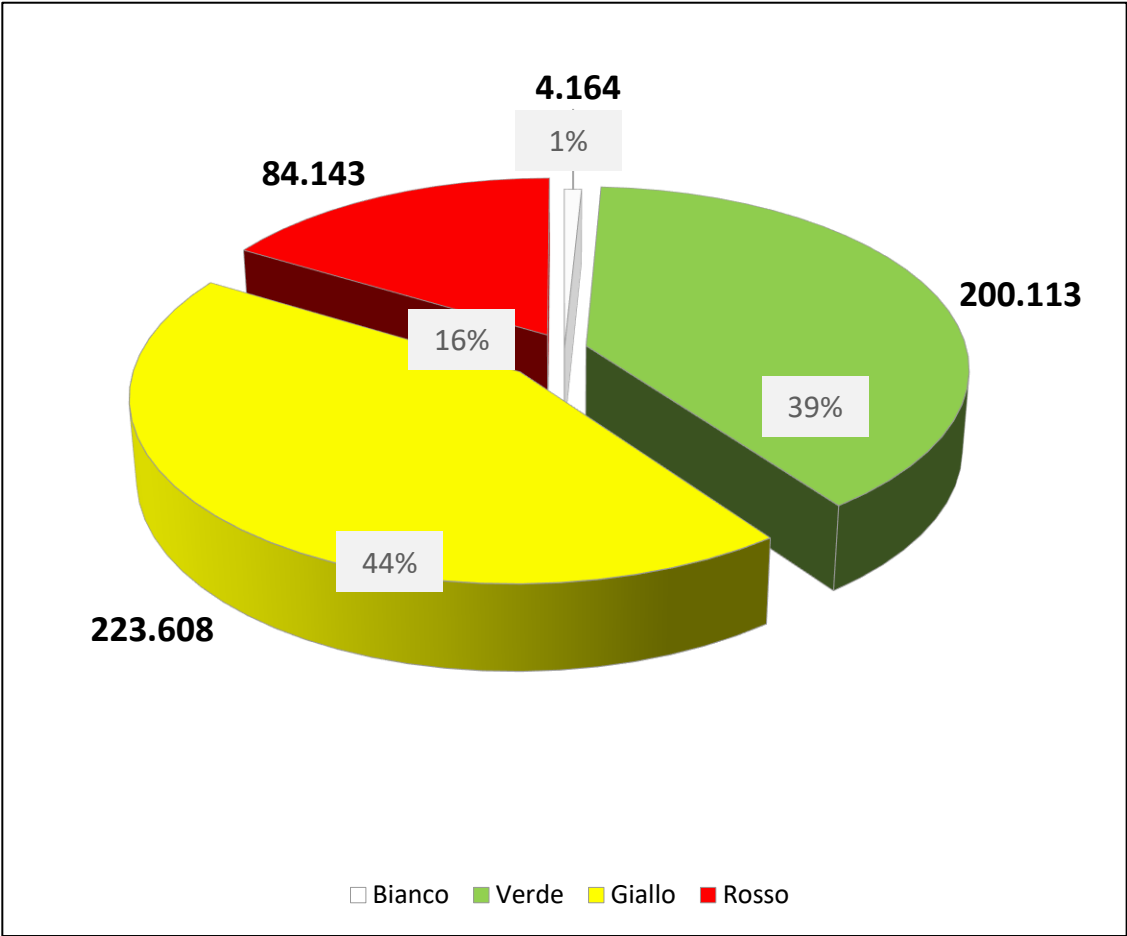


*Stato dell'arte e prospettive future
del Sistema di emergenza-urgenza
in Emilia Romagna*



