



**siiet** | società italiana infermieri  
emergenza territoriale



**SIEMS**  
Società Italiana  
Emergenza Sanitaria

# IL SISTEMA DI SOCCORSO PRE-OSPEDALIERO IN ITALIA: SURVEY 2021

*Società Italiana degli Infermieri di Emergenza Territoriale  
Società Italiana Emergenza Sanitaria*



**siiet** | società italiana infermieri  
emergenza territoriale

***A cura di:***

Almerinda Giomi  
Cristina Corbetta  
Danilo Riccardo Bonada  
Eleonora Brioschi  
Enrico Lucenti  
Flavio Gheri  
Giuseppe Maria Sechi  
Lucia Colombi  
Maurizio Migliari  
Michele Pirovano  
Roberto Di Silvestre

*Si ringraziano i Referenti Regionali SIIET e SIEMS per l'importante compito svolto nella raccolta dati; grazie al loro impegno è stato possibile raggiungere quella dimensione capillare che dà valore a questo elaborato. Grazie ai "Comitati Scientifici" delle due Società per la validazione dei dati.*

*Si ringraziano altresì i Direttori e i Coordinatori delle C.O. che hanno condiviso i dati contribuendo al raggiungimento dell'obiettivo del progetto*

***Indice***

|   |    |
|---|----|
| Introduzione  | 6  |
| Principali caratteristiche e organizzazione del Sistema di Soccorso Pre-Ospedaliero in Italia | 8  |
| Risultati dell'indagine SIEMS/SIIET   | 11 |
| Il personale delle Centrali Operative   | 12 |
| I mezzi di soccorso: numero e composizione dell'equipe  | 14 |
| Adozione di algoritmi/protocolli infermieristici  | 16 |
| I requisiti di accesso dei professionisti sanitari  | 18 |
| Conclusioni   | 22 |

*Negli anni successivi al 1992, data di nascita del Sistema 118 nazionale, le amministrazioni regionali hanno creato, in tempi più o meno lunghi, sistemi difformi dal punto di vista organizzativo e gestionale; non a caso le Commissioni Ministeriali create per monitorare lo stato del sistema di emergenza hanno sottolineato a più riprese questa difformità, che era dovuta, spesso, ad una logica organizzativa mossa più da criteri economici che dalla ricerca di una efficienza operativa. Eppure, negli anni il sistema di emergenza, laddove ben organizzato, aveva dimostrato efficienza ed efficacia tanto da essere inserito nei LEA. L'analisi rappresentata in questo studio altro non è che la conferma, ancora una volta, delle differenti realtà organizzative regionali e da essa emerge la necessità di una revisione organizzativa profonda di tutto il sistema dell'emergenza. E' necessario che il sistema di emergenza rappresenti un "unicum", a livello nazionale con l'obiettivo di fornire una risposta definita da precisi standard qualitativi e quantitativi, atti a garantire, come scritto nella Costituzione, un diritto alla salute equanime ed uguale per tutti i cittadini, anche in emergenza.*

*E' in atto, al momento, una forte discussione sulla riorganizzazione del sistema e sui vari modelli organizzativi. Tale discussione appare superflua laddove non si tenga conto dei dati di attività e di quali siano i reali bisogni e le necessità della cittadinanza che emergono sulla base dei dati epidemiologici ed operativi e non da dichiarazioni personali, spesso dettate da interessi diversi.*

**Mario Costa, Presidente SIEMS**

*La Survey SIET/SIEMS sul sistema di emergenza preospedaliero evidenzia le difformità, in tutti gli ambiti, che da tempo stiamo denunciando.*

*E' necessaria più che mai una revisione del sistema, partendo da una nuova norma nazionale che lo ridisegni negli aspetti fondamentali, volta ad una maggiore standardizzazione dei modelli gestionali ed operativi che basi, finalmente, le decisioni sulla corretta lettura dei dati e su un'ancora più corretto utilizzo degli indicatori di processo ed esito appositamente individuati per "misurare" il sistema.*

*E' necessaria una valorizzazione delle competenze, in particolar modo di quelle infermieristiche, che non sia frenata da desuete lotte interprofessionali ma che, al contrario, permetta a tutte le professioni coinvolte nel sistema di elevare la propria sfera di operatività. E' ora di disegnare un sistema di emergenza moderno, lasciando per sempre la logica del "feudo" che da anni regola quest'area e che, drammaticamente, ci viene mostrata attraverso questa survey.*

**Roberto Romano, Presidente SIET**

## ***Introduzione***

L'utilizzo di un numero unico dedicato all'emergenza urgenza sanitaria "118" ha visto la sua iniziale sperimentazione nella città di Bologna nel giugno del 1990, in occasione del campionato mondiale di calcio di "Italia 90".

A livello normativo, il DPR del 27 Marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e il successivo "Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria del 17 Maggio 1996, hanno istituito il numero unico a livello nazionale e definito l'attivazione di una Centrale Operativa per l'emergenza sanitaria, di norma, a livello provinciale.

Negli anni successivi tutte le Regioni e le province autonome si sono progressivamente allineate rispondendo così alle indicazioni ministeriali, garantendo di fatto i livelli di assistenza sanitaria in emergenza.

