

## Il Sistema dell’Emergenza Sanitaria Territoriale ad una svolta\*

Franco Brugnola\*\*

**Sommario:** 1. Evoluzione storica. – 2. La nascita del Sistema di Emergenza Sanitaria. – 3. L’organizzazione del Sistema di emergenza sanitaria territoriale. – 4. La modifica del Titolo V della Costituzione. – 5. I Piani di rientro regionali dal disavanzo e le proposte dell’AGENAS. – 6. Il decreto Ministeriale 70 del 2015. – 7. I Livelli Essenziali di assistenza. – 8. La giurisprudenza costituzionale. – 9. Le proposte delle Società scientifiche. – 10. Le proposte di legge. – 11. Considerazioni conclusive.

### 1. Evoluzione storica

Il servizio di emergenza sanitaria, come lo conosciamo oggi, è un sistema complesso che ha origini molto antiche<sup>1</sup>.

Per quanto riguarda il trasporto sanitario in ospedale è stato assicurato sin da circa sette secoli fa dalle Congregazioni delle Misericordie e da Associazioni di pubblica assistenza e di soccorso le quali non disponendo all’epoca di mezzi di trasporto lo facevano “a spalla”. Con l’andare dei secoli il servizio è migliorato anche grazie alle guerre degli ultimi due secoli che hanno spinto ad introdurre nuovi mezzi di trasporto come le lettighe su ruote fino alle prime ambulanze e quindi alle eliambulanze.

Il servizio sul territorio prevedeva comunque solo il trasporto all’ospedale più vicino e non anche il pronto soccorso.

---

\* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Già dirigente del Settore programmazione sanitaria della Regione Lazio.

<sup>1</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza, 2010; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, p. 13.

Con il Regno d'Italia arriva la prima normativa sulla sanità pubblica, approvata con il R.D. 8 giugno 1865, n. 2322, che però non conteneva norme sui pronto soccorso; si deve arrivare alla legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (la c.d. legge Crispi-Pagliani) per trovare che l'ufficiale sanitario era tenuto ad assicurare i mezzi minimi di terapia e di pronto soccorso. Il primo testo unico delle leggi sanitarie, approvato dal Governo Giolitti, fu il R.D. 1° agosto 1907, n. 636 che non aggiunse nulla relativamente alla nostra materia.

Anche il nuovo testo unico del 27 luglio 1934, n. 1265 (c.d. legge Petragliani) non fu innovativo per quanto riguardava il servizio di emergenza.

Si deve al R.D. 30 settembre 1938 recante norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali l'obbligo per tutti gli ospedali di far funzionare un servizio di Pronto Soccorso.

Ma si dovette arrivare alla legge di riforma ospedaliera del 12 febbraio 1968 n. 132 e al d.p.r. 27 marzo 1969, n. 128 per disporre di una organizzazione del servizio di pronto soccorso di tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine di sviluppare l'integrazione di professionisti di diversi settori, la condivisione delle tecnologie, la razionalizzazione delle risorse e il miglioramento dei processi assistenziali<sup>2</sup>. Inoltre, l'art. 13 del predetto d.p.r. 128 del 1969 stabiliva che il servizio di pronto soccorso dovesse disporre di mezzi di trasporto adeguatamente attrezzati e di mezzi necessari alla diagnosi ed alla terapia anche strumentale di emergenza.

La legge 833 del 1978 al 3° comma dell'art. 10 individuò i Distretti sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di pronto intervento a livello di prossimità, una scelta che conserva ancora oggi la sua importanza soprattutto per quanto riguarda il decentramento del servizio, la gradualità delle cure, l'uguaglianza di accesso e il rispetto dell'equità.

Tuttavia quella che ora viene definita emergenza sanitaria territoriale all'epoca era una funzione scarsamente considerata, non esisteva ancora un sistema organizzato omogeneo a livello nazionale, non c'era un numero unico nazionale dedicato per le chiamate d'emergenza<sup>3</sup>, non esistevano Centrali Operative dedicate, non erano ancora disponibili protocolli operativi.

Non esistendo ancora la specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza, al pronto soccorso venivano destinati i neo assunti<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> A. CICHETTI (a cura di), *I dipartimenti ospedalieri nel servizio sanitario nazionale*, Milano, Franco Angeli, 2012.

<sup>3</sup> Infatti veniva utilizzato il 113.

<sup>4</sup> La specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza è nata solo con il d.m. 17 febbraio 2006.