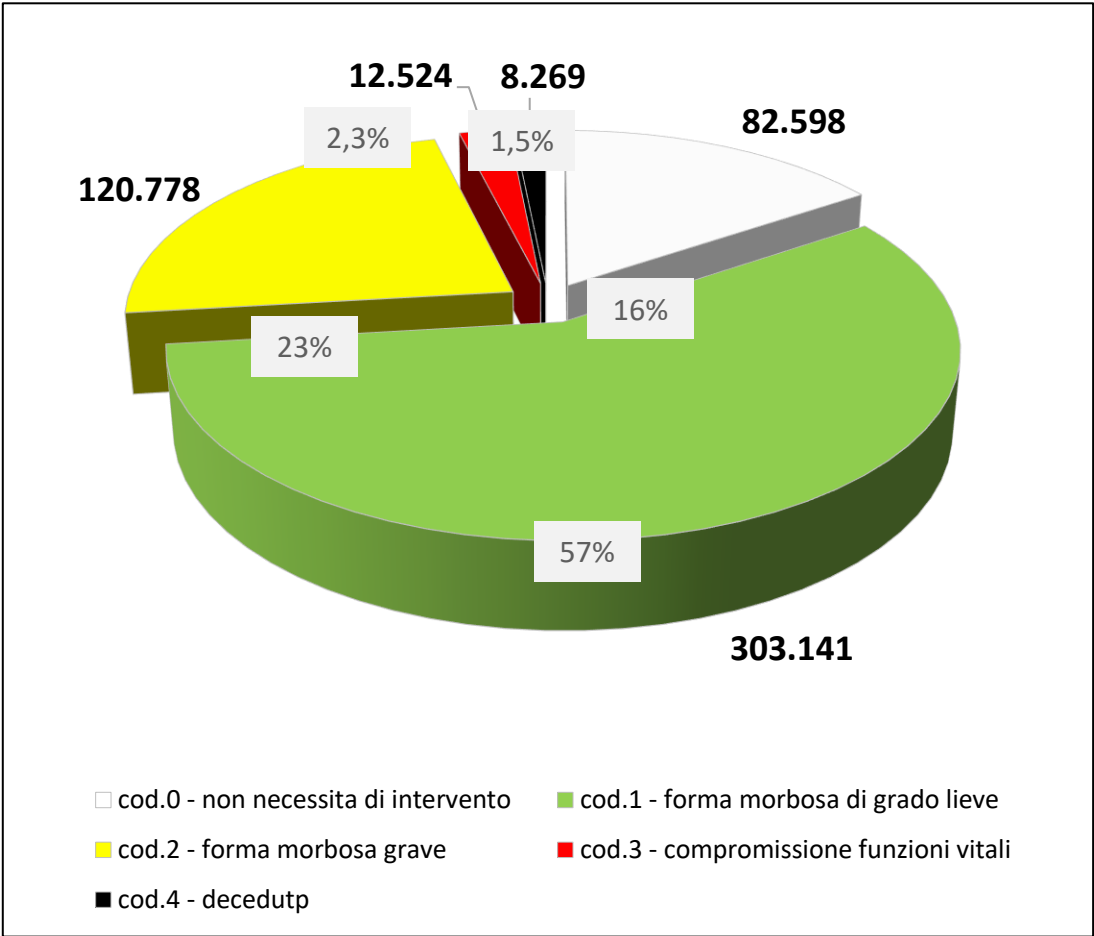
Dati di attività 118 – anno 2024 RER

Codici di **gravità presunta** durante la chiamata



512.028 emergenze registrate

Codici di **gravità riscontrata** sul luogo di soccorso

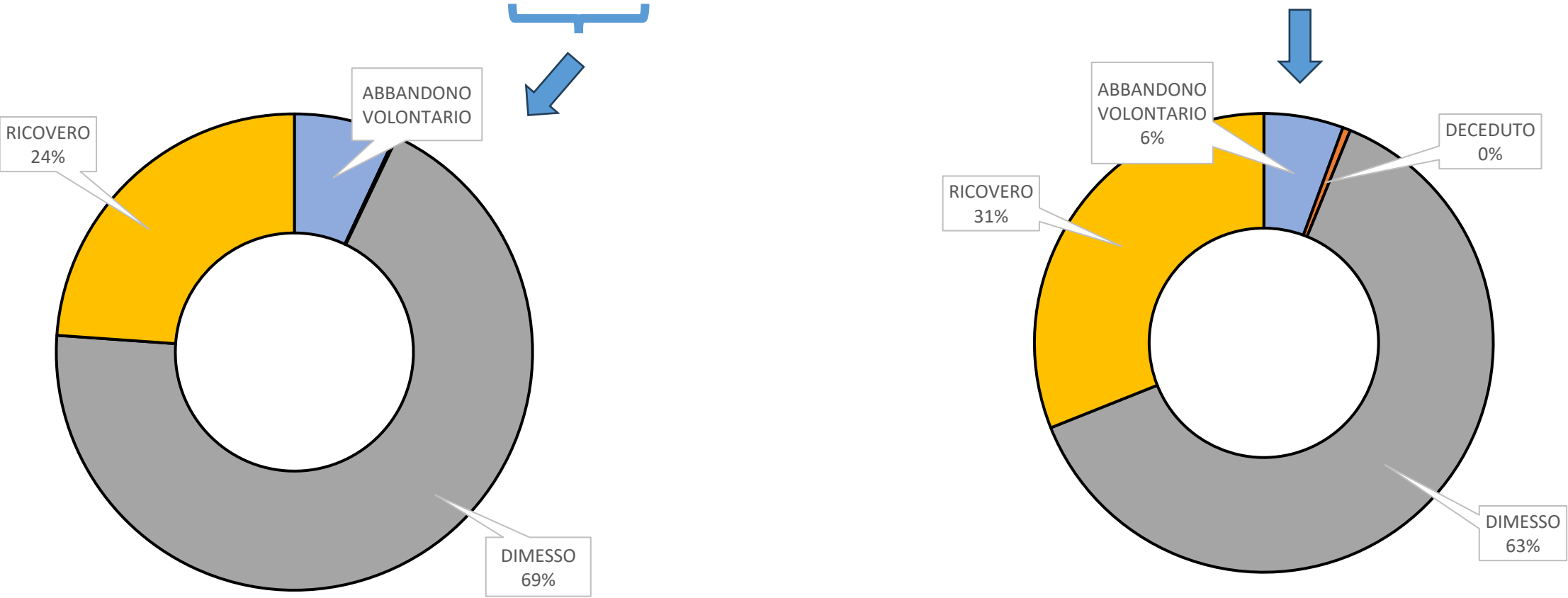


527.310 pazienti assistiti

Confronto tra la valutazione sanitaria 118 e l'esito di PS

Gennaio 2024 – Novembre 2024

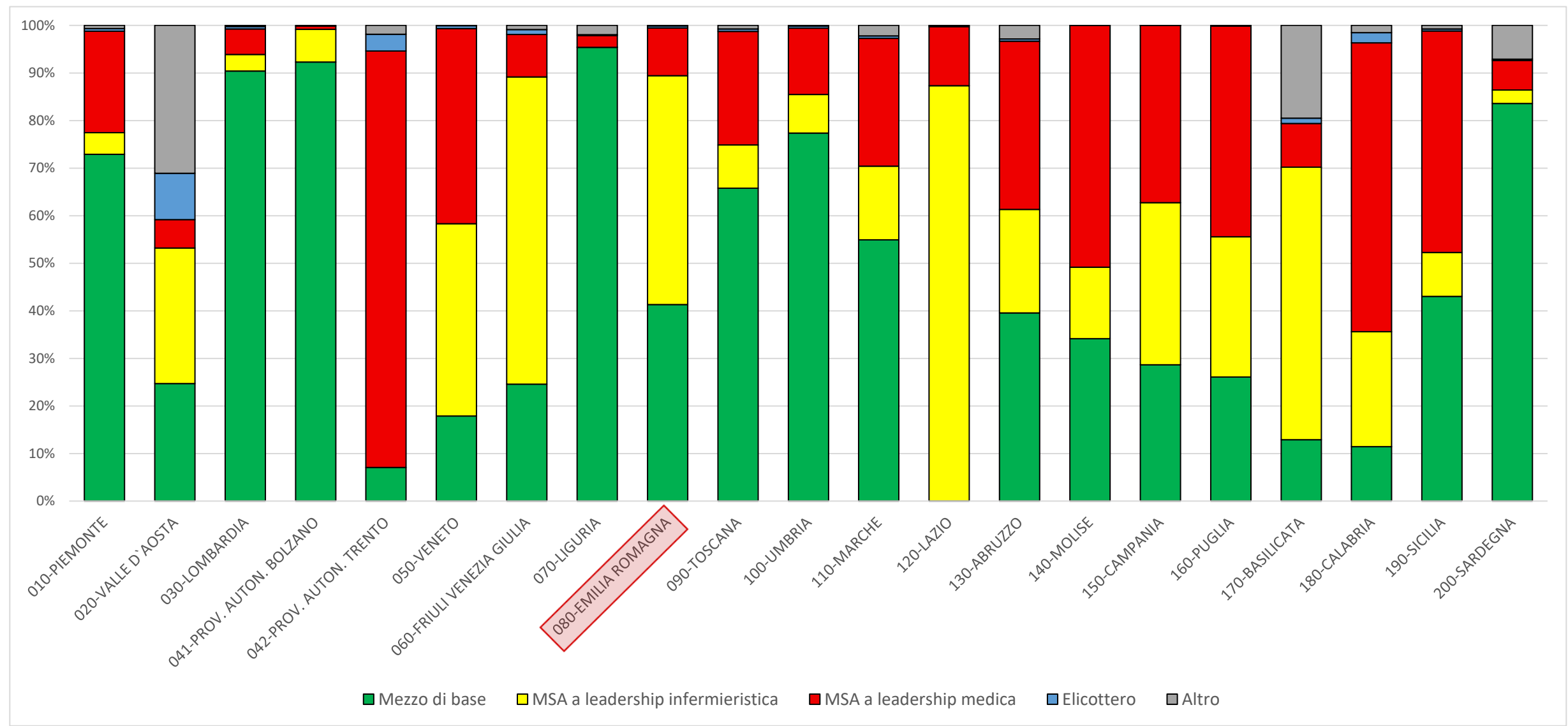
Esito PS / Val. Sanitaria 118	Cod. 1	%	Cod. 2	%	Cod. 3	%	Totale
ABBANDONO VOLONTARIO	9.651	7,%	1.742	2,9%	28	0,6%	11.421
DECEDUTO	-	0%	510	0,8%	413	9,1%	923
DIMESSO	95.642	69%	31.590	52,1%	729	16,0%	127.961
RICOVERO	33.094	23,9%	26.748	44,1%	3.389	74,3%	63.231
Totale	138.575	100%	60.590	100%	4.559	100%	203.724



Campione: 54% del totale dei trasporti effettuati dal 118

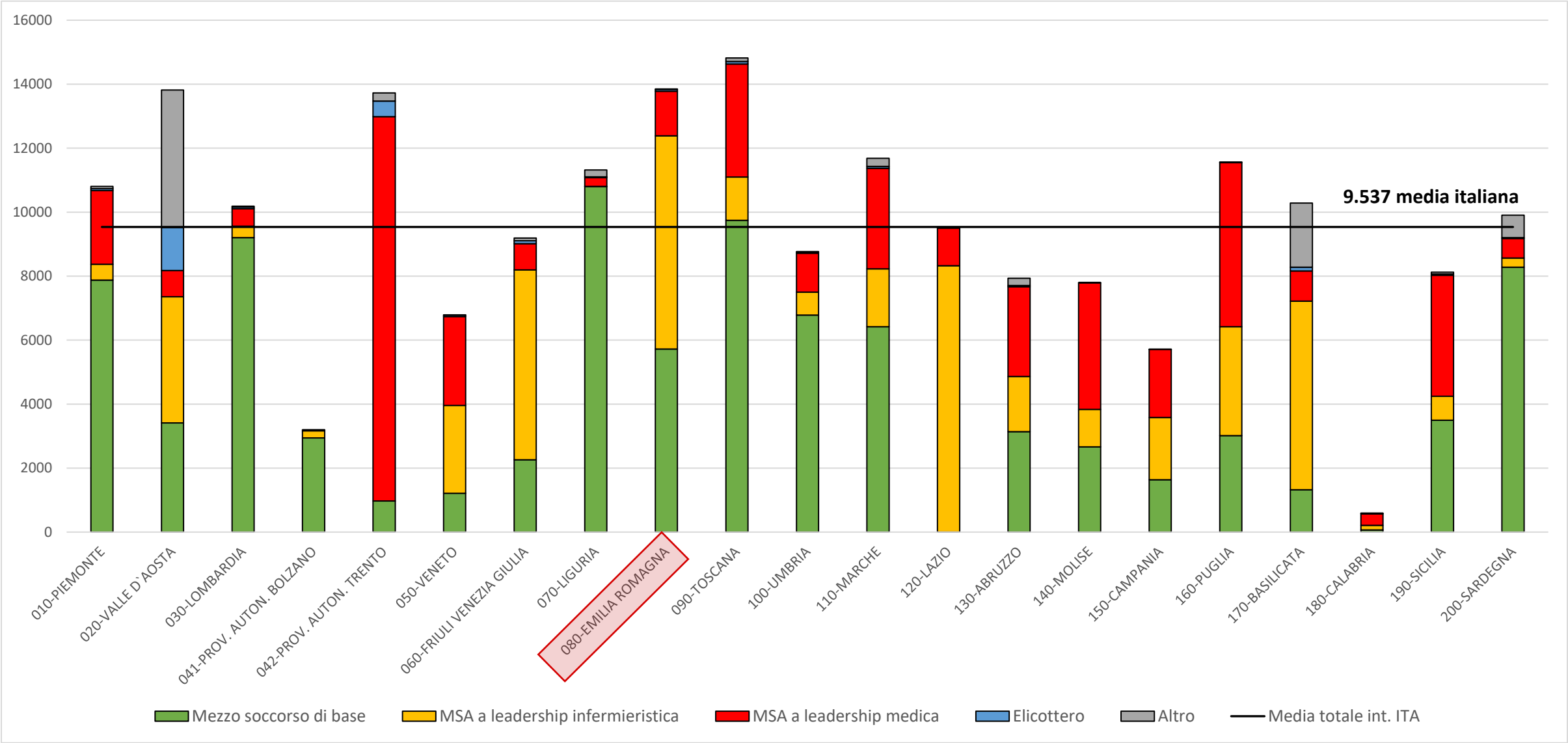
EMUR: analisi descrittiva delle risorse impiegate

Percentuale di utilizzo dei mezzi di soccorso per capacità assistenziale



EMUR: analisi descrittiva delle risorse impiegate

N° interventi di soccorso/100k ab. per tipologia di mezzo



REG. PG / 2017 / 352020
DEL 16 / 05 / 2017

Al dr. Andrea Urbani
Direttore Generale
Direzione Programmazione
Ministero della Salute

OGGETTO: Richiesta interpretazione autentica punti 9.1.1 e 9.1.3 dell'allegato 1 al DM 70/2015.

Da alcuni mesi è in corso un confronto con la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici dell'Emilia-Romagna (FREROM) ed alcune organizzazioni sindacali di rappresentanza dei medici, dirigenti e convenzionati, e degli infermieri, sull'effettivo rispetto, da parte della Regione Emilia-Romagna, di quanto disposto dal DM 70/2015 in materia di organizzazione dei servizi di emergenza territoriale.

In particolare il tema dibattuto è rappresentato da che cosa si debba intendere per mezzo di soccorso avanzato relativamente al quale il punto 9.1.3 dell'allegato al DM 70/2015 indica, quale criterio sulla base del quale definire il fabbisogno, la attribuzione di un mezzo ogni 60.000 abitanti, con alcune ulteriori specifiche.

Tale tema assume rilievo se collegato a quanto riportato al punto 9.1.1 del medesimo allegato, laddove recita: "Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario".

La regione Emilia-Romagna ha considerato le definizioni di cui sopra quantomeno imprecise, ciò appare assai chiaramente nell'inciso fra parentesi dopo il termine "automediche", e ha ritenuto si rifarsi, per la classificazione dei mezzi indicata, da quanto disposto dal Decreto ministeriale 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza", cosiddetto flusso EMUR, aggiornato al dicembre 2015 (Disciplinare tecnico - Punto 2.7 Tracciato 2 - 118 (Intervento)-Definizione Campi). Tale Decreto, che approccia sistematicamente ed esclusivamente il tema classificatorio di cui trattasi, a differenza del DM 70/2015, definisce le tipologie di mezzi di soccorso che prevedono la presenza delle seguenti qualifiche di personale, oltre all'autista:

- 1 = mezzo di soccorso di base – Soccorritore
- 2 = mezzo di soccorso avanzato – Infermiere
- 3 = mezzo di soccorso avanzato – Medico
- 4 = mezzo di soccorso avanzato – Medico e Infermiere
- 5 = auto – Infermiere
- 6 = auto – Medico
- 7 = auto – Medico e Infermiere
- 8 = moto – Infermiere
- 9 = moto – Medico
- 10 = idroambulanza – Soccorritore
- 11 = idroambulanza – Infermiere
- 12 = idroambulanza – Medico
- 13 = idroambulanza – Medico e Infermiere
- 14 = elicottero

La necessità di adeguarsi al percorso ministeriale EMUR è peraltro ribadita nel penultimo capoverso del già citato punto 9.1.1.

Questa regione, anche in continuità con quanto previsto dall' "Atto di intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992", ritiene che la definizione di mezzo di soccorso avanzato vada riferita alle tipologie di cui ai codici 2, 3, 4 del flusso EMUR.

La FREROM ed alcune organizzazioni sindacali dei medici ritengono invece che la definizione di mezzo avanzato sia da applicarsi esclusivamente ai mezzi con medico a bordo e che, di conseguenza, lo standard di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti debba essere garantito esclusivamente con mezzi di soccorso con medico a bordo.

Questa regione ha provveduto ad inviare a FREROM la relazione che si allega in copia, i cui contenuti non sono stati considerati convincenti dall'interlocutore.

Per contribuire ad una risoluzione delle divergenze in corso, sono con la presente a richiedere alla S.V. di voler esprimere il proprio autorevole parere circa la interpretazione autentica da dare ai contenuti di cui ai punti 9.1.1 e 9.1.3 dell'allegato al DM 70/2015, esplicitando cosa, allo stato attuale, si debba intendere per mezzo di soccorso avanzato.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, porgo cordiali saluti.

Kyriakoula Petropulacos



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Ministero della Salute
0016735-29/05/2017-DGPROGS-M-15-P
DGPROGS

0016735-P-29/05/2017



Alla dott.ssa Petropulacos Kyriakoula
Direttore della D.G. Cura della Persona,
Salute e Welfare
Regione Emilia-Romagna

email: dgsan@regione.emilia-romagna.it

PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Oggetto: Richiesta interpretazione autentica punti 9.1.1 e 9.1.3 dell'allegato 1 al DM n.
70/2015- Riscontro.

