



*“In un terreno di morte
combatti”*
Sun Tzu



LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO
Martedì 8 ottobre 2019

SANITÀ LA STABILIZZAZIONE DEI MEDICI CONVENZIONATI, SI AUSPICA UNA SANATORIA NAZIONALE

«Per il servizio 118 è urgente la riforma»

Balzanelli: non più differibile, organici carenti



118 Il direttore nazionale Mario Balzanelli

Contributi per una riforma legislativa del 118

I principi essenziali

Il 118

Cosa è

- Un **Sistema** ad elevata complessità gestionale
- Un **Sistema di Soccorso Sanitario**
- Il **Sistema Territoriale** di gestione delle emergenze urgenze ed eventi straordinari

Cosa non è

- Un mero numero telefonico
- Un Servizio di Taxi Sanitario
- Un Sistema Ospedaliero o misto

PECULIARITA' LEGISLATIVA ASSOLUTA



**SISTEMA
TEMPO DIPENDENTE**

FUNZIONE

- **Garantire il soccorso sanitario tempo dipendente in caso di:**
 - Emergenza**
 - Urgenza**
 - Maxiemergenza**
 - Acuzie minori**
 - Emergenze umanitarie**
 - Coordinamento alle altre attività extra ospedaliere**

STRUTTURA

Dipartimento

Dipartimento del Territorio

- **Perchè**
 - **MACRO** - struttura ad elevata complessità gestionale

STRUTTURA

■ DIPARTIMENTO

- Accezione **italiana** → aggregazione di più unità operative
- Accezione **inglese** → **macrostruttura di elevata specialità** con unità e servizi accomunati dagli stessi interessi scientifici ed assistenziali (Cogwheel Report, 1967, Division / Department)

MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

- **Aspetti giuridici → D.L.gs. 19 giugno 1999,
n. 229**

“L’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie”

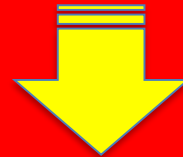
MODELLO ORGANIZZATIVO

DIPARTIMENTO

- Gestione apicale affidata a **Dirigenza Sanitaria**, sia **Medica (Direttore di Dipartimento)** sia **Infermieristica (Responsabile Assistenziale di Dipartimento)**, quindi di ruolo e previo superamento di concorso, responsabile e garante di qualità, di appropriatezza e di risultato.
- Gestione compartecipata degli attori tramite il Comitato di Dipartimento (medici, infermieri, autisti-soccorritori) – **Livello deliberante e collegiale**
- Costi generali minori rispetto ad altri modelli
- Costi accessori ridotti in quanto parte del sistema ASL

MODELLO ORGANIZZATIVO

- **DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA
TERRITORIALE 118**



- **DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO**

MODELLO ORGANIZZATIVO

- **DIPARTIMENTO → 2 livelli**
 - **Provinciale → DPR 27/3/ 1992** – Corpi istituzionali dello Stato in termini di emergenza (Prefettura, Questura, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, Guardia di Finanza).
 - **Regionale**

MODELLO ORGANIZZATIVO

- **DIPARTIMENTO** **PROVINCIALE** **→**
Strutturale

Motivazioni

- ◆ **Giuridica**
Allineamento e coordinamento del Centro di Responsabilità del Sistema rispetto a tutti i Corpi Istituzionali dello Stato coinvolti su un dato territorio nella gestione delle emergenze
- ◆ **Clinica → mortalità per IMA (morti ogni 100.000 abitanti 2012 – 2016) – ISTAT – Indice della Salute 2019 – Sole 24 Or**

Mortalità per infarto miocardico acuto

Morti ogni 1000 abitanti 2012-2016

POS.	PROVINCIA	VALORE	PUNTI
1	Sassari	1.28491	1000,0
2	Taranto	1.41474	940,1
3	Bari	1.45922	919,6
4	Prato	1.49958	901,0
5	Barletta- Andria-Trani	1.52854	887,6
6	Latina	1.63488	838,6
7	Palermo	1.65451	829,5
8	Nuoro	1.66721	823,6
9	Foggia	1.67117	821,8
10	Lecce	1.68484	815,5