Il Sistema di Soccorso Pre-Ospedaliero 118 è stato istituito allo scopo di ridurre le morti evitabili e le gravi disabilità conseguenti a eventi traumatici, condizioni patologiche improvvise o acuzie di patologie croniche, garantendo inoltre la corretta applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Le risposte alle richieste di soccorso sono gestite attraverso una complessa rete di mezzi di soccorso diversificata per tipologia e per livelli di assistenza (di base o avanzata, in relazione alla professionalità dei componenti dell'equipe), coordinati da una Centrale Operativa.

A quasi 30 anni dalla emanazione del DPR 27.03.1992, norma fondamentale e innovativa che ha consentito lo sviluppo del sistema di soccorso Italia, è necessario sottolineare che l'autonomia organizzativa concessa dal DPR, unitamente all'assenza di ulteriori normative in grado di recepire i cambiamenti e le innovazioni professionali e tecnologiche, ha portato ad

una organizzazione e gestione eterogenea del sistema di soccorso pre-ospedaliero.

Nel corso degli anni si sono venute a creare notevoli differenze, all'interno delle varie Regioni e Province Autonome, e spesso anche tra Province della medesima regione, sia dal punto di vista organizzativo che per numero e tipologie di mezzi a disposizione del sistema oltre che per la professionalità del personale coinvolto.

Tali difformità, ben note agli attori del sistema, sono state ampiamente evidenziate da un'analisi condotta dalla FIASO (Federazione Nazionale Aziende Sanitarie e Ospedaliere) conclusa a Dicembre 2018, dalla quale emerge la presenza di differenze sostanziali tra i diversi modelli istituzionali ed organizzativi.

Un'ulteriore analisi condotta dal comitato scientifico della SIIET (Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale) nell'anno 2020, ha evidenziato nello specifico quanto i requisiti di accesso al sistema di soccorso pre-ospedaliero 118 per la

figura infermieristica, in termini di formazione specifica ed esperienza lavorativa pregressa in area critica, non siano definiti e conformi in tutte le Regioni italiane.

Le società scientifiche SIEMS e SIIET, quindi, hanno preso atto che sul territorio italiano la realtà organizzativa, gestionale ed operativa dell'emergenza ha assunto assetti differenti.

E' indiscutibile che la disomogeneità incida sulle performance di sistema, soprattutto sulle aree di confine tra territori di competenza delle singole centrali operative: l'attuale contesto rende difficoltoso anche il confronto tra i professionisti e il semplice "sentire comune", basato su realtà e organizzazioni simili o confrontabili.

Al fine di rappresentare efficacemente il quadro complessivo della situazione nazionale, evidenziando le realtà e le problematiche emergenti, e per inviare ai decisori politici uno "stato dell'arte" relativo al mondo

dell'emergenza italiano, SIEMS e SIIET hanno effettuato, nel maggio 2021, un'indagine conoscitiva con l'obiettivo di indagare i ruoli e le funzioni svolte dalle figure coinvolte nella gestione dell'emergenza in tutte le realtà dei 118 in Italia.

L'indagine è stata condotta mediante un questionario somministrato ai Responsabili dei servizi "118" provinciali, il cui risultato descritto nei capitoli successivi rappresenta un estratto sintetico con la finalità di mettere a disposizione dei decisori politici gli elementi conoscitivi essenziali.

### ***Principali caratteristiche e organizzazione del Sistema di Emergenza Pre-Ospedaliero in Italia***

In premessa, è utile richiamare il ruolo delle Centrali Uniche di Risposta "112" (di seguito CUR 112), numero unico nazionale per la gestione delle emergenze. Rappresenta uno strumento di coordinamento e filtro attivo per fornire una prima risposta a tutte le chiamate di soccorso. Le CUR 112 si occupano della presa in carico della chiamata, l'individuazione del tipo di emergenza richiesta e il trasferimento della stessa alle Centrali Operative di secondo livello (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, Emergenza sanitaria), che a seguire prendono in gestione il contatto per le attività necessarie alla risoluzione della specifica emergenza.

Il sistema di soccorso pre-ospedaliero ha un'organizzazione complessa, al cui interno sono presenti due tipologie di strutture: la Centrale Operativa (C.O.) ed i Punti di Emergenza Territoriale (PET).

E' importante sottolineare la necessità di una stretta cooperazione tra queste strutture (CUR 112, C.O. 118 e PET), fondamentale per poter garantire una corretta erogazione del servizio e assicurare una risposta sia in termini di tempo di arrivo che di efficacia nella risposta ai bisogni di salute del cittadino. L'integrazione tra i le strutture del Sistema di soccorso Pre-



Ospedaliero, è essenziale quanto l'integrazione dello stesso con i Servizi/Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ospedalieri.

La Centrale Operativa ha come obiettivo principale quello di garantire una corretta ricezione e processazione delle chiamate di emergenza sanitaria. Allo stesso tempo assicura l'attivazione, il coordinamento e la supervisione dei mezzi di soccorso disposti sul territorio e definisce la destinazione ospedaliera delle persone soccorse, in relazione alle specificità e distribuzione della rete ospedaliera. In determinate circostanze la C.O. 118 può inoltre fornire "istruzioni pre-arrivo" ai cittadini, affinché gli stessi possano mettere in atto manovre salvavita in attesa dell'arrivo delle equipe di soccorso.

Nelle Centrali Operative 118 operano Infermieri, medici e personale tecnico con ruoli e funzioni differenziate, in relazione alla specifica competenza professionale e all'organizzazione delle singole Centrali Operative.