Gentilissima dott.ssa Petropulacos,

in merito alla sua richiesta, si rappresenta che il Decreto Ministeriale n. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” relativamente alla Rete di emergenza urgenza territoriale, punti 9.1.1 e 9.1.3 dell'allegato, è descrittivo delle risorse a disposizione delle Centrali Operative 118 e non individua analiticamente le tipologie di mezzi di soccorso.

Lo standard riportato nel DM 70/2015, relativamente ad un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti, fa riferimento alla norma di settore, il Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 di “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza” e s. m. che definisce le tipologie di mezzi di soccorso avanzato e non, specificando per ciascuna la figura professionale che maggiormente la caratterizza.

In attuazione di tale decreto, le Regioni dal 2012 sono tenute a fornire le informazioni sull'attività erogata nell'ambito dell'emergenza urgenza a livello centrale. Tale indicazione viene ribadita anche dal decreto 70/2015 che riporta: “la configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale”.

Le Regioni, pertanto, sulla base delle proprie modalità organizzative, definiscono il numero e la tipologia del mezzo di soccorso avanzato, di cui con medico o con infermiere o con entrambi i professionisti presenti.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale
dott. Andrea Urbani



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ufficio III - Qualità, Rischio Clinico e Programmazione
Ospedaliera

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
dgprog@postacert.sanita.it

Alla Direzione diritti di cittadinanza e
coesione sociali
REGIONE TOSCANA
segreteria.piovi@regione.toscana.it

Oggetto: segnalazione riguardo la definizione di Mezzo di Soccorso avanzato.

Ministero della Salute
DGPROGS
0032703-P-22/10/2018



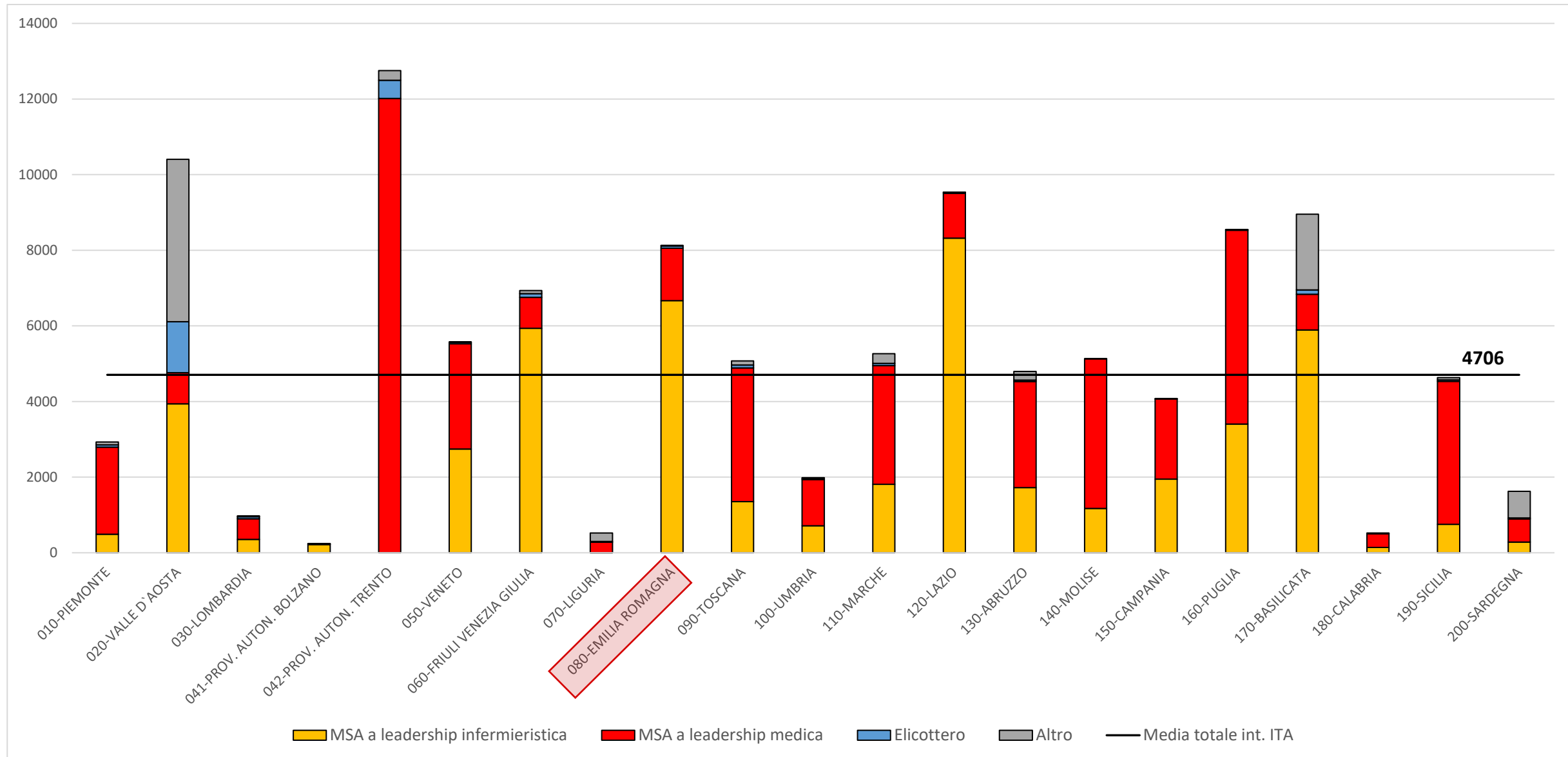
Sono pervenute a questo ufficio le segnalazioni allegate, prot. n. 30221 del 03/10/2018 e prot. n. 30901 del 10/10/2018, riguardo la definizione di mezzo di soccorso avanzato correlata alla tipologia dell'equipaggio.

Al riguardo, le Regioni sulla base della propria organizzazione definiscono il numero e la tipologia del mezzo di soccorso avanzato, prevedendo la presenza del medico, dell'infermiere o di entrambi i professionisti.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Dott. Andrea Piccioli

Interventi di soccorso con mezzo avanzato/100k ab.

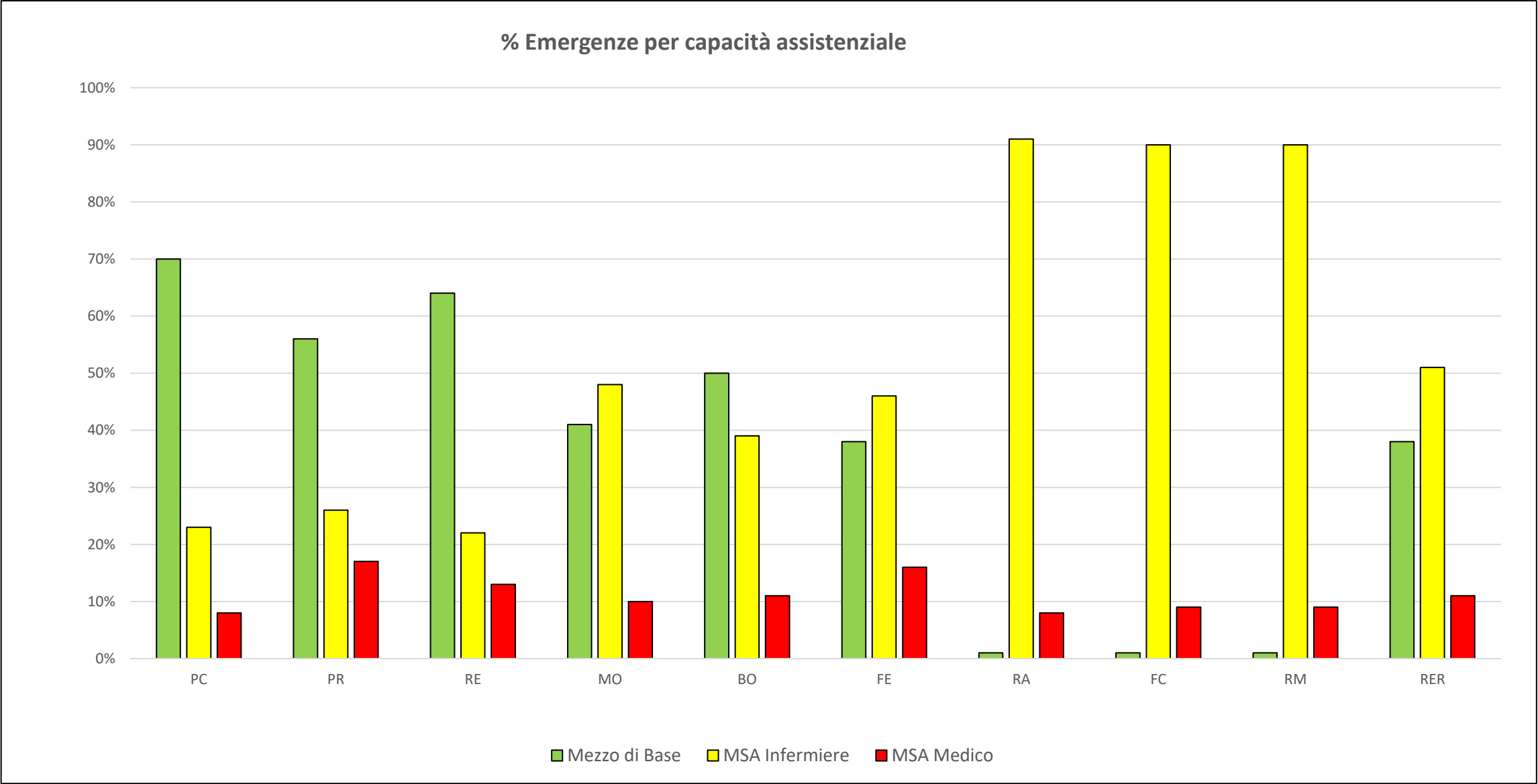


La flotta dei mezzi di soccorso della regione Emilia-Romagna

Rapporti mezzi / popolazione										
Il dato è calcolato sul parametro delle 24 ore di presenza giornaliera (Full Time Equivalent)										
	PC	PR	RE	MO	BO	FE	FC	RA	RN	Totale RER
MSB (mezzo di soccorso di base)	18.697	15.767	15.779	34.908	67.055	49.138	-	-	-	37.115
MSA INF (mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica)	47.833	65.850	89.153	34.060	54.369	39.048	21.922	29.002	27.955	40.310
MSA MED (mezzo di soccorso avanzato a leadership medica)	286.997	50.884	133.729	175.411	93.133	87.859	98.650	195.763	111.821	106.976
Totale MSA (INF+MED)	41.000	28.704	53.492	28.522	34.329	27.034	17.936	25.260	22.364	29.278
Totale MSB + MSA (INF + MED)	12.841	10.177	12.185	15.697	22.705	17.439	17.936	25.260	22.364	16.367

Standard DM 70/2015 – 1 MSA ogni 60.000/ab

Il diverso utilizzo delle flotte in Regione ER



La normativa italiana sui tempi di soccorso 1/2

DPR 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza»

Nell'allegato Comunicato n.87 della Presidenza del Consiglio dei Ministri **relativo al dimensionamento e ai contenuti tecnologici delle Centrali Operative** sono fornite indicazioni per un soccorso non superiore agli 8 minuti in area urbana, 20 minuti per le zone extraurbane (salvo particolari condizioni di complessità orografica).

