



SPB 13/2017

Bari lì 1 Luglio 2017

PEC

Al: Presidente della Regione Puglia
Dott. M. Emiliano

Al: Direttore del Dipartimento
Promozione della Salute
Dott. G. Ruscitti

Al: Direttore dell'AReS
Dott. G. Gorgoni

LORO SEDI

Oggetto: Rete dell'emergenza pugliese: stato dell'arte;
Problematiche Irrisolte e Proposte in 9 punti essenziali.

Egregi dottori,
la segreteria Nursind Bari, intende fotografare lo stato dell'arte dell'emergenza pugliese a distanza di 25 anni dalla sua nascita ovvero dal Dpr. 27 marzo 1992, il cosiddetto "decreto 118".

In Puglia la rete dell'emergenza 118 si è sviluppata un decennio più tardi rispetto alle altre regioni e, malgrado tutto, si sono ottenuti buoni risultati soprattutto per ciò che riguarda le patologie tempo dipendenti ed il rispetto della "golden hour".

Di seguito evidenzio alcune considerazioni:

1) Trauma Center:

Si riscontrano ritardi, a seguito dell'assenza di un modello organizzativo vero quale quello del Trauma Center per l'individuazione contestuale del "Trauma Team" attivo 24/24, che risulta di importanza fondamentale nel migliorare l'outcome del paziente.

2) Stroke:

Tra le patologie tempo dipendenti quali quella dello Stroke, in caso di ictus ischemico, si registrano dilazioni dei tempi già nelle prime fasi di accettazione in P.S. dove, i non conclamati sintomi e segni dovrebbero incentivare l'attivazione di percorsi prioritari almeno per le diagnostiche più importanti come la Tac, esami di laboratorio ed Ecg.

3) IMA-Stemi:

Argomento a parte è il percorso IMA- Stemi al quale si riconoscono alla regione Puglia i primi risultati importanti come quelli della telecardiologia a domicilio integrata nel sistema dell'emergenza urgenza territoriale 118 che funziona in modo straordinario.



4) Centrali Operative 118 e Centrali Uniche di Risposta numero unico dell’Emergenza europeo 112:

Lo stato dell’arte a livello nazionale vede le C.O.118 in sensibile riduzione vuoi per gli effetti del Dm 70/2015, vuoi per il fatto che alcuni accorpamenti sono più funzionali ed economicamente più vantaggiosi.

Inoltre, l’istituzione delle centrali uniche di risposta (CUR), che corrispondono al numero unico dell’emergenza europeo 112, ne favoriscono una rimodulazione senza pregiudicare i livelli di risposta del sistema.

Il modello operativo della Centrale Unica di Risposta (CUR) del Servizio NUE 112 è, come dichiarato dal Ministero dell’Interno e dalla Commissione salute, il modello cui tendere e la legge Madia (agosto 2015) ha sancito l’estensione di questa organizzazione su tutto il territorio nazionale.

Malgrado numerosi solleciti, anche in sede regionale, la Puglia è già in grande ritardo all’interno del contesto nazionale. In Italia, il Numero Unico Europeo 112 è attualmente attivo in Lombardia, nel Lazio (solo per le zone coperte dalla numerazione 06) e, ultimamente, istituito in Liguria (anche per il 1530), Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Valle d’Aosta, Emilia Romagna (solo Modena) e Piemonte (solo Torino dal 27.03.2017). A breve anche la Sicilia e il Veneto entreranno nella famiglia dell’1.1.2.

Una programmazione sul NUE 112, inoltre, va sviluppata in relazione al fatto che il personale va selezionato (anche perché multilingue e formato adeguatamente).

5) Numero unico della non emergenza “116117”:

La Commissione Europea il 30 novembre 2007 ha adottato un provvedimento per invitare tutti i Paesi ad essa aderenti ad assegnare il numero “116117” a un Servizio di assistenza medica non urgente che, in situazioni critiche non di emergenza specie al di fuori delle ore di lavoro, nei fine settimana e nei giorni festivi, dovrebbe mettere i chiamanti in contatto con un operatore competente oppure direttamente con un medico qualificato che possa fornire assistenza o consulenza medica.

Tale numerazione è di supporto ai CUR nel caso in cui la chiamata di soccorso non rappresentasse un emergenza sanitaria.

6) Il governo dell’emergenza-urgenza pugliese – Modello organizzativo:

I modelli organizzativi di governo del sistema dell’emergenza – urgenza in Italia sono essenzialmente due e sono:

- Il modello che affida il governo del sistema a: **Singole Aziende di servizi sanitari.**
In tale modello i servizi di emergenza preospedaliera fanno, di norma, parte dei dipartimenti di emergenza.
- Il modello che affida il governo del sistema a: **Aziende specializzate per l’emergenza preospedaliera costituite ad hoc.** (Es.: Lazio e Lombardia)

Pur identificandoci nel primo modello organizzativo, si riscontra l’assenza di un autentico dipartimento e del suo direttore cosicché si fatica a sviluppare concetti e scelte programmatiche.