I Punti di Emergenza Territoriali sono rappresentati da "stazionamenti" in cui sono presenti personale e mezzi di soccorso posizionati strategicamente all'interno del territorio di appartenenza, in base a requisiti e caratteristiche come l'orografia, la viabilità, la densità di popolazione e la distanza dagli ospedali. In linea di massima, quindi, è possibile affermare che ad oggi sono presenti tre tipologie di postazioni, ovvero il soccorso avanzato con medico ed infermiere, il soccorso avanzato infermieristico e il soccorso di base.

Nei PET operano equipe multi-professionali, costituite come detto in precedenza, da sanitari e da autisti soccorritori. Quest'ultima figura è costituita da personale tecnico, non sanitario, in possesso di specifica qualifica (acquisita mediante corso regionale), che abilita al soccorso di base; l'autista soccorritore opera in regime di dipendenza o di volontariato. Il personale sanitario dei mezzi di soccorso deve operare sulla base di evidenze scientifiche aggiornate: linee guida nazionali ed internazionali,

buone pratiche clinico-assistenziali e procedure specifiche che richiedono un costante programma di aggiornamento e verifica delle capacità operative. A tale personale sono richieste molteplici competenze e skills: manovre rianimatorie avanzate nell'adulto e nel bambino, abilità nella gestione del paziente traumatizzato, nel trattamento delle patologie cardiache, respiratorie, neurologiche, psichiatriche, tossicologiche, metaboliche ed infettive. Deve saper gestire un eventuale parto in emergenza, assistere la partoriente ed il neonato, deve inoltre essere in grado di effettuare un triage pre-ospedaliero in caso di eventi complessi e/o maggiori (maxi-emergenze). L'elevata professionalità del personale sanitario presente nei PET dovrebbe essere garantito anche grazie alle competenze acquisite mediante percorsi formativi specifici ed attività clinico assistenziale nei servizi di emergenza urgenza ospedalieri.

Al contempo sono richieste competenze specifiche e di alta specializzazione anche nell'ambito della Centrale Operativa (di seguito C.O.): agli operatori sono richieste capacità di attuare un dispatch telefonico basato su descrizione di segni e sintomi ed indicatori di criticità, conoscenze cartografiche atte alla corretta localizzazione dell'evento, conoscenza e applicazione delle istruzioni pre-arrivo, gestione, coordinamento, supervisione delle risorse a disposizione sul territorio in modo tale da poter rendere efficace, razionale ed omogenea la risposta sanitaria agli eventi. Il personale sanitario delle C.O., inoltre gestisce il riscontro, ove fornito, dei mezzi inviati sul luogo dell'evento; valuta i parametri vitali, immagini e tracciati elettrocardiografici al fine di inviare il cittadino nell'ospedale che possa fornire le giuste cure per la patologia manifestata che può non coincidere con il più prossimo al luogo dell'evento.

### Risultati dell'indagine SIEMS/SIET

Lo studio è stato condotto mediante un questionario strutturato somministrato ai Responsabili/Coordinatori delle singole Centrali Operative "118" ( hanno risposto per la C.O. e la provincia di afferenza) quantificabili in n°110 strutture. Di questi, hanno fornito riscontro, compilando il modulo elettronico in n°107, pari al 97,3%

|                    | REGIONI  | NUMERO PROVINCE | ABITANTI   | NUMERO DI MEZZI | RAPPORTO MEZZI/POPOLAZIONE *100.000 abitanti |
|--------------------|--|-----------------|------------|-----------------|--|
| <b>NORD-OVEST</b>  | Liguria<br>Lombardia<br>Piemonte<br>Valle d'Aosta  | 25              | 14.538.940 | 879             | 6  |
| <b>NORD-EST</b>    | Veneto<br>Friuli V. G.<br>Trentino A.A.<br>Emilia R.                                     | 23              | 11.654.144 | 683             | 5.8  |
| <b>CENTRO</b>      | Lazio<br>Marche<br>Toscana<br>Umbria   | 22              | 12.070.737 | 793             | 6.5  |
| <b>SUD E ISOLE</b> | Abruzzo<br>Basilicata<br>Campania<br>Calabria<br>Sicilia<br>Sardegna<br>Molise<br>Puglia | 37              | 18.570.200 | 972             | 5.2  |
| <b>TOTALI</b>      | 20   | 107             | 58.399.319 | 3327            | 5.6  |

Tabella 1: distribuzione per aree, regioni, numero province, popolazione di riferimento e numero complessivo dei mezzi di soccorso delle Strutture "118" che hanno partecipato all'indagine

I dati sono stati rappresentati con distribuzione per area geografica al fine di agevolare la lettura e fornire una rappresentazione complessiva delle diverse realtà prevalenti sul territorio italiano. Tale scelta ha il vantaggio di consentire una comprensione aggregata dei dati ma non consente di far emergere le differenze, a volte molto significative, all'interno delle singole aree e regioni

I dati raccolti e presentati in tabella 1, mostrano che l'indagine può essere considerata rappresentativa dell'intero territorio nazionale, in quanto sono stati raccolti dati di tutte le Regioni e le Province Autonome. Non hanno dato riscontro all'indagine una Provincia della Campania (Caserta) e due della Calabria (Cosenza e Reggio Calabria), corrispondente ad una popolazione di circa 1.500.000 mln. di abitanti.

Pertanto, anche in termini di popolazione di riferimento, è possibile affermare che il presente studio è rappresentativo della quasi totalità della popolazione in gestione al sistema di emergenza pre-ospedaliero in Italia.