Il Comunicato contiene questo passaggio:

....Non può certo essere questo documento a definire il futuro assetto dell'assistenza ospedaliera, ma doveroso appare suggerire la necessità di gerarchizzare le strutture ospedaliere rispetto alle risposte da dare alle patologie 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....

L'obiettivo di questo Comunicato è fornire **RACCOMANDAZIONI** :

Al Ministero dei Trasporti per:

- Introduzione della categoria ambulanza di soccorso avanzato con dimensione e caratteristiche strutturali simili a quelli in uso negli altri paesi CEE
- Introduzione dei limiti di impiego delle ambulanze
- Installazione di cronotachigrafi.

Al Ministero della Sanità per:

- Definire un protocollo aggiuntivo alla convezione con la SIP per l'interfacciamento dei vari sistemi 118 regionali
- Invita ad emanare una propria direttiva che definisca le dotazioni strumentali delle singole ambulanze nonché la professionalità del personale.
- Le Regioni di conseguenza sono invitate ad armonizzare le proprie legislazioni in riferimento alla concessione delle autorizzazioni sanitarie al trasporto infermi e soccorso
- Ordinare che le attività di soccorso siano a carico del SSN solo nei casi in cui siano disposte e coordinate dalle Centrali 118

Al Ministero delle poste e telecomunicazioni

- Per procedere all'assegnazione delle frequenze radio

La normativa italiana sui tempi di soccorso 2/2

- SISTEMA DI GARANZIA (D.lgs. 56/2000 «Federalismo Fiscale»)
- DGR 1349/2003 «Piano sanitario regionale 1999/2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 secondo il modello hub and spoke»
- DM 17 dicembre 2008 «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza»
- NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (DM 12 marzo 2019) realizzato in collaborazione con referenti istituzionali del Ministero e delle Regioni. Si articola in 22 indicatori CORE in grado di cogliere sinteticamente l'erogazione dei LEA). Per il 118 viene identificato l' Indicatore **D09Z «Allarme target»**
- SCHEDE TECNICHE INDICATORI NSG (Circolare applicativa del 27/10/2020)



Scheda Indicatore D09Z

NOME INDICATORE Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

DEFINIZIONE L'indicatore è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento nei codici rossi

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE Livello regionale / Centrale operativa 118



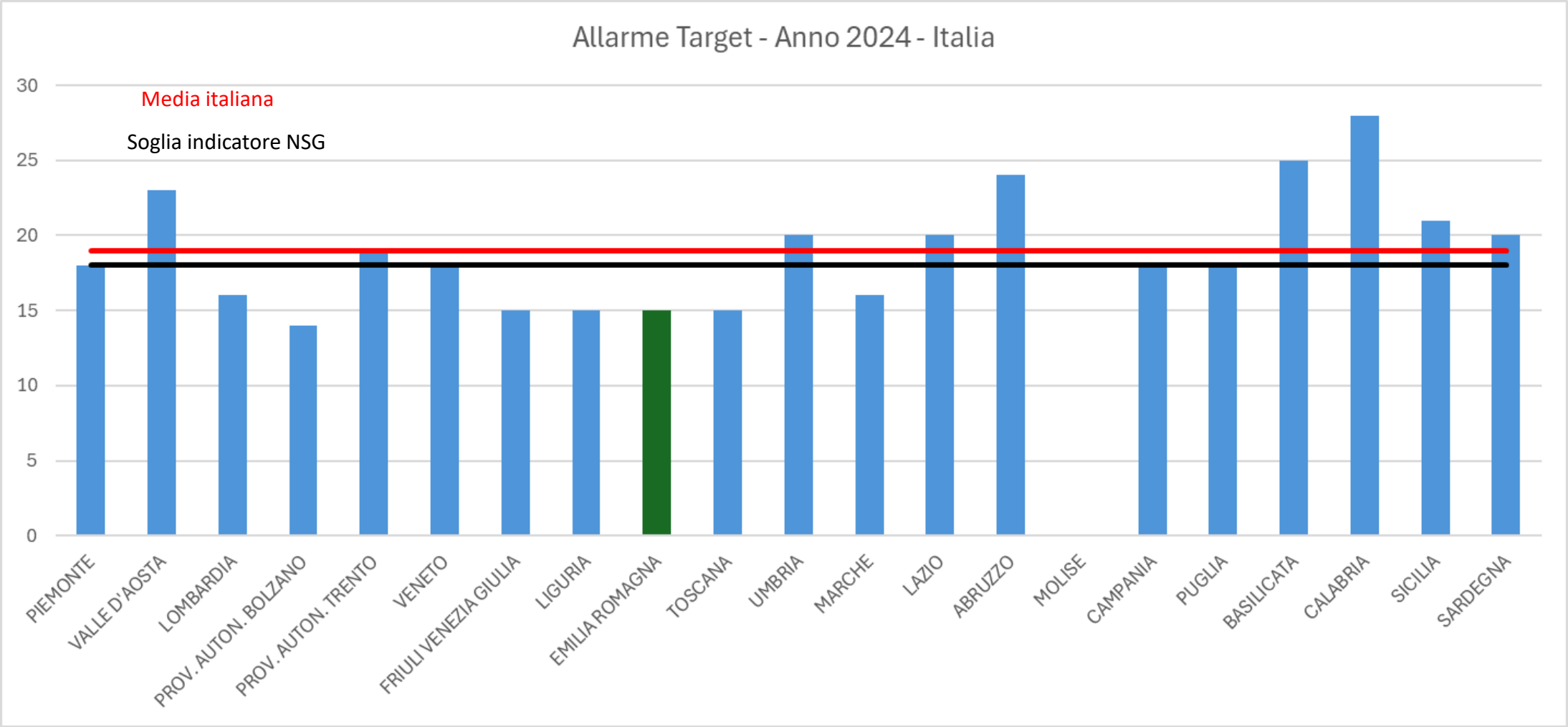
Per ciascun indicatore è stato elaborato dal **Comitato LEA** una **specifica funzione di valorizzazione** che dato il valore determina un punteggio da 0 a 100.

Per l'indicatore «D09Z» il punteggio 100 è stato fissato a 18 minuti

- Il valore di sufficienza (punteggio=60) è < 21 minuti
- Il valore di inadempienza (punteggio<60) è >21 minuti
- **L'Emilia-Romagna, con 15 minuti, ha un punteggio di 100**

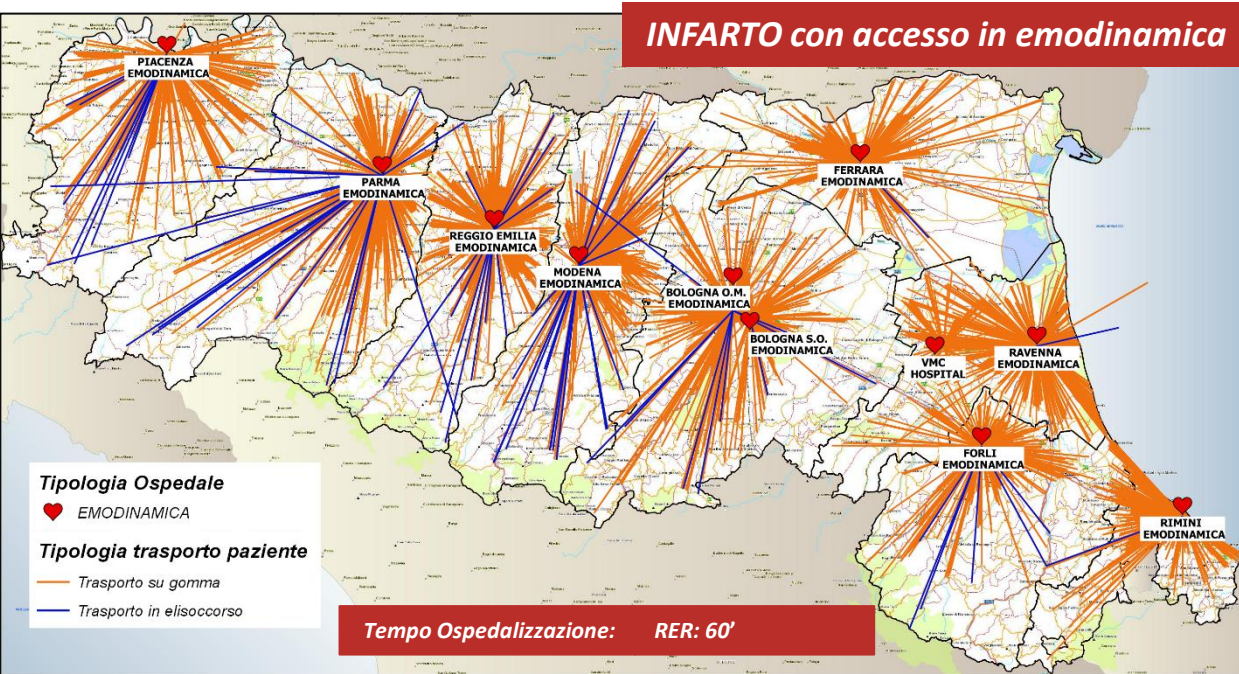
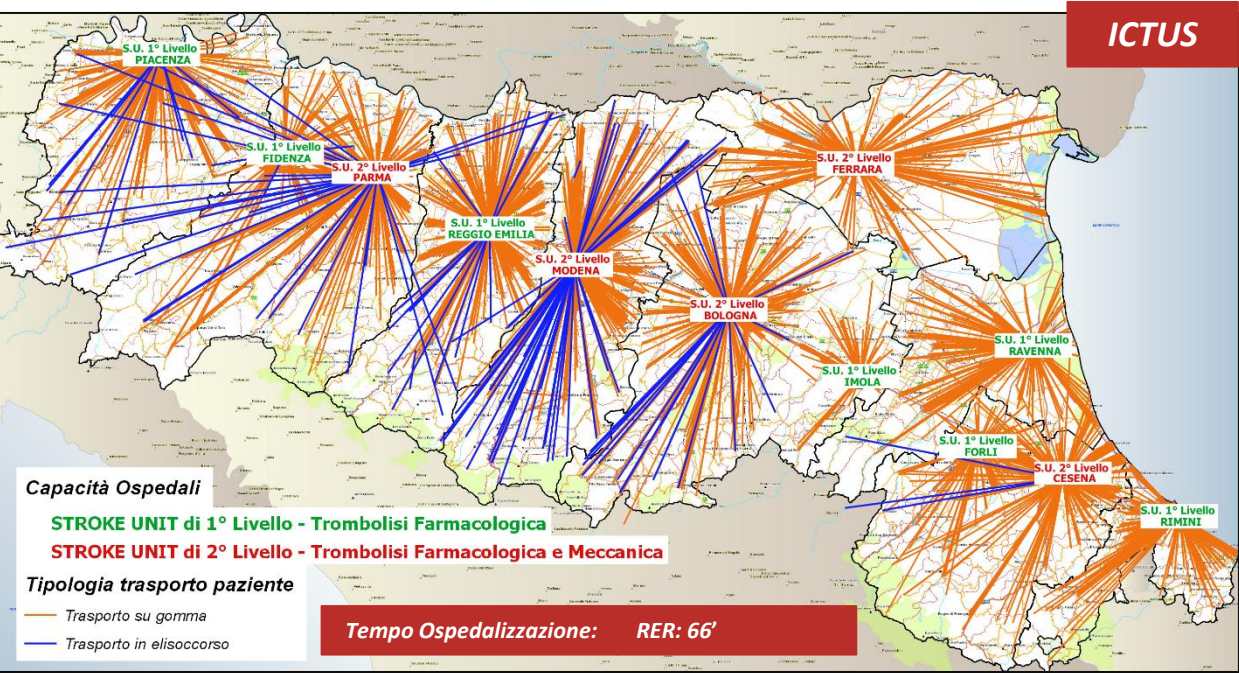
Indicatore di processo (NSG) – CORE D09Z

«Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso» (solo codice rosso)

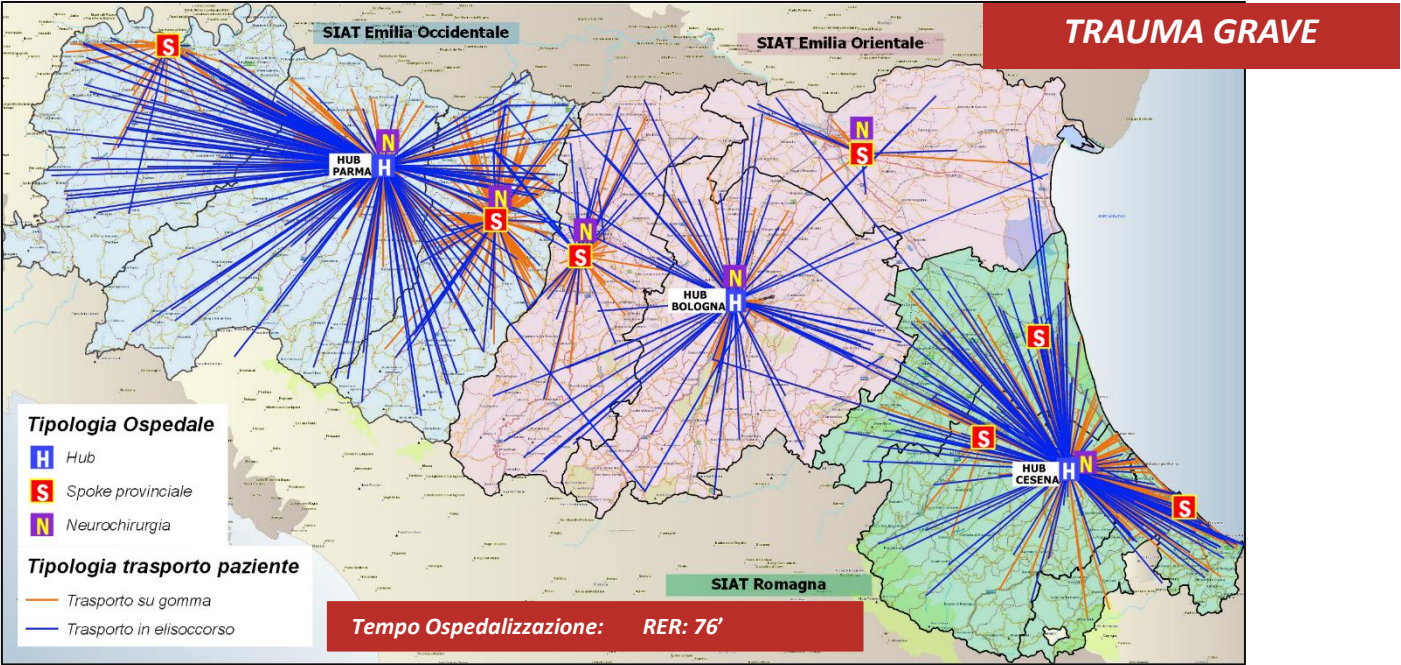


Valore indicatore Emilia-Romagna = 15 minuti
Media italiana = 19 minuti

Reti delle patologie tempo dipendenti

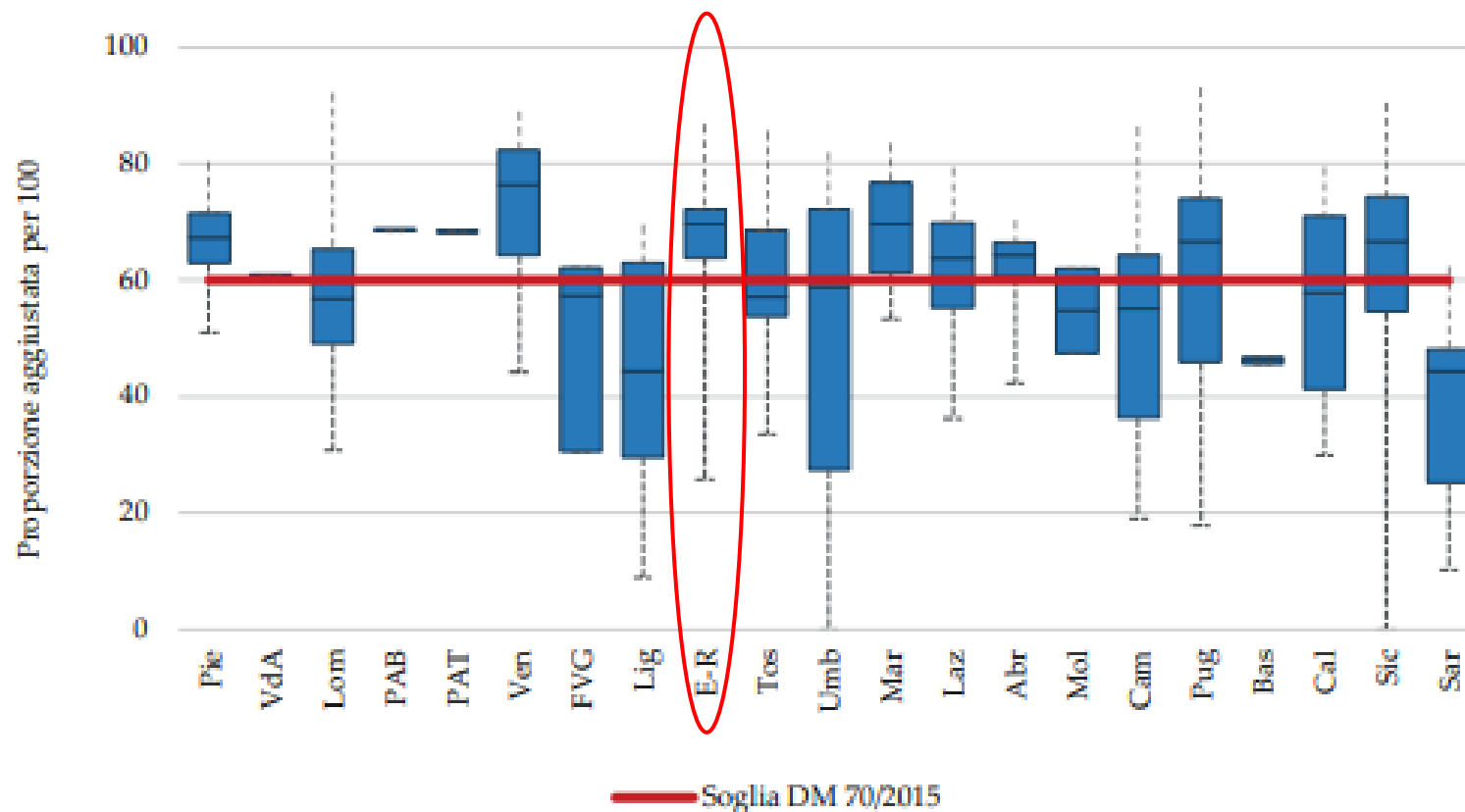


Tempo al 75° percentile
calcolato dalla richiesta di
soccorso all'arrivo in unità
operativa



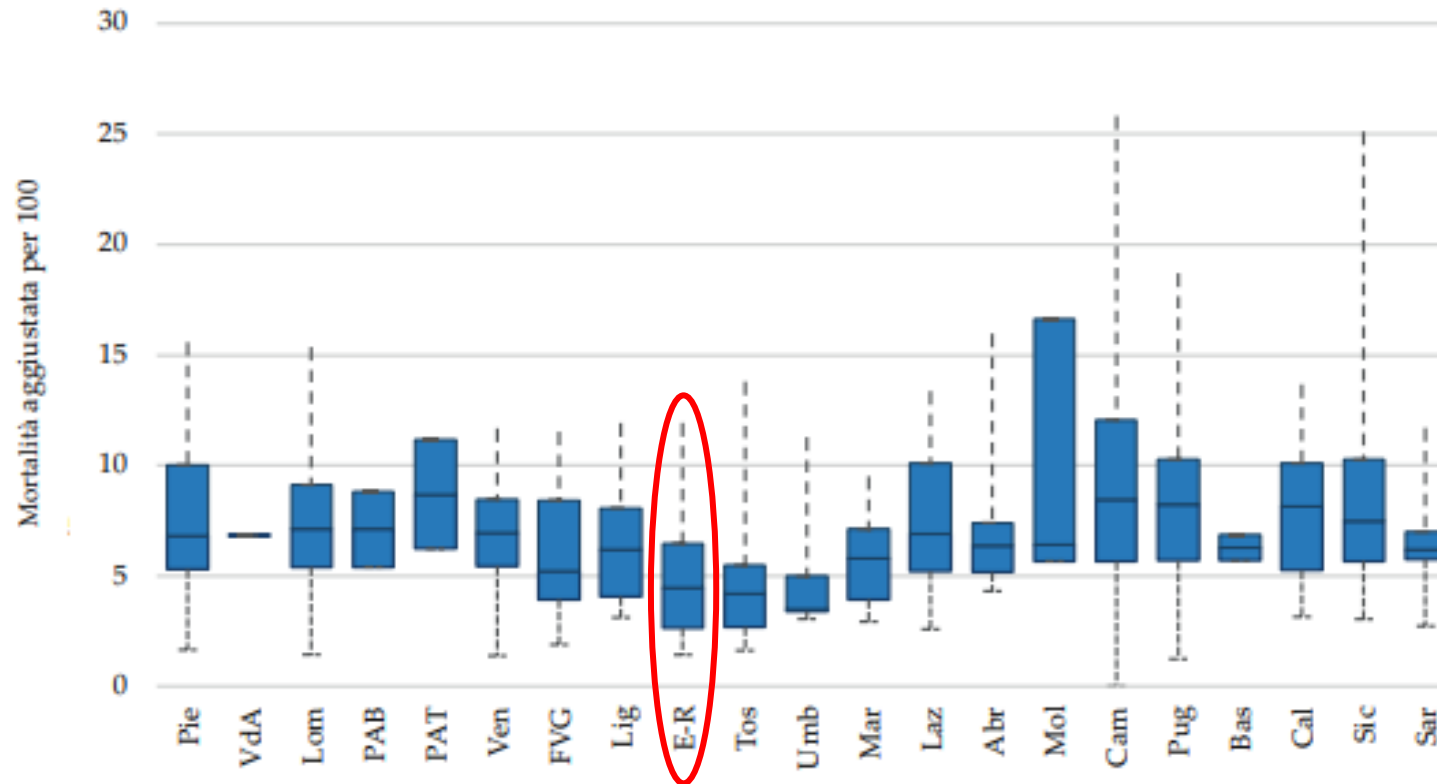
La valutazione passa attraverso esiti misurabili

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90' dall'accesso in struttura di ricovero, per Regione/P.A. Italia, 2023