## 2. La nascita del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale

Il 3 agosto 1990 il CIPE, su conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, individuò le priorità degli interventi relativi all’emergenza-urgenza<sup>5</sup> sanitaria anche utilizzando con vincolo di destinazione le risorse in conto capitale del Fondo sanitario nazionale.

Con l’art. 4, comma 1 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 poi fu autorizzato il Governo ad emanare un atto di indirizzo e di coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale.

Pertanto sulla base di un documento approvato dal Gruppo di lavoro Stato-Regioni in data 2 dicembre 1991, frutto di un lungo approfondimento e del contributo di molti esperti, con il d.p.r. 27 marzo 1992 venne emanato l’“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”, che mirava ad uniformare le prestazioni di emergenza sanitaria su tutto il territorio nazionale prevedendo, all’articolo 3, l’attivazione delle centrali operative organizzate su base provinciale e nelle aree metropolitane l’istituzione di più centrali operative con il compito di assicurare i radiocollegamenti con tutti i mezzi di soccorso coordinati con i servizi del sistema di emergenza sanitaria del territorio.

In particolare con il predetto decreto venne individuata l’emergenza sanitaria come un livello assistenziale da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale; vennero fissati i principi organizzativi fondamentali del servizio come la fase di allarme e quella di risposta, venne previsto un numero telefonico unico «118» per tutto il territorio italiano, furono definite le competenze delle centrali operative e venne previsto che il personale infermieristico professionale nello svolgimento del servizio potesse essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Era nato il Sistema di emergenza sanitaria.

Successivamente, sulla base di un documento approvato da un gruppo di lavoro Stato-Regioni, costituito ai sensi del citato decreto del Presidente della Repubblica si è provveduto alla “Definizione del sistema delle emergenze sanitarie” fornendo istruzioni alla popolazione circa la corretta fruizione del numero unico, individuando le caratteristiche

<sup>5</sup> I termini emergenza-urgenza vengono talora utilizzati in maniera indifferente, ma l’*emergenza* si riferisce a condizioni patologiche ad insorgenza improvvisa e di rapida evoluzione in cui le condizioni del paziente sono talmente critiche da comprometterne la vita, dal che nasce la necessità di interventi eccezionali ed immediati, mentre l’*urgenza* si riferisce a condizioni patologiche che, pur non presentando pericolo immediato per la vita del soggetto, in assenza di adeguato intervento terapeutico possono divenire critiche

delle centrali, i requisiti del sistema informatico e stabilendo tra l'altro i tempi massimi di intervento in otto minuti per le aree urbane e in venti minuti per le zone extraurbane.

Con le successive Linee guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (n.1 del 1996) sono state fornite indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza-urgenza.

Un ulteriore passo avanti si deve al d.lgs. 229 del 19 giugno 1999 con il quale è stata meglio delineata l'organizzazione delle aziende sanitarie per la parte relativa al sistema di emergenza integrando quanto previsto dal d.lgs. 502 del 1992<sup>6</sup>.

Negli anni successivi è migliorata l'organizzazione ed è cresciuta la fiducia dei cittadini nei confronti del servizio.

Infine il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali con decreto 17 dicembre 2008 ha disposto l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

In base alle norme richiamate il Sistema Territoriale di Soccorso è costituito dalla rete delle postazioni, mobili, fisse e ad ala rotante, nonché dei Punti di Primo Intervento Territoriali in cui presta servizio personale medico, infermieristico, ed autisti-soccorritori; il numero delle postazioni è calcolato sulla base dei tempi di percorrenza, della densità abitativa, dell'estensione del territorio, dell'orografia e della viabilità.

Le regioni avrebbero dovuto predisporre ciascuna un Piano regionale per l'emergenza, identificando le differenti esigenze delle aree territoriali regionali con particolare riguardo agli insediamenti abitativi, produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico e turistici ed alle attività sportive, tenendo conto del criterio della gradualità delle cure.

Purtroppo non tutte le regioni hanno adottato un proprio piano o provvedimenti per organizzare in maniera adeguata il servizio<sup>7</sup>, ma soprattutto, anche quelle che lo hanno approvato<sup>8</sup> non l'hanno aggiornato a seguito della dismissione di molti piccoli ospedali avvenuta nei primi anni di questo secolo che ha comportato anche la cancellazione dei relativi servizi di Pronto Soccorso.