### ***Il personale delle Centrali Operative***

Nelle C.O. sono presenti nelle 24 ore e 7 giorni su 7, personale Medico, Infermieristico e Operatore Tecnico, con una diversa distribuzione delle figure tra le diverse aree del paese. Il grafico in figura 1 mostra come nelle C.O. siano presenti in prevalenza medici ed infermieri, con proporzioni diverse tra le due professionalità. In particolare, la presenza H24, 7gg/7 è ad appannaggio esclusivo della professione infermieristica, mentre la figura medica, non è presente oppure non garantisce continuità nelle 24H nel 19% dei casi. L'assenza del medico in C.O. rappresenta un fattore limitante l'attività della struttura sia per gli aspetti di natura clinica (supporto alle equipe dei mezzi avanzati) che gestionale del soccorso. Dall'indagine emerge inoltre che in molte realtà italiane (40%) è presente con continuità

anche la figura tecnica, con attribuzioni e competenze diverse, spesso utilizzata in supporto alle figure sanitarie.

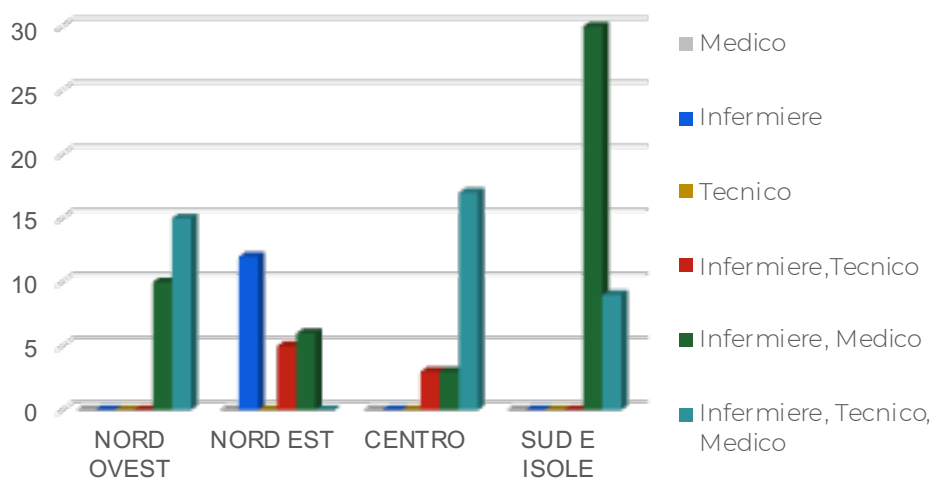


Figura 1: distribuzione delle figure professionali presenti nelle Centrali Operative h24, 7gg/7

In alcune realtà, le C.O. sono ancora organizzate a livello provinciale, così come inizialmente previsto dal DPR 76/1992 quando la tecnologia informatica e di telecomunicazione a disposizione non consentiva una diversa organizzazione.

Molte realtà nazionali hanno invece provveduto a modernizzare il loro modello organizzativo, attraverso un'aggregazione sovra-provinciale. Tale innovazione ha consentito la realizzazione di modelli organizzativi/gestionali volti a offrire al cittadino migliori capacità di risposta alle richieste di soccorso, una maggiore omogeneità del servizio nell'area di riferimento mettendo a sistema un maggior numero di risorse sia di mezzi e uomini (gestione dinamica della flotta) che di strutture sanitarie.

La riduzione del numero complessivo di C.O. favorisce anche

l'efficientamento nell'impiego di risorse umane e tecnologiche, elemento gestionale essenziale per rendere sostenibile la presenza nelle centrali di almeno un medico H24, 7gg/7.

Questa modalità organizzativa ha inoltre favorito l'inserimento dei cittadini nelle "reti di patologia", dando priorità alle patologie tempo-dipendenti come, come STROKE, STEMI, TRAUMA, e riducendo i trasporti secondari, dovuti a una ospedalizzazione non appropriata.

### ***I mezzi di soccorso: numero e composizione dell'equipe***

Mentre la tabella 1 mostra che il numero di mezzi di soccorso presenti sul territorio in ogni area è complessivamente proporzionale alla popolazione di riferimento, nel grafico della figura 2 si evidenziano le importanti divergenze riguardo alle professionalità impiegate sui mezzi di soccorso, nell'ambito del soccorso pre-ospedaliero, per garantire la cura e l'assistenza ai cittadini.

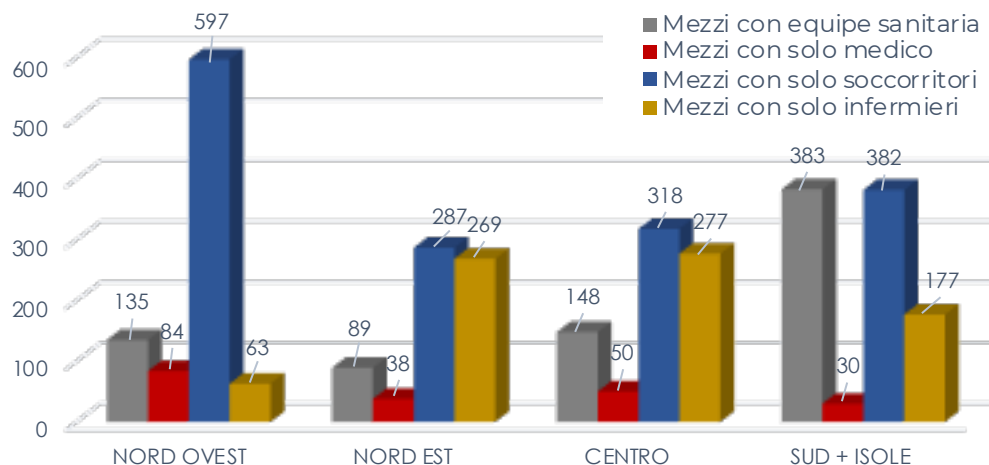


Figura 2:  
distribuzione della  
composizione  
delle equipe di  
soccorso per area  
di riferimento