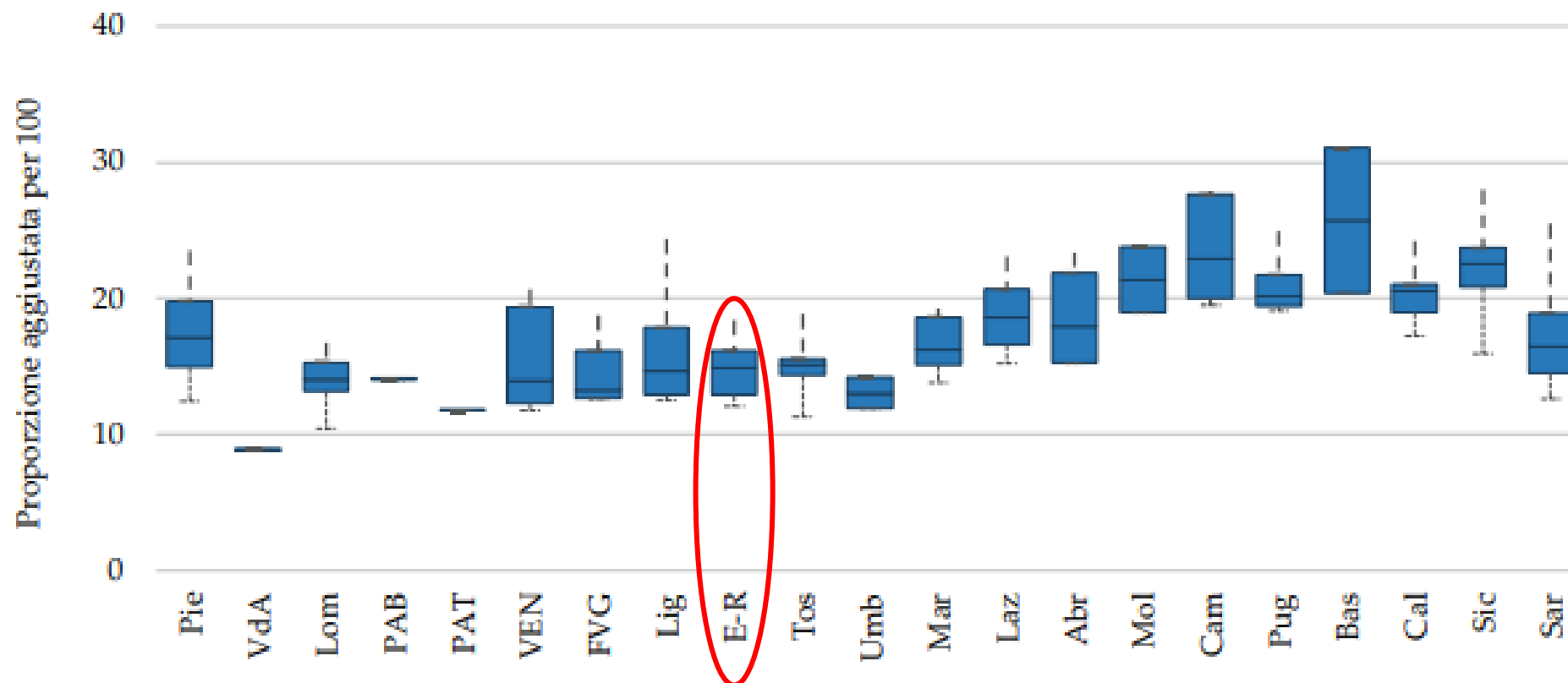
La valutazione passa attraverso esiti misurabili

Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche), per Regione/P.A. Italia, 2023



La valutazione passa attraverso esiti misurabili

Ictus ischemico: mortalità a 1 anno per area geografica. Italia, 2022



Il Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti

Regione Emilia-Romagna



Metodologia di analisi per il monitoraggio

Per ogni Rete è stato somministrato un **questionario** alle Regioni e P.A. basato su una **Griglia di rilevazione** contenente **64 requisiti** distribuiti su sette aree tematiche:

Struttura di base

Meccanismi operativi

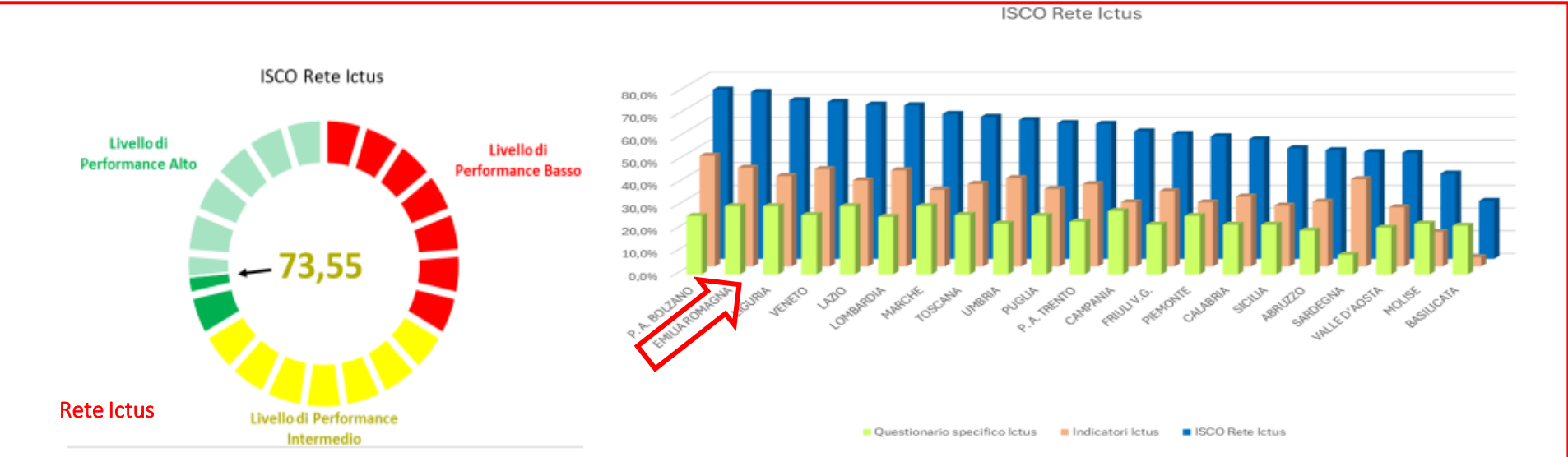
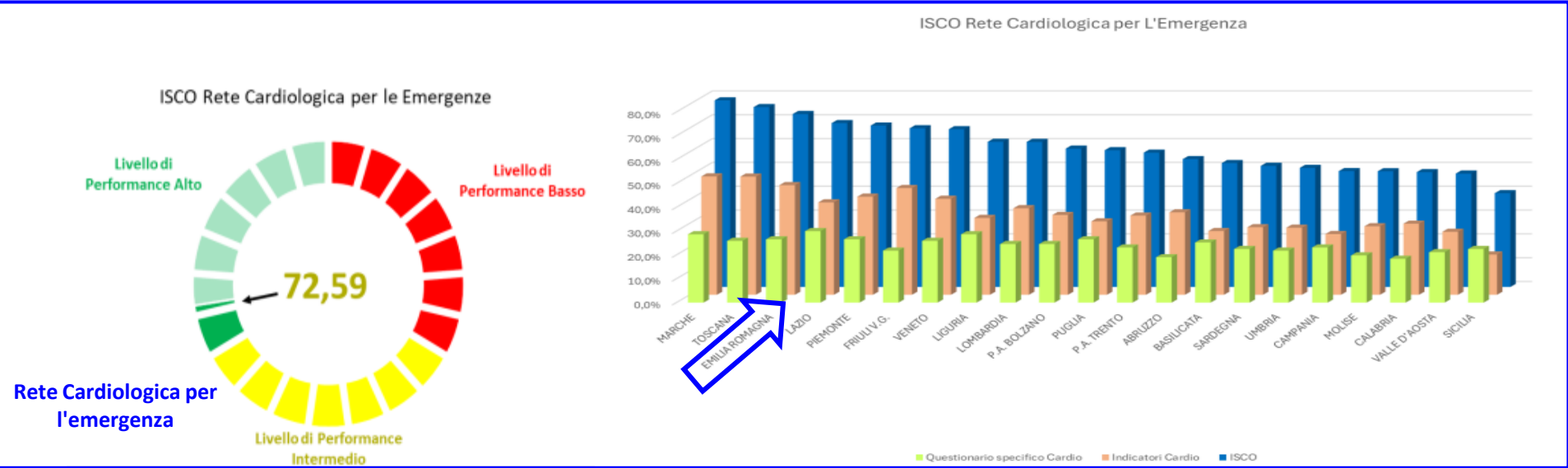
Processi sociali

Risultati e monitoraggio

Approfondimenti Rete Ictus

Approfondimenti Rete Cardiologica per l'emergenza

Approfondimenti Rete Trauma



*ISCO: Indice Sintetico Complessivo dell'attuazione della Rete

Fonte dati: AGENAS- Anno 2024

DGR 1206/2023

*«Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna» - **prima fase attuativa***

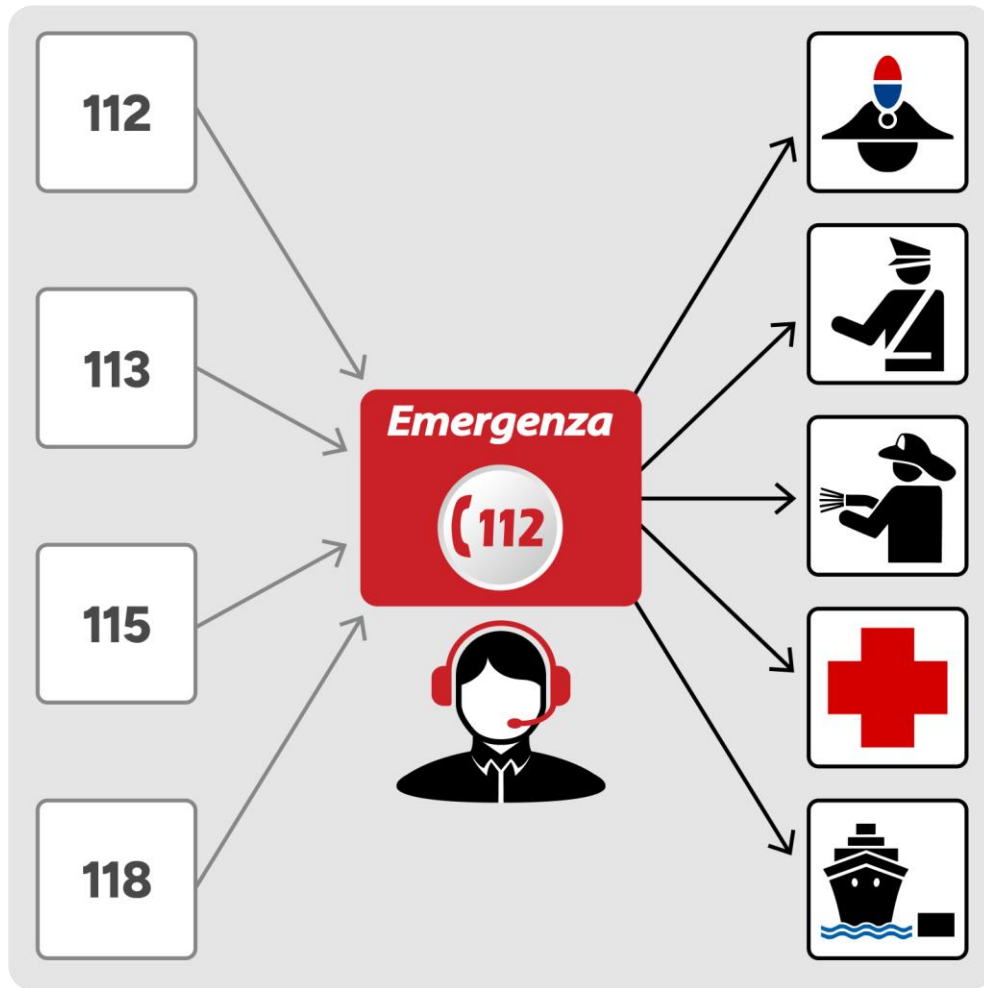
OBIETTIVI PRINCIPALI

- *Sviluppo e potenziamento della capacità e della qualità di risposta del sistema di soccorso ospedaliero – 118*
- *Istituzione del NEA 116117 per le cure mediche non urgenti*
- *Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali*
- *Costituzione di un tavolo permanente di confronto tra l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le rappresentanze regionali delle organizzazioni di volontariato appartenenti alle reti nazionali che svolgono attività di soccorso in emergenza*



NUE 1.1.2
NUMERO UNICO EMERGENZE

Il modello organizzativo



Il Numero Unico Emergenze "1.1.2" è un numero unico gratuito adottato già in diversi Paesi europei che rivoluziona la gestione delle chiamate d'emergenza.