<sup>6</sup> In particolare l'art. 8, comma 1, lettera e) riordinava il servizio della guardia medica garantendo la continuità assistenziale e al comma 1-bis, prevedeva che le regioni avrebbero potuto individuare aree di attività della emergenza territoriale che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedessero l'instaurarsi di un rapporto d'impiego consentendo a tal fine una procedura per l'inquadramento a domanda nel ruolo sanitario nei limiti dei posti delle dotazioni organiche e del personale titolare di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni o comunque al compimento del quinto anno d'incarico, e previo giudizio di idoneità.

<sup>7</sup> Ad es. Regione Lazio Delibera del Consiglio regionale n. 1004 dell'11 maggio 1994, Sistema di emergenza sanitaria Lazio soccorso 118; Regione Marche, legge regionale n. 36 del 30 ottobre 1998; Sistema di emergenza Sanitaria (modificata con l.r. 9 luglio 2013, n. 17); Regione Basilicata, legge regionale n. 21 del 3 agosto 1999, Sistema sanitario regionale dell'emergenza/urgenza; Regione Sicilia, decreto dell'Assessore sanità 27 marzo 2001, Linee guida generali sul funzionamento del servizio di emergenza sanitaria regionale; Regione Toscana, legge regionale del 24 febbraio 2005, n. 40, Disciplina del servizio sanitario regionale.

<sup>8</sup> Regione Lazio deliberazione del Consiglio regionale n. 1004 dell'11 maggio 1994.

L’organizzazione del settore della medicina di emergenza, oltre che scontare i problemi legati al riparto delle competenze legislative tra Stato e regione, a livello locale è penalizzata anche da un certo grado di inefficienze ed inattuazioni da parte di attori politici<sup>9</sup>.

### 3. L’organizzazione del Sistema di Emergenza Sanitaria territoriale

Il sistema di emergenza sanitaria disegnato dal complesso delle norme richiamate è costituito da due componenti, strettamente interconnesse:

- Un sistema di allarme attivato dal numero telefonico unico gratuito, la cui componente principale è rappresentata dalle Centrali Operative 118 che effettuano la valutazione del grado di complessità dell’intervento necessario, definendo il livello di criticità dell’evento e, conseguentemente, attivano l’intervento più idoneo, utilizzando i codici colore/gravità.
- Una fase di risposta a sua volta articolata in:
  - a) Una fase di risposta preospedaliera operativa sulla base di procedure che garantiscono il governo clinico dell’intervento sul territorio lungo il percorso di avvicinamento al Pronto Soccorso di destinazione e che fanno conto su:
    - *Postazioni territoriali 118*: si tratta di postazioni con personale medico, infermieristico e tecnico-sanitario (compreso i soccorritori volontari) deputate agli interventi territoriali “primari”, interventi cioè condotti in emergenza-urgenza.
    - *Unità operative mobili*: le ambulanze<sup>10</sup> sono articolate in *Mezzi di Soccorso Avanzato* (MSA) con a bordo un medico, un infermiere professionale e due soccorritori di cui uno con funzioni anche di autista; *Mezzi di Soccorso Intermedi* (MSI): oltre ai soccorritori prevede anche un infermiere professionale addestrato ed autorizzato a prestare le prime cure; *Mezzi di Soccorso di Base* (MSB) con a bordo soccorritori abilitati ai servizi d’urgenza 118 e dotati di attrezzature adeguate;
    - *Automediche*: si tratta di mezzi non adibiti al trasporto di pazienti ma che, guidati da un soccorritore trasportano medico e infermiere sul luogo dell’evento a supporto degli altri mezzi;
    - *Eliambulanze*: si tratta di elicotteri attrezzati in maniera specifica per il trasporto di pazienti affetti da gravi patologie (politraumatismi, cardiovasculopatie, neurovasculopatie,

---

<sup>9</sup> V. M. MENGOZZI, *La geometria variabile della medicina d’emergenza fra legislazione nazionale ed attuazione regionale*, in L. PRINCIPATO (a cura di), *Medicina d’urgenza responsabilità e principi*, Torino, Giappichelli, 2017.

