presidente, Illustre Relatore, Illustri Componenti della Commissione, questa Federazione, Ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza della materia oggetto di disciplina dei disegni di legge in esame in sede redigente presso codesta Commissione in ordine alla ridefinizione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118.

La FNOMCeO evidenzia che dall'esame dei disegni di legge in titolo risultano esserci profonde differenze nell'impostazione degli stessi.

In particolare, con riferimento al disegno di legge n. 1715, adottato nella seduta del 24 giugno 2020 come testo base, si rileva come esso preveda all'art. 4 (Personale del SET 118) il passaggio dei medici operanti presso il Sistema di emergenza territoriale alla dirigenza medica, nonché l'attribuzione di compiti di coordinamento e supervisione ai medici impegnati nelle centrali operative. Il suddetto articolo dispone che il personale medico dedicato all'attività di soccorso territoriale non può essere stabilmente allocato a funzioni interne ai presidi ospedalieri se non per il certificato stato di inidoneità sopravvenuta all'attività sui mezzi mobili di soccorso e solo ove non risultino sguarniti i presidi fissi di emergenza territoriale.

Si stabilisce inoltre che il personale medico e infermieristico e gli autisti soccorritori dipendono giuridicamente e funzionalmente dal SET 118 e i relativi contratti di lavoro sono stipulati dalle aziende sanitarie locali



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

competenti per territorio con le modalità previste dai contratti collettivi nazionali di categoria.

Ciò detto, in considerazione del fatto che codesta Commissione nella seduta del 5 agosto 2021 ha convenuto di istituire un Comitato ristretto per l'elaborazione di uno schema di testo unificato, **questa Federazione ritiene di evidenziare alcuni principi cardine che potrebbero risultare di interesse al fine della predisposizione dello stesso.**

- Il SET 118 deve essere un servizio territoriale dove lavorano medici dipendenti con specializzazione in medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza e equipollenti e medici convenzionati con idoneo percorso formativo di quattro anni (3 + 1) con indirizzo specifico nel quarto anno nella medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza. Al fine di esercitare l'attività indicata i medici convenzionati nel corso del primo anno di formazione dovranno acquisire l'apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Al termine del triennio i medici convenzionati, anche durante l'attività lavorativa, dovranno partecipare all'anno di perfezionamento.
- Conservare il numero 118, specificamente dedicato alle emergenze sanitarie, allo scopo di agevolare la rapidità degli interventi.
- Garantire una formazione ECM sempre più efficace del personale medico e infermieristico che opera nel sistema di soccorso (basic life support and defibrillation (BLS-D);-pediatric basic life support (PBL);-emergenze traumatologiche;-immobilizzazione e trasporto del politraumatizzato (ITP);-emergenza ostetrica/ginecologica;-aspetti di comunicazione;-utilizzo delle apparecchiature di telemedicina).
- Sviluppare a livello provinciale l'organizzazione del 118, sulla base anche delle esperienze acquisite durante la pandemia.
- Prevedere lo sviluppo del teleconsulto e l'integrazione con la medicina generale.
- Organizzare la rete del 118 per contiguità e per competenza e il sistema di soccorso per livello di complessità dell'intervento.
- Appropriatelyzza clinica e assistenziale.
- Integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura.

- Innovazione tecnologica del sistema di emergenza e urgenza sia per la gestione del soccorso che per il trattamento dei pazienti.
- Garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema sanitario di emergenza e urgenza e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio.
- Equità di accesso tempestivo alle procedure e alle strutture più appropriate per il trattamento di patologie tempo-dipendenti (come nel caso di emergenze cardiologiche, traumi, ictus).
- La direzione della Centrale operativa 118 va attribuita con selezione pubblica a un Direttore medico di Struttura complessa nella disciplina: “medicina e chirurgia di accettazione e d’urgenza” e equipollenti. A tale selezione possono partecipare anche i medici convenzionati in possesso della specializzazione. Qualora ci fosse un’organizzazione con più centrali operative il modello dipartimentale sarebbe preferibile per dare dignità al sistema.
- Il personale medico che opera per più di cinque anni presso il Servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica con contratto in convenzione a tempo indeterminato può traslare su domanda nella dirigenza medica.
- Il volontariato va regolamentato al fine che questo sia inteso come integrazione e supporto e mai sostitutivo delle strutture aziendali, prevedendo altresì laddove risulti sostitutivo una progressiva sostituzione con risorse aziendali.
- Integrazione funzionale del SET-118 con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), nel cui ambito devono attuarsi collegamenti del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso.
- Modifica del decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, concernente “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

Per la FNOMCeO si ritiene inoltre indispensabile affermare che il mezzo di soccorso avanzato è l’ospedale portato nel territorio con il medico e l’infermiere che lavorano insieme con le loro specifiche competenze.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Pertanto si rileva che la nomenclatura è importante per assicurare assistenza di livello avanzato ai cittadini. Il mezzo che il sistema emergenza e urgenza territoriale deve avere a disposizione deve essere composto, a parere di questa Federazione, come di seguito riportato:

- 1) Mezzo di soccorso avanzato con medico e infermiere con un rapporto 1/60.000 abitanti, salvo il caso di aree disagiate e difficili da raggiungere (es. aree montane, isole minori e i centri abitati più piccoli e più periferici).
- 2) Mezzo di soccorso medicalizzato con equipaggio composto da personale medico e da volontari.
- 3) Mezzo di soccorso infermieristico con equipaggio composto da personale infermieristico e da volontari.
- 4) Ambulanza BLSL con volontari di livello avanzato formati e idonei.