Per quanto ci riguarda, invece, il parere di questa O.S. , sentiti i vari operatori e conoscendo inoltre le frammentazioni che l’attuale sistema presenta, ritiene che un modello che si occupi esclusivamente dell’emergenza preospedaliera, come nel Lazio e nella Lombardia, sarebbe una soluzione infungibile in termini di efficacia e di razionalizzazione della spesa corrente. Non si può omettere l’evidenza data:

- dall’assenza effettiva di un dipartimento (vedi Bari);
- della coesistenza della C.O. 118 e Coordinamento 118 nelle aree di Bari e Foggia;



- La presenza di personale infermieristico, nonché unico caso pugliese, che insite nella postazione medicalizzata Mike di Acquaviva delle Fonti che non appartiene alla Asl bensì all'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti in totale contraddizione con quanto stabilito dalla delibera di Giunta Regionale del 28 giugno 2011 n° 1479 che indica... omissis:... ” le aziende Asl di Bari e Foggia attivano le procedure tese a individuare il personale per la gestione diretta delle postazioni S.E.U. e P.P.I. a tutt'oggi garantite dagli enti ecclesiastici e II.RR.CC.SS., insistenti nel proprio territorio”;
- Convenzioni con associazioni di volontariato diverse nelle modalità attuative (come per le automediche che nel leccese sono affidate in convenzione mentre, nel barese sono aziendali);
- Assenza di protocolli operativi per il soccorso sanitario in mare, attivi nel territorio leccese assenti in quello barese;
- La futura gestione delle Centrali Uniche di Risposta 112;
- E tante altre anomalie di sistema che vanno pianificate e risolte.

7) Piano di riordino 1933/2016 all'art.7 comma 2:

Il piano di riordino varato di recente, 1933/2016 all'art.7 comma 2 indica ...omissis...:“si dispone la riconversione dei Punti di Primo Intervento – preesistenti e di nuova costituzione – in postazione medicalizzata 118 entro il 31.12.2017”.

Preso atto di quanto sopra, si evidenzia che in tutti i PPI di Bari e provincia “già esistevano postazioni medicalizzate Mike” e dunque, l'implementazione con le automediche (in aggiunta all'ambulanza India che inevitabilmente si è disposto) è assolutamente impropria, eccessiva e non necessaria poiché il piano di riordino manifesta un eventualità che non si è mai realizzata in quei luoghi.

8) Automediche – considerazioni e problematiche urgenti:

Per quanto concerne l'utilizzo delle automediche è da considerare il fatto che queste rappresentano un mezzo avanzato di soccorso che agisce in supporto alle ambulanze India (con il solo infermiere).Un loro utilizzo in prima istanza è fortemente sconsigliato. Si verifica altresì che per un singolo intervento importante, il personale che si trova ad operare sulla scena dell'evento, secondo le nostre disposizioni regionali, è composto di 6 (sei) operatori tra automediche e ambulanza India.

Viepiù, la dotazione degli operatori delle auto mediche in Puglia è diverso rispetto ad altre regioni come l'Emilia Romagna, dove il personale preposto è esclusivamente un medico ed un infermiere (secondo normativa vigente Dpr 27.3.92), mentre in Puglia si adotta anche l'autista in aggiunta con il relativo aggravio di spesa.

L'improvvisa attivazione di 7 (sette) automediche ha evidenziato diverse criticità che vanno immediatamente risolte:

- Assenza di colonnine di ricarica energia elettrica esterna;
- Assenza di presa di carica di energia elettrica sui mezzi;



NurSind

Segreteria Territoriale di Bari

- Assenza di allestimento del vano sanitario e dei relativi sistemi di fissaggio delle attrezzature di bordo e dei presidi sanitari;
- Assenza di ricovero dei mezzi cosicché esposti al sole torrido d'estate, con farmaci che raggiungono temperature inidonee al loro utilizzo (anche per alcune ambulanze);
- Mancato utilizzo dei Termobox, se pur in dotazione, per mancanza di ricarica dalla rete esterna di energia elettrica (per i farmaci "freddi" si utilizzano i siberini da frigo che di volta in volta vengono sostituiti, confidando che tutti si adoperino nella sistematica sostituzione).

9) Terapia del dolore:

L'analgesia preospedaliera ideale dovrebbe essere semplice da usare, sicura, efficace, non incidere sui tempi del trasporto, avere un rapido onset, una breve durata d'azione in modo da essere titolato all'effetto in tutti i pazienti. I farmaci di prima linea per l'analgesia preospedaliera in caso di dolore severo sono gli oppioidi quali Morfina e.v., Fentanyl e Tramadolo (simil oppioide).

Si riscontra l'assenza, esclusivamente per l'Asl Bari, della dotazione di Morfina e Fentanyl come dotazione farmacologica per tutti i mezzi di soccorso in contrapposizione a quanto previsto da società scientifiche accreditate come AHA e IRC nei protocolli ALS (Advanced Life Support).

Nella Asl Bat la Morfina è regolarmente distribuita sui mezzi di soccorso.

Registro infine, con sincero apprezzamento, l'imminente sperimentazione dei percorsi infermieristici fast per l'accettazione nei P.S. per codici a gravità minore che rappresentano un impegno importante per una problematica seria nonché un vero segno di civiltà per una società moderna.

Rimanendo a disposizione per un confronto per le vie brevi, si porgono
Cordiali saluti

Segretario Territoriale Nursind Bari
Nicola Azzizzi