<sup>10</sup> La normativa tecnica e amministrativa relativa alle ambulanze è stata approvata con d.m. 17 dicembre 1987, n. 553 e con d.m. 20 novembre 1997, n. 487. In attesa di un aggiornamento della normativa nazionale viene fatto riferimento anche alla UNI EN 1789 e alla UNI EN 1865.

ecc.) con un pilota, un medico anestesista e rianimatore e un infermiere professionale addestrato;

- *Idroambulanzze*: si tratta di imbarcazioni adibite al soccorso sanitario in mare dotate di attrezzature adeguate o al soccorso sanitario cittadino (es. Venezia, Ischia, Procida);

- *Punti di Primo Intervento*: si tratta di strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare<sup>11</sup>, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. I Punti di Primo Intervento sono di norma postazioni territoriali della rete dell'Emergenza-Urgenza, presso cui operano i Medici dell'Emergenza Territoriale (MET)<sup>12</sup>. La loro attivazione permette, in alcuni casi, una razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso, riconvertendo strutture non in grado di mantenere standard elevati di prestazioni e, in altri casi, in particolare in zone disagiate, costituisce un riferimento sanitario in h 24 per la popolazione<sup>13</sup>.

b) Una fase di risposta ospedaliera:

- *Pronto Soccorso ospedalieri*: il PS generale o pediatrico (ove esistente) è la struttura organizzativa dell'emergenza-urgenza deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e agli altri interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strumentali di urgenza, e a garantire il trasferimento urgente (in caso di necessità) all'ospedale di riferimento (Reti per Sindrome Coronarica Acuta, Stroke, Traumi Maggiori).

Il PS deve essere ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera in cui devono essere garantiti H24: attività di anestesia e rianimazione, chirurgia generale, di medicina interna, di diagnostica di laboratorio, di diagnostica per immagini, servizio trasfusionale e assistenza farmaceutica. Il Personale medico appartiene di norma alla Struttura professionale di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento. È dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (senza DRG).

- *Dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello*: Devono essere ubicati nell'Ospedale principale della ASL (ove non insistano DEA di II° Livello). Nelle ASL, che servono popolazioni molto numerose o territori di grande estensione e/o di difficile accesso, possono essere previsti più DEA di I° Livello. Deve essere presente una Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (UOC di MCAU).

<sup>11</sup> La stabilizzazione è molto importante per la gestione del paziente critico dal territorio al primo contatto ospedaliero specialmente per le reti "tempo dipendenti" in cui il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure (Rete infarto, Rete cardiologica, Rete ictus, Rete trauma, rete neonatologica).

<sup>12</sup> Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in data 23 marzo 2005: art.92 comma 4 e art. 96; confermati nel nuovo a.c.n. del 27 maggio 2009.

<sup>13</sup> Ministero della salute, Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale", Roma, 2009.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e può essere dotato di letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza con durata della degenza non superiore a 72 ore (letti già previsti dall’Atto d’Intesa fra Stato e Regioni del 1996) in ragione di almeno 2 letti ogni 10.000 accessi di cui almeno 1/3 ad alta intensità, comunque modulabili in base alla dotazione complessiva di posti letto dell’ospedale. Oltre a quanto già descritto per il PS, l’ospedale deve garantire h/24: attività di diagnostica per immagini dedicata; attività di ortopedia-traumatologia; attività di ostetricia-ginecologia; attività pediatrica, Terapia intensiva generale; Attività cardiologica con UTIC o degenza a livello sub-intensivo; Endoscopia digestiva.

- *Dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello.* Devono essere ubicati nella Struttura Ospedaliera di riferimento per territorio. Deve essere presente una UOC di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza. Il Dipartimento è sia il riferimento strutturale per l’ASL, sia il riferimento funzionale per l’intero bacino sovrazonale o Area Vasta. L’Ospedale deve essere dotato di tutte le S.C. previste per il DEA di I° Livello. Inoltre devono essere garantite secondo il modello Hub & Spoke (e in base alle singole programmazioni Regionali) le funzioni di altre Strutture complesse, che attengono alle discipline ad alta specialità non previste nel DEA di I° Livello: Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillofacciale, Chirurgia plastica, Emodinamica interventistica, Endoscopia digestiva di III° Livello, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale. Devono inoltre essere presenti H24 i Servizi di Radiologia con TAC, Ecografia e Risonanza Magnetica, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Il servizio di emergenza sanitaria, che nei primi anni dopo la riforma era gestito direttamente dalle regioni e dalle unità sanitarie locali con personale proprio, dopo l’aziendalizzazione ha subito progressivamente un processo di esternalizzazione specialmente per quanto riguarda i trasporti e in particolare quelli ad ala rotante con costi che sono cresciuti in maniera rilevante<sup>14</sup>.

## 4. La modifica del Titolo V della Costituzione

La riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 2001, ha innovato profondamente il testo precedente rafforzando il ruolo delle regioni.

Il testo novellato dell’art. 114 stabilisce che la Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato, per cui tutti devono partecipare in base al principio della leale collaborazione alla tutela della salute.