Tutte le telefonate di emergenza che giungono anche dai numeri **118**, **113** e **115** confluiscono alle Centrali Uniche di Emergenza (CUR), che attivano le sale operative di **Soccorso sanitario**, **Vigili del Fuoco**, **Pubblica sicurezza (Carabinieri e Polizia di Stato)** e **Guardia Costiera** in base alle necessità.

Resta attivo il 1530 per il contatto diretto con la guardia costiera

I numeri 112, 113, 115 e 118 restano in funzione

Caratteristiche del servizio



Gratuito da
Telefonia Fissa e
Mobile
(con e senza Sim)



Accesso ai
disabili
attraverso SMS
o App
Where ARE U



Dialogo in
multilingua con
38 lingue

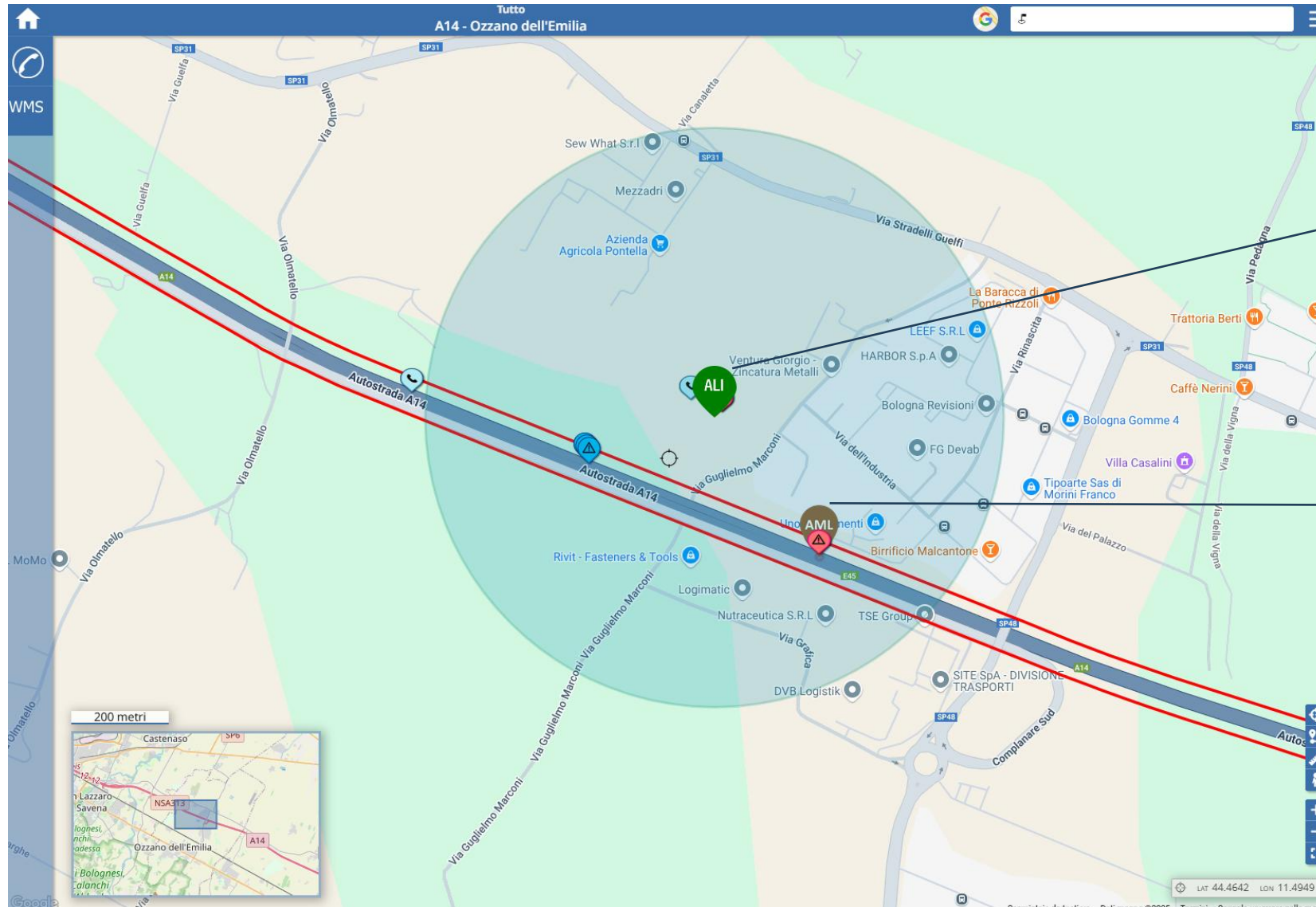


Localizzazione
immediata e
identificazione
del chiamante



Ricezione
chiamate da
eCall e private
eCall in
dotazione su
tutti i nuovi
veicoli

Localizzazione evento



Il **NUE 1.1.2** in Emilia-Romagna si compone di due **Centrali Uniche di Risposta (CUR)** collocate a **Bologna** e **Parma**.

L'intero sistema è strutturato secondo logiche e protezioni di **disaster recovery** e **business continuity** a garanzia dell'intera funzionalità del servizio.

Ogni **CUR** è dotata:

- **24** postazioni di lavoro
- **8** postazioni di espansione per maxi emergenze

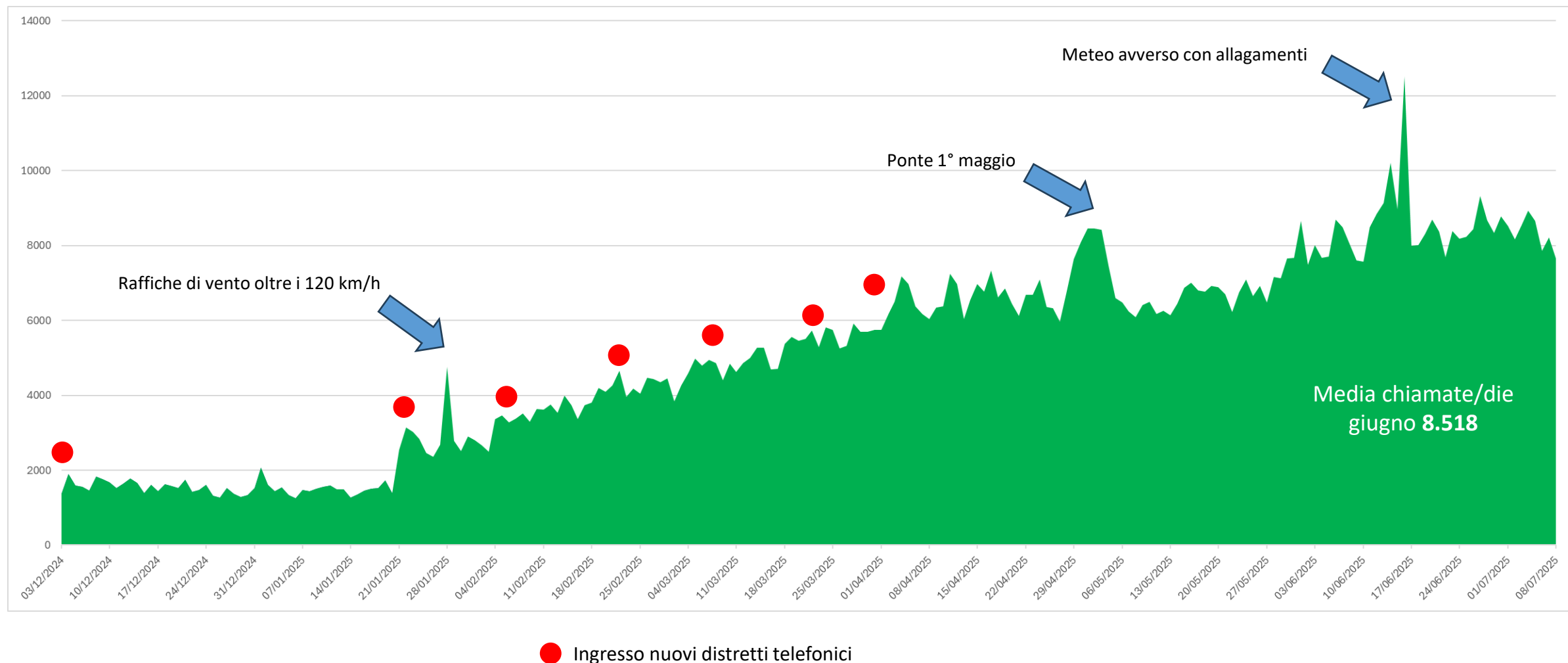


Le centrali operative di secondo livello in Emilia-Romagna

Centrali Operative (PSAP2)	N°
Emergenza Sanitaria	3
Carabinieri	34
Polizia di Stato	10
Vigili del Fuoco	9
Capitaneria di Porto	1
COPS (Polizia Stradale)	1
Totale	58

Dopo il completamento di questa prima fase di startup, in base alla dotazione tecnologica e alla dotazione del servizio H24 sarà possibile includere anche i Comandi di Polizia Locale