Nel Nord Ovest sono prevalenti i mezzi di soccorso con solo personale “laico”, cioè soccorritore e autista/soccorritore e, in minor numero, i mezzi con figure sanitarie (infermiere; infermiere e medico; medico); al Sud e Isole, sono invece prevalenti i mezzi di soccorso con equipe sanitaria.

I mezzi con solo infermiere, quale componente sanitaria dell'equipe di soccorso, sono equamente distribuiti a nord est e centro, in misura minore in alcune regioni di nord ovest, andando a condizionare il risultato generale nell'area.

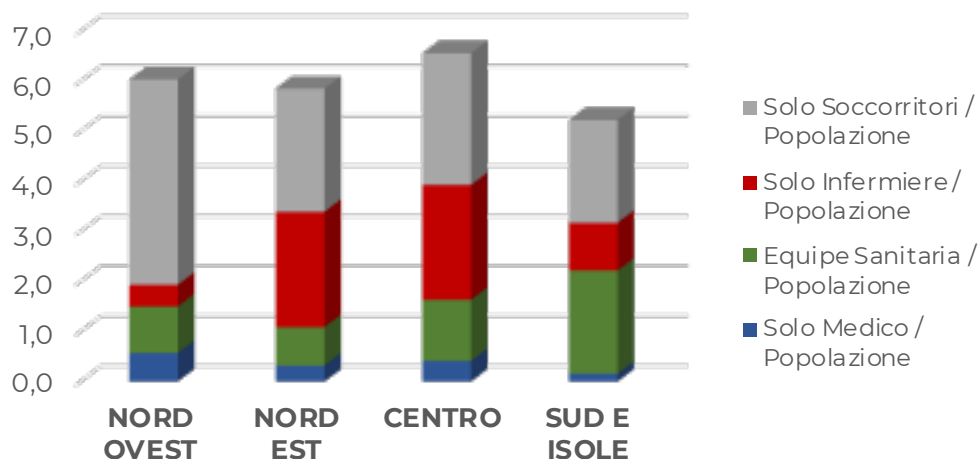
Complessivamente, la presenza dei mezzi con solo infermiere sul piano nazionale è significativa e quantificabile nel 23,6%.

E' importante sottolineare che sui mezzi di base (rappresentati nel grafico della figura 2 dall'istogramma “mezzi con solo soccorritori”) e sulla quasi totalità dei mezzi di soccorso avanzato (cilindri che identificano nel grafico della figura 2 “mezzi con equipe sanitaria ”mezzi con solo medico” e “mezzi con solo infermiere”) sono comunque presenti soccorritori e autisti soccorritori.

Tale figura, così ampiamente rappresentata nel sistema di soccorso pre ospedaliero su tutto in territorio nazionale, attende ancora di essere riconosciuta a livello normativo attraverso un atto che ne definisca ruolo, competenze e percorsi formativi omogenei e validi sull'intero territorio italiano.

La rappresentazione grafica in figura 3, fornisce una lettura del medesimo dato in rapporto alla popolazione di riferimento, sempre suddiviso per area geografica.

Figura 3:  
Rappresentazione  
della tipologia di  
mezzo di soccorso  
in relazione alla  
popolazione  
affidente all'area  
geografica  
(\*100.000 abitanti)



Anche con questa interpretazione dei dati si evidenziano le difformità sul territorio nazionale. Tali differenze sono sicuramente determinate dall'applicazione di diversi modelli organizzativi e gestionali, che impattano sul sistema anche a livello economico: sarebbe interessante poter rilanciare l'indagine con il focus sui costi del sistema, sui tempi di intervento e soprattutto sull'esito delle cure prestate ai cittadini.

### ***Adozione di algoritmi/protocolli infermieristici***

Gli algoritmi/protocolli sono documenti operativi che riportano la sequenza di valutazioni e azioni che l'infermiere, ove previsto in autonomia ma anche su esplicita indicazione del medico, pone in essere in risposta a una specifica situazione clinico-assistenziale, compresa la somministrazione di farmaci, con l'obiettivo di garantire un intervento



efficace al fine di salvaguardare le funzioni vitali del paziente. La possibilità di somministrare farmaci in situazioni di emergenza/urgenza da parte degli infermieri durante gli interventi di soccorso era stata prevista già dal DPR del 1992.