<sup>14</sup> Solo alcune regioni si sono avvalse dell’istituto della collaborazione tra pubbliche amministrazioni previsto dall’art. 15 della legge 241 del 1990 stipulando convenzioni con il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco come ad esempio il Lazio alla fine degli anni ’90 e ora la Liguria (delibera 1721 del 2013).

Il successivo art. 117 prevede che lo Stato abbia legislazione esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

La competenza affidata allo Stato rappresenta un valore corrispondente ad interessi costituzionalmente fondamentali<sup>15</sup>.

Con questa norma i livelli essenziali di assistenza sono stati elevati a rango costituzionale garantendo ai cittadini una più elevata tutela del loro diritto alla salute e questo ha rappresentato senza dubbio una importante conquista<sup>16</sup>.

A questo proposito alcuni si sono immediatamente resi conto dei problemi e delle difficoltà di prescrivere livelli essenziali ed uniformi senza una organizzazione ultraregionale dotata di una funzione di indirizzo e coordinamento e dove Stato e Regioni potessero concertare l'interesse nazionale<sup>17</sup>.

Peraltro lo Stato è diventato depositario esclusivo della clausola di uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza con l'incarico di vegliare sulla loro effettività con l'esercizio del potere sostitutivo (art. 120, comma 2)<sup>18</sup>.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono stati quindi approvati per la prima volta con d.p.c.m. in data 29 novembre 2001.

Per quanto riguarda l'emergenza sanitaria territoriale, in base a questo decreto il Servizio Sanitario Nazionale avrebbe dovuto garantire:

- Ricezione delle richieste di intervento per emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento;
- Assistenza e soccorso di base e avanzato, esterni al presidio ospedaliero, anche in occasione di maxiemergenze, trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate.

Nel periodo successivo le verifiche del Ministero della salute hanno evidenziato una elevata eterogeneità che ha caratterizzato le regioni italiane sia per quanto riguarda la domanda di prestazioni sanitarie che per quel che concerne l'erogazione delle prestazioni, dei livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, delle reti di offerta<sup>19</sup>.

A distanza di quasi venti anni dall'entrata in vigore della citata riforma costituzionale le preoccupazioni sono divenute realtà e mentre lo Stato riesce a svolgere un effettivo ruolo di controllo sulla spesa questo non è avvenuto sui modelli organizzativi scelti dalle regio-

<sup>15</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino, 2004, p. 80.

<sup>16</sup> C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2014.

<sup>17</sup> Cfr. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali delle prestazioni*, in R. BALDUZZI, G. DI CESARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002, p. 21 ss.

<sup>18</sup> D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Costituzionale*, n. 1/2018.

<sup>19</sup> Ministero della salute, Direzione generale della programmazione – ufficio VI, *Analisi spazio temporale degli indicatori della griglia LEA relativi all'adempimento sul mantenimento dell'erogazione dei LEA*, Novembre 2014.

ni con un consolidamento della loro differenziazione e con la conseguente vanificazione dell’uguaglianza fra cittadini nel godimento del diritto alla salute<sup>20</sup>.

## 5. I Piani di rientro regionali dal disavanzo e le proposte dell’AGENAS

A causa dei gravi disavanzi accumulati da alcune regioni, al fine di garantire che l’obiettivo del raggiungimento dell’equilibrio economico-finanziario da parte delle stesse fosse conseguito nel rispetto delle garanzie della tutela della salute, con la legge finanziaria per il 2005 (l. 311/2004) si introdussero i c.d. piani di rientro (nati fin dall’inizio, peraltro, come programmi “di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale” e, dunque, non soltanto di rientro dal disavanzo finanziario), per la cui adozione veniva previsto il supporto dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Allo scopo di fornire un contributo su questo tema alle regioni interessate, l’AGENAS pubblicò<sup>21</sup> una proposta per la riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle regioni in Piano di rientro nella quale era dedicato ampio spazio anche alla rete dell’emergenza-urgenza<sup>22</sup>, alla rete ospedaliera e a quella territoriale.

In particolare nel documento si affermava in primo luogo che la necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, dettata dalle esigenze dei Piani di rientro, non avrebbe dovuto in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

La ragione di questo percorso è che l’emergenza è un momento critico per l’intero sistema sanitario.

In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmate.