Il Sole **24 ORE**

ABBONATI

QDV
30 ANNI



Qualità
della vita
1990.2019

Indice della salute

MODELLO ORGANIZZATIVO

- **DIPARTIMENTO PROVINCIALE** →
Strutturale

Componenti

- ❑ **Centrale Operativa (+ Sala Operativa)** → DPR 27/3/1992 – GU 114 serie generale del 17/5/ 1996
- ❑ **Unità Operative Territoriali (Strutture)** → postazioni mobili, fisse, PPI
- ❑ **Comitato di Dipartimento (livello deliberante e collegiale)** → medici, infermieri, autisti-soccorritori
- ❑ **Aree di Governo Clinico provinciali (moduli organizzativi):** Formazione, Maxiemergenze, Rischio Clinico, VRQ, Trasporti speciali

MODELLO ORGANIZZATIVO

■ **DIPARTIMENTO**

REGIONALE



Funzionale

Componenti

- ❑ **Comitato di Dipartimento Regionale** → costituito dai direttori di dipartimento provinciali e rappresentanza di medici, infermieri, autisti-soccorritori,
- ❑ **Aree di governo clinico regionale:** Qualità, Risk Management, Formazione, Maxiemergenze, Trasporti speciali, Elisoccorso

La Centrale Operativa

118

Cosa è

- Il **Centro** Direzionale di **responsabilità** del Sistema
- Il **Centro di Coordinamento** di tutte le attività di Sistema
- La sede delle **attività dirigenziali e di governo clinico** del Sistema
- Centro di ricezione, interpretazione, prioritizzazione delle chiamate e di erogazione di **risposte terapeutiche salvavita** mediante le **istruzioni prearrivo**.

Cosa non è

- Un **mero Call Center** di ricezione e smistamento delle chiamate
- Una **mera Sala Operativa** di risposta ed invio dei mezzi di soccorso

ORGANICI

■ **MEDICI** →

Componenti

- ❑ Piante organiche dedicate, previste obbligatoriamente a livello regionale
- ❑ Standard minimo, da correggersi per area urbana, intermedia, extraurbana, metropolitana → 1: 60.000

ORGANICI

■ INFERMIERI →

Componenti

- ❑ Piante organiche dedicate, previste obbligatoriamente a livello regionale
- ❑ Standard minimo, da correggersi per area urbana, intermedia, extraurbana, metropolitana → 1: 60.000

ORGANICI

■ AUTISTI-SOCCORRITORI →

Componenti

- La Base → il profilo professionale dell'autista-soccorritore
- La visione → Inquadramento giuridico secondo il codice Terzo Settore

LA STABILITA' DEGLI ORGANICI

- MEDICI – INFERMIERI – AUTISTI-SOCCORRITORI →
STRUMENTO → **misure incentivanti**
 - ☐ **Indennità** di rischio ambientale e biologico

MEZZI DI SOCCORSO

- Pianificazione preventiva a livello regionale del **calcolo dei numero dei mezzi di soccorso sulla base dei tempi di percorrenza** →

Obiettivo

Tempistiche di intervento coerenti con gli standard temporali legislativi di arrivo sulla scena in area urbana (8 minuti dalla chiamata in CO118) ed extraurbana (20 minuti dalla chiamata in CO118)

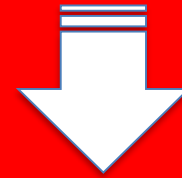
TEMPI DI SOCCORSO



La catena della sopravvivenza



Accesso diretto al 118

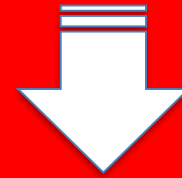


**Modello di 112 “parallelo”
e non “sostitutivo”
rispetto agli altri numeri di emergenza**

Sul **piano legislativo** europeo → art.1,
comma 2 della Direttiva 91/ 396/ CEE



Accesso diretto al 118

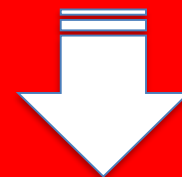


**Modello di 112 “parallelo”
e non “sostitutivo”
rispetto agli altri numeri di emergenza**

Sul **piano della necessità clinica** → **COVID-19**



Accesso diretto al 118

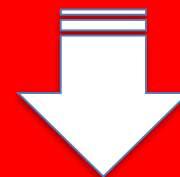


**Modello di 112 “parallelo”
e non “sostitutivo”
rispetto agli altri numeri di emergenza**

- ❑ **Sul piano delle Tempistiche operative di intervallo “Allarme – Target” → accesso diretto, quindi “passaggio singolo” e non “doppio” mantenendo la garanzia di risposta all’utenza non italiana**