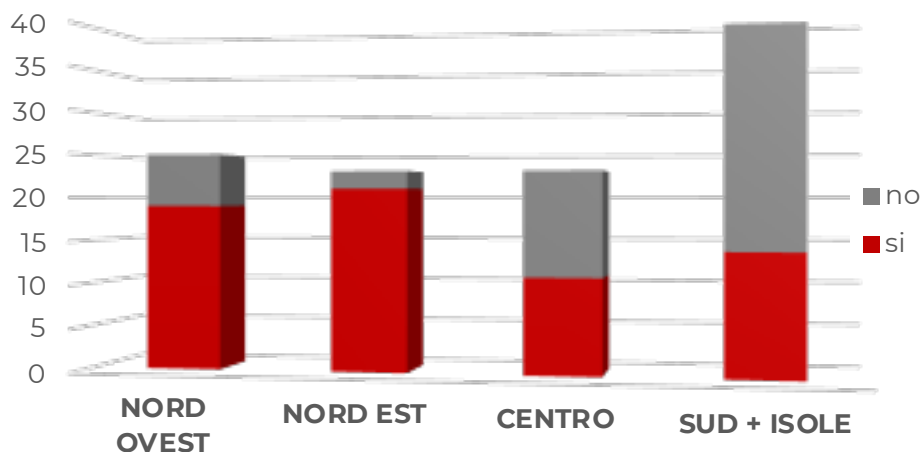


Figura 4:  
numero di  
Centrali Operative  
118 sono in uso  
Algoritmi/protocolli  
infermieristici atti  
a salvaguardare le  
funzioni vitali

Dai risultati dell'indagine, si evidenzia una sostanziale differenza tra le diverse aree geografiche del paese (figura 4). In particolare al sud e isole, dove in oltre il 60% dei territori, e al centro Italia con quasi il 50%, non si prevede l'utilizzo di algoritmi/protocolli per ottimizzare e rendere efficace l'intervento infermieristico.

Si ritiene utile sottolineare che nell'ambito dell'attuale contesto normativo per l'applicazione di algoritmi/protocolli che includano la somministrazione di farmaci e procedure terapeutiche è necessario prevedere che l'infermiere maturi un'esperienza in contesti clinici di emergenza urgenza, un percorso formativo specifico e abbia accesso ad una prescrizione medica diretta,

come previsto dagli algoritmi/protocolli clinico- assistenziali. Come verrà evidenziato nel paragrafo successivo, la competenza specialistica degli infermieri che possono effettuare questo tipo di attività, non può prescindere dall'esperienza in ambito ospedaliero. Questa, infatti, fornisce al professionista una fondamentale base esperienziale nella gestione delle emergenze cliniche in ambiente “protetto”, tale da porlo nelle condizioni di poter gestire, grazie a una formazione specialistica mirata, le emergenze cliniche e le problematiche assistenziali nell'attività di soccorso pre-ospedaliero.

### ***I requisiti di accesso dei professionisti sanitari***

La formazione specifica e l'esperienza clinica in contesti di emergenza urgenza/area critica, sono elementi essenziali per i medici e gli infermieri che iniziano a operare nel sistema di soccorso pre-ospedaliero. La gestione di pazienti critici e/o instabili, in assenza della possibilità di supporto specialistico e di altre risorse sanitarie, tipiche degli ambienti ospedalieri, richiede al personale il possesso di conoscenze e competenze consolidate e costantemente aggiornate.

Dai dati (figura 5) emerge che per solo il 53,6% delle realtà intervistate prevede requisiti di ingresso in cui è richiesta sia l'esperienza in area critica che un percorso formativo per la gestione delle emergenze. In molte altre realtà sono richiesti solo requisiti formativi (19%), oppure esperienziali (13,6%). Nel 12% dei casi non è richiesto alcun requisito specifico, per accedere al servizio sui mezzi di soccorso avanzato. In queste realtà si ritiene adeguato che la formazione possa essere effettuata in itinere e l'esperienza acquisita “sul campo”, senza considerare che ciò espone a gravi rischi le persone soccorse, ma anche gli operatori e le organizzazioni stesse.