Il documento dell’AGENAS forniva elementi per:

- La individuazione del bacino di utenza delle Centrali Operative: da 500.000 a 1.000.000 abitanti per gestire con procedure condivise le postazioni di elisoccorso (HEMS-HSR), le ambulanze medicalizzate (MSA) con medico ed infermiere a bordo, le Automediche (ASA, con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (MSAB) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (MSB) in forma

---

<sup>20</sup> C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti Supreme e salute.it*, n. 3/2018.

<sup>21</sup> Sulla propria rivista *Monitor*, n. 27/2011, p. 16.

<sup>22</sup> Che agisce come ponte tra territorio ed ospedali e la cui strutturazione si stava già evidenziando come la vera chiave di volta dell’intero processo.

continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi, medicalizzati e non, che intervengono nel soccorso sanitario;

- La distribuzione dei mezzi di soccorso secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali. Secondo l'AGENAS un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi non era percorribile in quanto avrebbe portato a dei gravi squilibri di copertura territoriale per cui veniva suggerito in primo luogo di attribuire una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup> applicando comunque correttivi derivanti da fattori specifici quali: le vie di comunicazione, i vincoli orografici, i tempi di percorrenza, l'integrazione delle risorse, i flussi turistici stagionali<sup>24</sup>.

Per quanto riguarda l'elisoccorso l'AGENAS forniva elementi sia per la individuazione di un piano complessivo di interventi che potesse trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente alle destinazioni collegate all'attività Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) cioè quei siti, individuati a diversi livelli, su cui si svolgono le manovre di decollo e di atterraggio degli elicotteri<sup>25</sup>.

Veniva infine sottolineata l'importanza della pianificazione di una rete di elisuperfici al servizio di comunità isolate.

## 6. Il decreto Ministeriale 70 del 2015

La Conferenza Stato-Regioni in data 5 agosto 2014 (Rep 98) ha sancito l'Intesa per la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Consequentemente il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze hanno adottato il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 stabilendo in particolare per la rete dell'emergenza urgenza quanto segue:

- 9.1.1 Centrali Operative hanno il compito di provvedere alla valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attivano l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità;
- 9.1.2 Rete territoriale di soccorso: definisce il modello organizzativo caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse e deve prevedere la presenza di uno sviluppo

<sup>23</sup> Il fabbisogno di mezzi avanzati MSA si calcolava applicando la seguente formula: x.

<sup>24</sup> N. mezzi avanzati MSA = (popolazione residente aree di pianura/60.000) + (popolazione residente in aree di montagna/40.000) / 2 + (Superficie pianura/350 KM<sup>2</sup>) + (Superficie montana/300 Km<sup>2</sup>)/2.

<sup>25</sup> Basi operative HEMS, ospedali HUB, elisuperfici al servizio di strutture sanitarie, elisuperfici al servizio di comunità isolate.

del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l’attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell’assistenza nell’interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

- 9.1.3 Postazioni territoriali: le Regioni e le province autonome avrebbero dovuto provvedere alla definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale utilizzando un criterio basato sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup>, applicando un necessario correttivo specifico per garantire l’adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali nelle zone con particolare difficoltà di accesso,
- 9.1.4 Elisoccorso sanitario e delle elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali; sono previste indicazioni sull’organizzazione del servizio diurno e notturno e il dimensionamento dei mezzi in base alla media degli interventi. In particolare era prevista la realizzazione di un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impiegasse un numero di mezzi notturni pari almeno a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne. Si trattava di una scelta molto importante per l’assistenza nelle isole minori e nei piccoli comuni delle aree interne. Ma la maggioranza delle regioni non ha adempiuto a quest’obbligo.
- 9.1.5 Punti di Primo Intervento, viene stabilito che «Esclusivamente a seguito della riconversione dell’attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acute oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura. La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l’attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell’assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell’assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l’osservazione breve del paziente. Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale. Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118. Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le

urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato».

A seguito di quanto previsto dall'art. 1 di detto decreto tutte le regioni avrebbero dovuto adeguare il numero dei posti letto per acuti al 3,00 per mille abitanti e quello dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza allo 0,7 per mille, ma le procedure utilizzate dalle regioni non hanno sempre portato ai risultati attesi, infatti, anche a causa dei provvedimenti che hanno previsto il blocco del *turn over* per il personale, in taluni casi si è avuta di fatto una riduzione di posti letto per gli acuti anche maggiore di quanto deliberato dalle stesse regioni.

In particolare la media nazionale dei posti letto per acuti per mille abitanti nel 2017 era del 2,93, mentre quella dei posti letto post acuzie era dello 0,57<sup>26</sup>.