Accesso diretto al 118

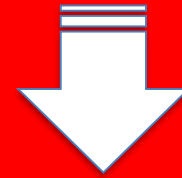


**Modello di 112 “parallelo”
e non “sostitutivo”
rispetto agli altri numeri di emergenza**

- ❑ **Sul piano dello stato dell'arte europeo → 20 Paesi dell'UE con modello “parallelo” e 8 con modello “sostitutivo” → Austria, Bulgaria, Cipro, Germania, Ungheria, Lituania, Polonia, Slovenia, Belgio, Croazia, Rep.Ceca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Slovacchia, Spagna e Gran Bretagna.**



Accesso diretto al 118



**Modello di 112 “parallelo”
e non “sostitutivo”
rispetto agli altri numeri di emergenza**

- Sul piano della velocità di risposta finale “sul paziente” →
EUROCALL STUDY 2016**



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Clinical paper

Time delays to reach dispatch centres in different regions in Europe. Are we losing the window of opportunity? – The EUROCALL study[☆]



Nikolaos Nikolaou^{a,*}, Maaret Castrén^b, Koenraad G. Monsieurs^c, Diana Cimpoesu^d, Marios Georgiou^e, Violetta Raffay^{f,g}, Rudolph Koster^h, Silvija Hunyadi-Antičevićⁱ, Anatolij Truhlář^{j,k}, Leo Bossaert^l, The EUROCALL investigators¹

^a Konstantopouleio General Hospital, Athens, Greece

^b Dept. of Emergency Medicine and Services, Helsinki University Hospital and Helsinki University, Helsinki, Finland

^c Antwerp University Hospital and University of Antwerp, Antwerp, Belgium

^d Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași, Romania

^e American Medical Center, University of Nicosia, Cyprus

^f Municipal Institute for Emergency Medicine, Novi Sad, Serbia

^g Serbian Resuscitation Council, Novi Sad, Serbia

^h Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands

ⁱ Center for Emergency Medicine, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

^j Emergency Medical Services of the Hradec Králové Region, Hradec Králové, Czechia

^k Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, University Hospital Hradec Kralove, Czechia

^l University of Antwerp, Antwerp, Belgium

ARTICLE INFO

Article history:

Received 14 July 2016

Received in revised form 19 October 2016

Accepted 30 October 2016

Keywords:

Emergency medical services

Medical dispatch

Emergency medical service calls

Emergency medical services response times

Cardiopulmonary Resuscitation

ABSTRACT

Aim: In out of hospital cardiac arrest (OHCA) the start of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) by a single rescuer may be delayed considerably if the total time (TT) to connect the telephone call to the Emergency Medical Communication Centre (EMCC) is prolonged. EUROCALL investigated the TT-EMCC and its components using different calling procedures.

Methods: This prospective, multicentre, randomised study was performed in April 2013. Telephone calls were randomly allocated to time of call, and to those connecting directly to the EMCC (1-step procedure) and those diverted before connecting to the EMCC (2-step procedure).

Results: Twenty-one EMCCs from 11 countries participated in the study. Time to first ringtone was similar between 1-step 3.7 s (IQR 1.0–5.2) and 2-step calls 4.0 s (IQR 2.4–5.2). For the 1878 1-step calls, the median TT-EMCC was 11.7 s (IQR 8.7–18.5). For the 1550 2-step calls, the median time from first ringtone to first call-taker was 7 s (IQR 4.6–11.9) and from first call-taker to EMCC was 18.7 s (IQR 13.4–29.9). Median TT-EMCC was 33.2 s (IQR 24.7–46.1) and was significantly longer than the TT-EMCC observed with the 1-step procedure ($P < 0.0001$). Significant differences existed among participating regions between and within different countries both for 1-step and 2-step procedures.