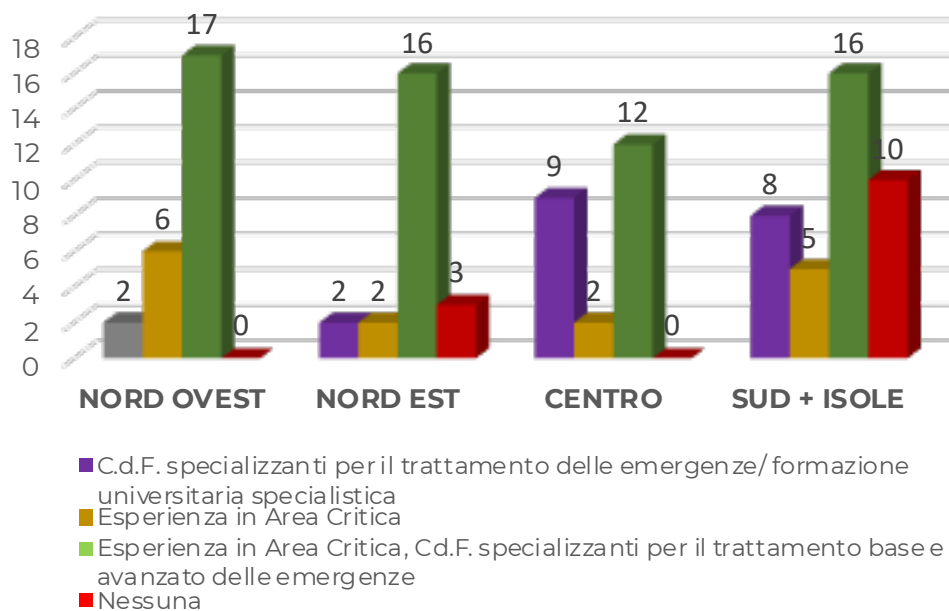
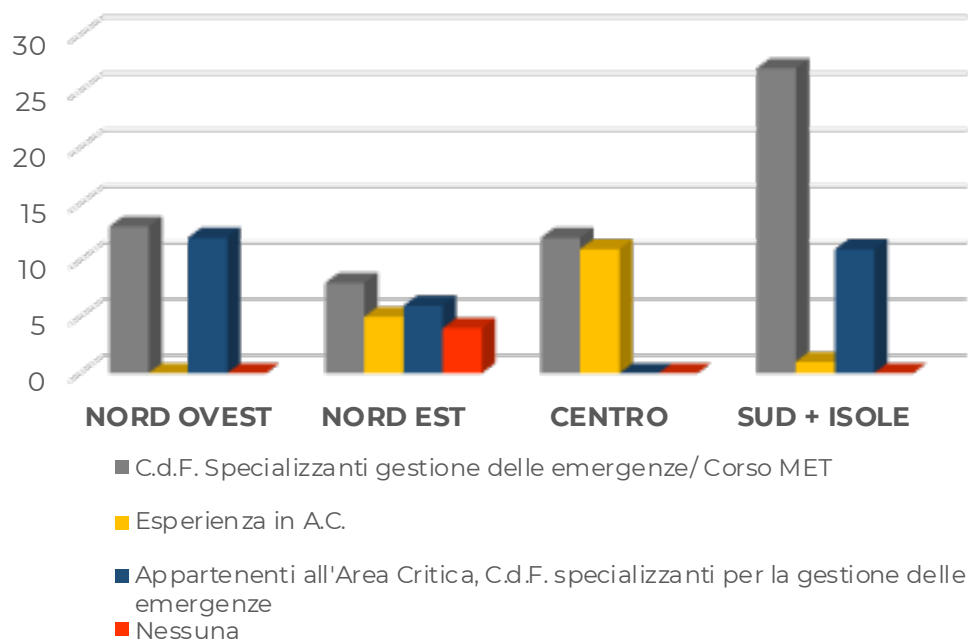


Figura 5: requisiti previsti per il personale infermieristico per l'accesso al sistema di soccorso pre-ospedaliero

Le principali società scientifiche dell'emergenza urgenza ritengono che formazione specifica ed esperienza siano requisiti fondamentali di accesso e che ad essi vanno poi aggiunti percorsi di aggiornamento e approfondimento delle competenze.

I dati riportati in figura 6 mettono in evidenza che neppure per la figura del Medico, i requisiti previsti per l'accesso al sistema di soccorso pre-ospedaliero sono omogenei sul territorio nazionale, né in termini di formazione prevista, né in termini di esperienza maturata nei settori di emergenza/area critica.

Figura 6:  
requisiti previsti  
per il personale  
medico per  
l'accesso al  
sistema di  
soccorso  
pre-ospedaliero



Al sud e nelle isole è prevalente la richiesta di percorsi di formazione conseguita attraverso corsi regionali di emergenza territoriale (MET) e corsi di formazione specializzanti per la gestione delle emergenza (66%). In meno del 26% delle realtà intervistate si prevede la necessità di essere in possesso sia di formazione specifica che di esperienza in emergenza/area critica. Nelle aree del centro si osserva che in egual proporzione è richiesto il possesso della sola formazione specifica (52%) oppure dell'esperienza in area critica (48%), ma non la concomitanza dei due requisiti. Al nord ovest la formazione con corsi specializzanti sulle emergenze si rileva in molteplici realtà così come, pressoché in egual misura, è previsto il possesso sia della formazione specifica che di esperienza maturata

in ambiente di emergenza/area critica. Nel nord est è stata rilevata la situazione più frammentaria: sono rappresentate tutte le fattispecie descritte in precedenza, ma si segnala che, in un limitato numero di casi non è richiesto al medico nessun requisito formativo specifico, né di esperienza pregressa. Sul piano giuridico/contrattuale (figura 7) è possibile affermare che i medici operativi nel sistema di soccorso pre ospedaliero sono in prevalenza medici di medicina generale convenzionati nel settore dell'emergenza territoriale (medici che non dipendono direttamente da SSN, ma in rapporto di convenzione), con rilevanti differenze tra le aree prese in esame. In alcune aree la presenza di medici ospedalieri è residuale.

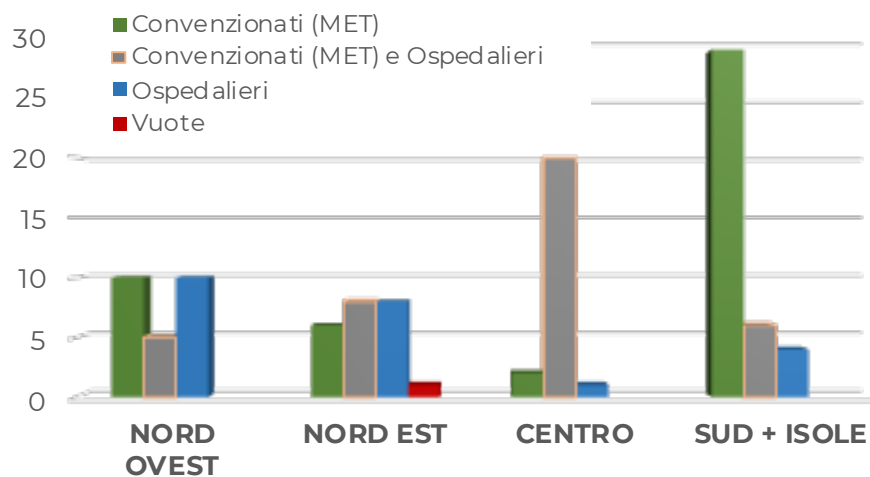


Figura 7: tipologia contrattuale dei medici operanti nel sistema di soccorso pre-ospedaliero