Quasi nessuna regione, dopo aver provveduto al ridimensionamento dei posti letto ha adeguato il piano regionale del sistema di emergenza territoriale con il risultato che si sono create situazioni di grave disomogeneità soprattutto tra le aree urbane e quelle extraurbane e che sono particolarmente gravi nelle cosiddette aree interne (locuzione con cui vengono comunemente indicati i piccoli Comuni più periferici in termini di accesso ai servizi essenziali come appunto la salute<sup>27</sup>) e nelle isole minori<sup>28</sup>.

Al riguardo, una indagine svolta su base provinciale dall'Università "Sapienza" di Roma per conto del quotidiano economico "Italia Oggi"<sup>29</sup> basata sui dati relativi al rapporto dei posti letto di specialità per mille abitanti e alla numerosità delle apparecchiature per la diagnostica, ha messo in luce una distribuzione territoriale dei servizi e in particolare dei posti letto molto eterogenea in quanto i servizi si concentrano prevalentemente nelle province in cui è presente un grande centro urbano (Milano, Roma) o un polo di eccellenza nella ricerca medica (Pisa, Siena). Ben 27 province sono state giudicate insufficienti<sup>30</sup>.

La carenza di posti letto di specialità in alcuni ospedali e in determinati periodi (es. epidemia influenzale) ha avuto conseguenze talora molto gravi sulla possibilità di assorbire

<sup>26</sup> F. FIORANELLO, R. CARON, *Sempre meno letti negli ospedali. Sia per acuti che per lungodegenze. E il sistema è in sofferenza*, in *quotidianosanita.it*, 15 febbraio 2019.

<sup>27</sup> Distanti dai Comuni più importanti oltre venti minuti (ma la maggioranza dista anche oltre un'ora), aree caratterizzate da un processo di marginalizzazione. Si tratta di 4.261 Comuni che coprono il 60% della popolazione e che sono abitati da 13 milioni di persone e che dopo aver attraversato un periodo di profonda crisi sono oggi oggetto di interventi di recupero (Legge 158 del 2017).

<sup>28</sup> Si tratta complessivamente di 74 isole marine e di 22 lagunari appartenenti al territorio di 36 Comuni nelle quali sono residenti oltre 200.000 persone e che durante la stagione estiva arrivano ad alcuni milioni. Anche in questo caso è stato presentato nel corso della XVIII legislatura un disegno di legge (S.497), già approvato dal Senato, che prevede tra l'altro una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in queste aree.

<sup>29</sup> Pubblicata sul settimanale *ItaliaOggi* 7, 18 novembre 2019.

<sup>30</sup> Di queste 8 sono nell'Italia nord occidentale (Asti, Imperia, Vercelli, La Spezia, Como, Verbano-Cusio-Ossola, Cuneo e Sondrio), 5 nel nord est (Trento, Vicenza, Gorizia, Treviso e Reggio Emilia), 6 nell'Italia centrale (Fermo, Rieti, Latina, Frosinone, Viterbo e Pistoia), e altre 8 nel meridione e nelle isole (Vibo Valenza, Barletta-Andria-Trani, Oristano, Sud Sardegna, Brindisi e Siracusa).

i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso con attese anche molto lunghe per i ricoveri, occupazione impropria delle barelle e fermo delle ambulanze.

La maggioranza degli ospedali dismessi nel corso di questi ultimi decenni sono stati abbandonati invece di essere riconvertiti contestualmente in strutture per l’assistenza territoriale e/o per le cure intermedie. Dall’Annuario Statistico del SSN del Ministero della salute si rileva che nel 1998 gli istituti di cura erano 1.381 di cui il 61,3% pubblici e 38,7% privati accreditati mentre nel 2017 complessivamente l’assistenza ospedaliera si è avvalsa di circa 1.000 istituti di cura, di cui il 51,80% pubblici ed il rimanente 48,20% privati accreditati. Risulta quindi confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell’accorpamento di molte strutture. Sempre dall’Annuario Statistico si apprende che nell’anno 2017 erano attivi 285 Dipartimenti di Emergenza; 414 Pronto Soccorso e 90 PS pediatrici.

Mentre i tagli ai servizi sono stati attuati tempestivamente, molti punti del d.m. 70 del 2015 che prevedevano standard più elevati di quelli esistenti non sono stati rispettati.

In particolare in alcune regioni non viene assicurato il rispetto del numero delle ambulanze medicalizzate indicato al punto 9.1.3 fornendo un’assistenza inadeguata.