Conclusion: TT-EMCC was significantly shorter in a 1-step procedure compared to a 2-step procedure. Regional differences existed between countries but also within countries. This may be relevant in cases of OHCA and other situations where patient outcome is critically time-dependent.

© 2016 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe

**Jan-Thorsten Gräsner^{a,n,*}, Johan Herlitz^b, Ingvild B.M. Tjelmeland^{a,c}, Jan Wnent^{a,n,o},
Siobhan Masterson^d, Gisela Lilja^e, Berthold Bein^{f,g}, Bernd W. Böttiger^h,
Fernando Rosell-Ortizⁱ, Jerry P Nolan^{j,k}, Leo Bossaert^l, Gavin D. Perkins^{i,m}**

^a University Hospital Schleswig-Holstein, Institute for Emergency Medicine, Kiel, Germany

^b Prehospiten-Centre for Prehospital Research, Faculty of Caring Science, Work-Life and Social Welfare, University of Borås, Borås, Sweden

^c Division of Prehospital Services, Oslo University Hospital, Norway

^d National Ambulance Service and National University of Ireland, Galway, Ireland

^e Lund University, Skane University Hospital, Department of Clinical Sciences Lund, Neurology, Lund, Sweden

^f Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Asklepios Hospital St. Georg, Hamburg, Germany

^g Semmelweis University, Faculty of Medicine, Hamburg, Germany

^h Medical Faculty and University Hospital of Cologne, Germany

ⁱ Servicio de Urgencias y Emergencias 061 de La Rioja, Spain

^j Warwick Clinical Trials Unit, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, CV4 7AL, UK

^k Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Bath, UK

^l University of Antwerp, Antwerp, Belgium

^m University Hospital Birmingham, Birmingham, B9 5SS, UK

ⁿ University Hospital Schleswig-Holstein, Department of Anesthesia and Intensive Care Medicine, Kiel, Germany

^o University of Namibia, School of Medicine, Windhoek, Namibia

Abstract

In this section of the European Resuscitation Council Guidelines 2021, key information on the epidemiology and outcome of in and out of hospital cardiac arrest are presented. Key contributions from the European Registry of Cardiac Arrest (EuReCa) collaboration are highlighted. Recommendations are presented to enable health systems to develop registries as a platform for quality improvement and to inform health system planning and responses to cardiac arrest.

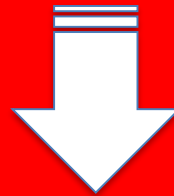
Keywords: Cardiac arrest, Epidemiology, Incidence of cardiac arrest

Chain of survival

In Europe, 112 is the universal emergency call number (<http://data.europa.eu/eli/dir/2002/21/oj>). By dialling 112, European citizens can reach an EMS dispatch centre either directly (1-step) or via an emergency call answering service which will route their call to an emergency medical dispatch centre (2-step). Most European countries also have a local emergency call number. It has been shown that the time from first ringtone to response from EMS dispatch centre is significantly longer when the call is routed via an emergency call answering service compared to directly received in an EMS dispatch centre.⁴³ In a French study it was shown that the 30-day survival for patients with OHCA was better when the initial call was received via a 1-step procedure compared with 2-step procedure.⁴⁴

TEMPI DI SOCCORSO

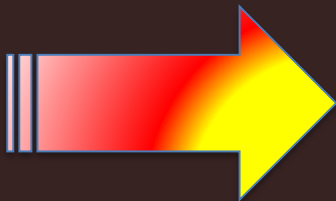
Dotazione delle **CO118**
della **geolocalizzazione**



Obbligatoria, ai sensi del **decreto del 12/11/ 2009**,
n° 43535, pubblicato sulla **Gazzetta ufficiale – Serie generale**
n° 30 del 6 febbraio 2010.

Emergency location

see where you are when you need help





CRITERI E STANDARD DEL SERVIZIO “118”

a cura della Società Italiana Sistema 118

Meeting Consensus – Roma 3-4 luglio 2012

I Edizione