Chiamate giornaliere NUE 112 Emilia-Romagna

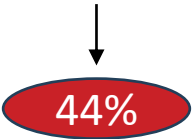


Attività NUE 112 RER

da 3 dicembre 2024 a 8 luglio 2025

CHIAMATE REGISTRATE

	REGIONE
Chiamate totali	1.092.125
Filtro sulle chiamate totali	484.549



CHIAMATE INOLTRATE

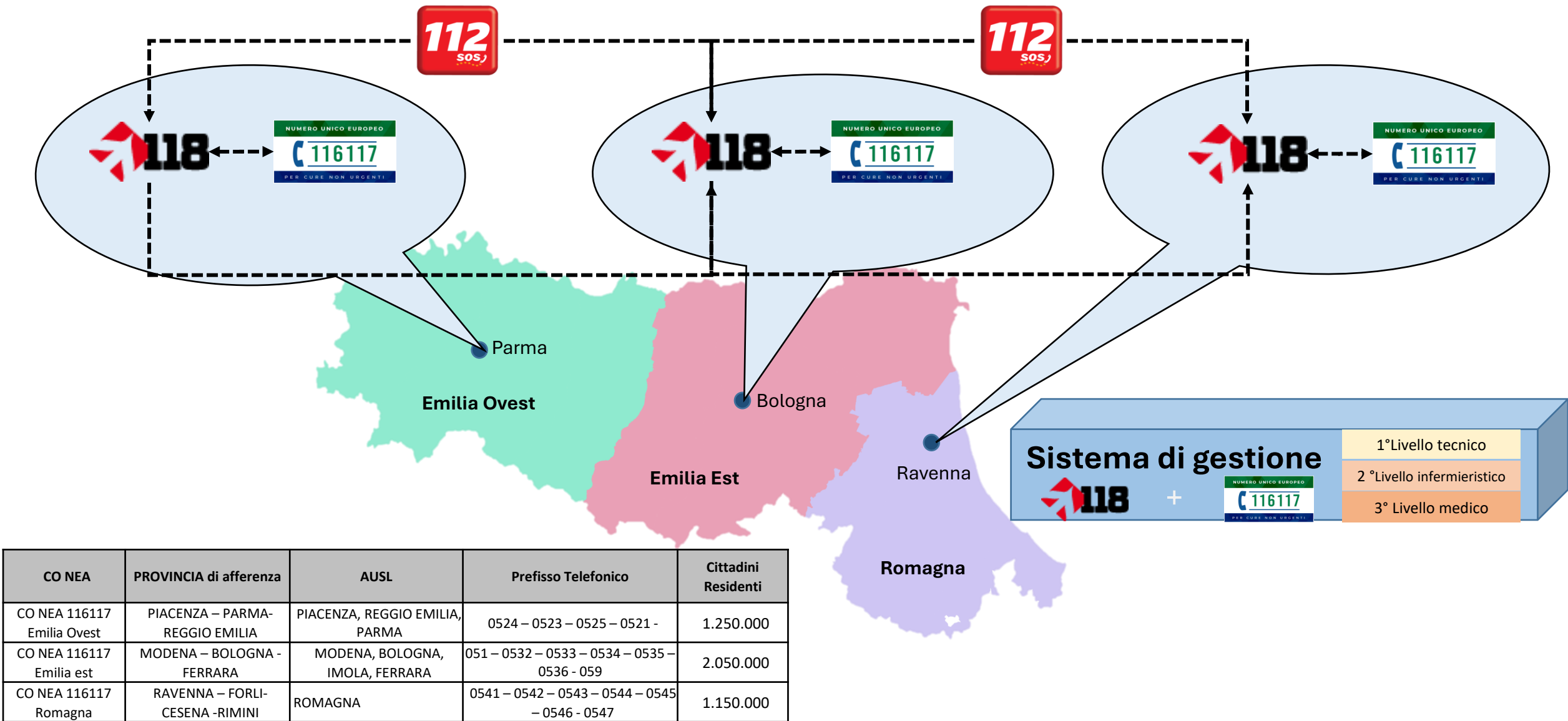
Carabinieri	28%
Polizia di Stato	16%
COPS	2%
VVF	7%
Emergenza Sanitaria	46%
Capitaneria di Porto	0,1%

Tempo medio di risposta	6,1"
-------------------------	------

Tempestività di intervento

Il **6%** delle emergenze vengono inoltrate contemporaneamente alle centrali operative specialistiche per interventi multiforza

Il modello organizzativo del sistema di accesso ai servizi di emergenza-urgenza e non urgenza



Nuovo modello proposto di smistamento degli accessi

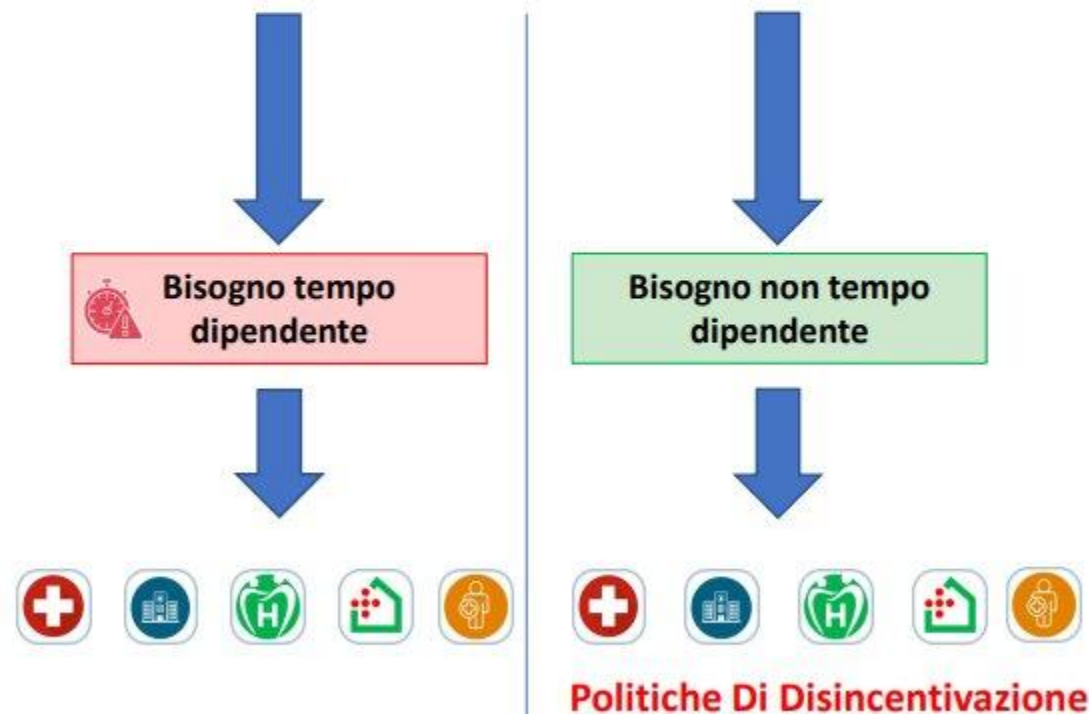
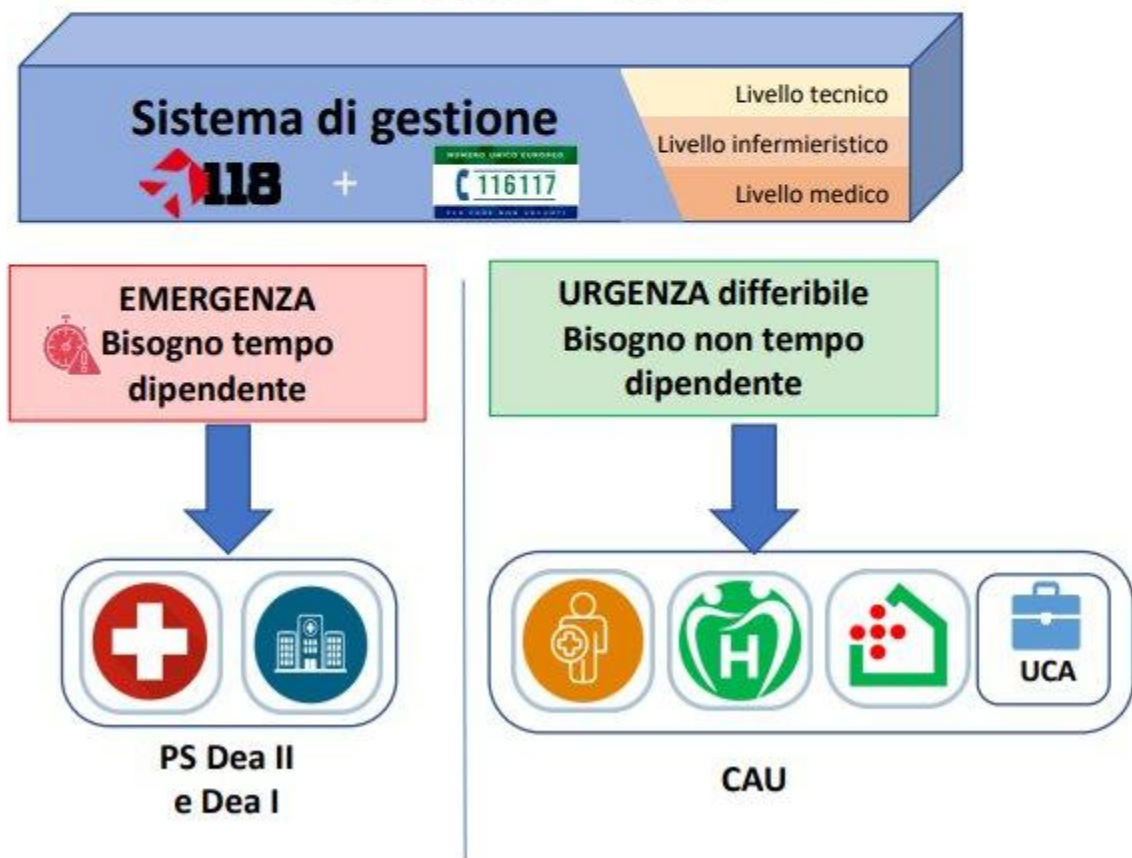
Questa modalità di accesso dovrà rappresentare il gold standard e inizierà con il **contatto telefonico** del cittadino (attualmente rappresenta il 24% degli accessi)



Questa modalità verrà disincentivata (attualmente rappresenta il 76% degli accessi)

~99% accessi mediati

~1% accessi Non mediati



118 Evoluto: rafforzare la risposta sanitaria con le risorse di oggi, lo sguardo al domani

1. **Valorizzazione del ruolo di tutti gli operatori dei team di soccorso**
2. Sviluppo delle **competenze** specifiche per funzioni e ruoli degli operatori impegnati nel soccorso
3. Partecipazione proattiva del volontariato nel soccorso: **Protocollo d'Intesa per la predisposizione del Nucleo Tecnico Permanente per il Trasporto Sanitario**
4. Implementazione **rete defibrillazione territoriale**
5. **Investimenti in tecnologie** per risparmiare tempo e salvare più persone: **informazioni in real-time**
6. **IA** integrata nei **sistemi operativi** di risposta all'emergenza per potenziare l'efficacia e l'efficienza
7. **Modelli predittivi integrati** (Big Data) per la gestione proattiva di eventi pandemici e maxi-emergenze, al servizio della Protezione Civile
8. Implementazione di un **Piano di comunicazione** rivolto alla cittadinanza, finalizzata a migliorare la conoscenza delle modalità di contatto e accesso alle strutture e ai servizi sanitari

Il futuro del sistema di emergenza-urgenza

Criticità e Sfide

Turnover elevato del personale

Sostenibilità del sistema volontaristico (crisi vocazionale), che necessita di riconoscimento stabile

Rischio di sovraccarico delle sistema di emergenza urgenza per richieste non appropriate

Cosa fare

Ciò che è necessario

Ciò che è più sicuro

Ciò che è sostenibile

Le parole chiave

Equità

Efficacia

Appropriatezza

Sicurezza

Prospettive

- Implementazione rete territoriale – rete ospedaliera
- Reingegnerizzazione dei sistemi di monitoraggio in ottica di revisione dei processi
- Proseguire gli investimenti in tecnologia
- Formazione e valorizzazione del personale
- Stipula Accordo Quadro /Protocollo d'intesa con le Associazioni di Volontariato a livello regionale
- Coinvolgimento attivo dei cittadini