In conclusione la FNOMCeO auspica lo sviluppo continuo delle competenze di tutti i professionisti operanti nel sistema di soccorso e nel sistema salute in generale, riconoscendone la centralità in un servizio sanitario nazionale di sempre più alta qualità. L'auspicio è che si proceda alla riforma del Sistema 118 e alla stabilizzazione che interessa tanti operatori. Comprendere quanto sia prezioso il lavoro di questi medici, di questi professionisti, è il primo passo per valorizzarlo con contesti organizzativi adeguati, per appropriatezza, efficacia, efficienza. E, in primis, per quanto riguarda la sicurezza degli operatori, troppo spesso esposti ad infezioni, come è accaduto durante la pandemia, ad aggressioni e al burnout. Gli operatori del 118 sono sempre in prima linea, vicini ai cittadini nei momenti più drammatici e delicati della loro vita, quelli che fanno la differenza tra la vita e la morte. E ancor più lo sono stati durante la pandemia di Covid, quando, accanto alla loro mission di soccorso, hanno, senza esitare, adempiuto a compiti che non erano i loro, facendosi custodi dei pazienti e rimanendo loro accanto quando i parenti e gli amici non potevano assisterli. Ed è in questa vicinanza umana e consolatoria che si sono manifestati, ancora una volta, i principi del Codice e del Giuramento.

Celerità, efficienza, efficacia: sono queste le caratteristiche che deve avere un buon sistema di Sistema di Emergenza Territoriale. In Italia, negli ultimi anni, il Sistema di Emergenza Territoriale 118 è stato, invece, sistematicamente depotenziato. Prima attraverso la chiusura del 31% delle centrali operative; poi con l'affermazione di modelli gestionali che hanno sostituito, con costi molto maggiori, il governo sanitario del Sistema con modalità di governo amministrativo; infine con la progressiva



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

desertificazione della presenza a bordo dei mezzi di soccorso del SET-118 di personale sanitario medico – infermieristico. Quando il paziente è in imminente pericolo di vita, abbiamo il dovere di garantire che, nei tempi previsti dall'attuale normativa, arrivi un mezzo di soccorso con un equipaggio sanitario in grado di effettuare, in modo pertinente e integrato, diagnosi e terapia potenzialmente salvavita, e quindi con medico e infermiere a bordo. La presenza di un medico a bordo, secondo le evidenze, fa la differenza riguardo a tutte le condizioni cliniche di emergenza, medica e chirurgica, in cui il ragionamento clinico diagnostico-differenziale precoce, conseguente alla valutazione obiettiva del paziente, e non riferita tramite telefono, unitamente alla terapia medica di emergenza precoce assumono comprovato ruolo salvavita, come, ad esempio, nell'arresto cardiaco improvviso. Non possiamo più accettare che tagli alla sanità vadano a inficiare questa garanzia, risparmiando a scapito della sicurezza dei cittadini. Invece attualmente, non sempre e non dappertutto i mezzi di soccorso avanzato portano a bordo la miglior squadra possibile per un'assistenza efficace e tempestiva: medico (che può fare la diagnosi e prescrivere la terapia), infermiere (cui compete l'assistenza del malato) e autista soccorritore. Tre professionalità che, lavorando in sinergia, garantiscono la miglior ripresa del paziente, riuscendo, in alcuni casi, ad evitare accessi inappropriati in ospedale, perché la terapia inizia e in certi casi si esaurisce direttamente sul posto per poi continuare a domicilio. Oggi nelle diverse Regioni abbiamo le più variegate procedure e organizzazioni. L'assistenza deve invece essere uguale da Bolzano alla Sicilia: in qualunque posto si trovi, il paziente deve essere trattato nella miglior maniera e nel minor tempo per assicurargli una sopravvivenza di qualità. Questo significa concretizzare quella tutela dei diritti, alla salute, all'uguaglianza, che, come Ordine, siamo chiamati a garantire.

Dunque auspichiamo che codesta Commissione possa procedere ad una riforma del sistema di emergenza-urgenza sanitaria "118" che renda il sistema dei soccorsi sempre più efficace, efficiente ed uguale sul territorio nazionale e che valorizzi ruoli e professionalità.

Grazie per l'attenzione

FNOMCeO