La presenza di così ampie discrepanze tra le diverse aree geografiche trova solo in parte spiegazioni di tipo organizzativo, quali la carenza di specialisti, in particolare di Anestesia Rianimazione o di Medicina di Urgenza. La scelta di privilegiare medici specialisti dell'area dell'emergenza punta ad un soccorso pre ospedaliero fortemente integrato nei dipartimenti di Emergenza Urgenza ospedaliero, altamente specialistico, rivolto

all'assistenza di pazienti critici (trauma maggiore, infarto miocardico, ictus, ecc.), mentre la scelta di medici dell'emergenza territoriale convenzionati (MET) è supportata da parte di coloro che sostengono una forte integrazione con la sostituzione/vicariamento della medicina generale.

### ***Conclusioni***

L'analisi dei dati dell'indagine condotta sul sistema di soccorso pre ospedaliero italiano mette in evidenza rilevanti difformità di tipo organizzativo, gestionale e operativo tra le diverse realtà, non solo regionali, ma anche tra province della stessa regione. Ciò è riconducibile alla diversità di modelli di riferimento nella organizzazione dei servizi di emergenza, a prescindere dall'area geografica di provenienza. L'indagine fa emergere e conferma la percezione di un'eterogenea estrazione, formazione e esperienza del personale operativo nel sistema di soccorso pre-ospedaliero. L'esigenza di avere personale medici, infermieri e tecnici soccorritori, con elevati standard formativi e operativi, è condizione necessaria al fine di garantire livelli di assistenza minimi omogenei sul territorio nazionale (LEA). L'insieme di queste precondizioni rappresenta l'elemento irrinunciabile per cure efficaci e sicure già dal luogo del soccorso, poiché in molti casi iniziare i trattamenti appropriati in tempi precoci, costituisce il presupposto essenziale per la sopravvivenza stessa del paziente. Altrettanto importante è il riconoscimento della figura del soccorritore e dell'autista soccorritore, che dai dati risulta presente nella quasi totalità dei mezzi di soccorso, sia di base che avanzato. Per questa figura è diventato improrogabile l'inquadramento professionale e la definizione di un percorso formativo specifico che garantisca performance omogenee sul piano nazionale, al fine di una chiara identificazione del ruolo e delle funzioni nell'ambito del soccorso. Stante la fondamentale funzione svolta dalle Organizzazioni di Volontariato del Terzo Settore (OdV), all'interno del quale operano molti degli autisti soccorritori sia in qualità di dipendenti pubblici e privata che

di volontari, risulta importante delineare maggiormente il ruolo di questa determinante forza sociale come supporto, in alcune realtà determinante, per il buon andamento del servizio. Alcune delle differenze riscontrate tra le varie aree territoriali sono spiegabili dal contesto storico e geopolitico in cui sono inserite, ma più spesso sono riconducibili alla diversità di modelli di riferimento nell'organizzazione dei servizi di emergenza, a prescindere dall'area geografica di provenienza. A titolo esemplificativo, in alcune realtà italiane le C.O. sono ancora a livello provinciale, mantenendo quanto previsto, ormai 30 anni fa, dal DPR istitutivo del SET 118, quando la tecnologia informatica e di telecomunicazione a disposizione non consentiva questa organizzazione, a scapito dell'aggregazione di più province in poche C.O., al fine di migliorare l'integrazione del sistema con il territorio regionale e condividere le risorse umane e tecnologiche. Ridurre le differenze tra i territori limitrofi riorganizzare delle C.O. attraverso la revisione dei modelli organizzativi, tra l'altro, favorisce il riconoscimento della centralità del ruolo infermieristico nei processi interni delle C.O. Sempre nell'ottica della fluidità del sistema, dello spostamento dinamico delle risorse, a favore dell'erogazione delle migliori cure per i cittadini, avere dei professionisti infermieri che operino sul territorio nazionale, utilizzando algoritmi/protocolli infermieristici riconosciuti a livello nazionale, con una formazione specifica e specialistica e una base esperienziale adeguata, valorizzerebbe maggiormente questa professione. Le società scientifiche SIIET e SIEMS sostengono la necessità di un sistema di soccorso pre-ospedaliero 118 omogeneo a livello nazionale. Ritengono che la scelta del sistema a cui tendere, per quanto concerne gli aspetti organizzativi e operativi, debba basarsi su valutazioni dei risultati ottenuti dagli attuali sistemi, mediante l'analisi di una serie di indicatori, dei quali molti già attualmente a disposizione dei decisori politici e di programmazione. Si rendono inoltre disponibili a partecipare al confronto, mettendo a disposizione professionalità e competenze di esperti del settore, rappresentanti delle diverse professionalità coinvolte.



*Società Italiana degli Infermieri di Emergenza Territoriale*  
*www.siet.it*  
*info@siet.it*



*Società Italiana Emergenza Sanitaria*  
*www.siems.it*  
*info@siems.it*