Per quanto riguarda il servizio di emergenza sanitaria territoriale alcune regioni non in piano di rientro come la Lombardia<sup>31</sup>, il Veneto<sup>32</sup>, la Toscana<sup>33</sup> e le Marche<sup>34</sup>, hanno conservato i Punti di Primo Intervento.

Le regioni in piano di rientro avrebbero dovuto garantire che l’obiettivo del raggiungimento dell’equilibrio economico finanziario venisse conseguito nel rispetto degli standard fissati dai Livelli Essenziali di Assistenza per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

Purtroppo così non è stato in quanto l’inserimento della trasformazione dei Punti di Primo Intervento nei Piani di rientro regionali, come se fossero una delle cause del disavanzo (mentre il costo di questi presidi è estremamente contenuto e incide in misura irrisoria sui bilanci regionali)<sup>35</sup>, almeno per come è stata attuata in talune regioni, ha comportato una vera e propria riduzione del livello del Servizio di Emergenza Territoriale e quindi del ri-

---

<sup>31</sup> La regione Lombardia non solo non ha chiuso i PPI ma con deliberazione n. 6503 del 2017 ha attivato un nuovo Punto di Primo Intervento geriatrico.

<sup>32</sup> La regione Veneto con delibera della Giunta regionale 614 del 14 maggio 2019 ha ridefinito la presenza dei PPI di Jesolo, Lonigo, Bovolone, e Malcesine, attivandone poi uno anche a Cavallino-Treporti.

<sup>33</sup> La regione Toscana ha preferito mantenere la sua ricca rete dell’emergenza territoriale costituita da strutture aperte in alcuni casi H12 e in altri H24 gestite sia in forma diretta che dalle Misericordie.

<sup>34</sup> La regione Marche ha conservato il sistema territoriale di soccorso razionalizzandolo con la DGR 139/2016.

<sup>35</sup> Ad es. nella regione Lazio per la gestione di tutti gli undici PPI e delle Centrali Operative il costo sostenuto nel 2018 è stato di € 14.963.000, pari allo 0,00013% dell’intera spesa annua per la sanità sostenuta dalla regione nel 2018 che è stata di € 112.681.130.000,00. Fonte: Rendiconto 2018 aziende sanitarie, Modello “LA” Codice 20300.

spettivo LEA<sup>36</sup>. Addirittura in qualche caso<sup>37</sup> è stata disposta la trasformazione dei Punti di Primo Intervento in Punti di Assistenza Territoriale togliendoli dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione senza tener conto del numero degli accessi previsto dal citato d.m. 70 del 2015<sup>38</sup>, con la conseguente dequalificazione del servizio rispetto all'organizzazione del sistema di emergenza sanitaria territoriale previsto dal d.p.r. 27 marzo 1992.

Le soluzioni scelte dalle regioni sono molto diverse tra loro, così allo stato assistiamo a un sistema di emergenza sanitaria territoriale eterogeneo mentre sarebbe necessario, proprio per la delicatezza della materia, che fosse omogeneo su tutto il territorio nazionale sia come organizzazione che come denominazioni dei presìdi (P.P.I., P.E.T., P.A.T., P.S.A.U.T, ecc.).

## 7. I Livelli Essenziali di Assistenza

L'art.3, comma 2 della legge 833 del 1978 prevedeva che la legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale fissasse i livelli delle prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini<sup>39</sup>.

Con l'art. 1, comma 3, lettera b) del d.lgs 502 del 1992 era stato poi stabilito che i livelli uniformi di assistenza sanitaria, da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, fossero rapportati al volume delle risorse a disposizione.

Ma è grazie alla novella di cui al d.lgs 229 del 1999 che i livelli di assistenza sono stati trasformati in essenziali e uniformi ed è stato stabilito che la loro individuazione dovesse essere fatta contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria. In questo modo i livelli essenziali sono stati posti sullo stesso piano rispetto alle risorse economiche<sup>40</sup>.

Sempre la predetta norma ha previsto anche che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza siano garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

<sup>36</sup> Abruzzo (deliberazione n. 646 in data 20 ottobre 2016), Calabria (DCA n.73 del 3 luglio 2015), Campania (deliberazione n. 38 del 25 agosto 2003), Lazio (DCA U00257 in data 20 giugno 2017), Molise (DCA 21 del 2017 e Deliberazione dell'ASREM n.301 del 27 marzo 2018), Puglia (deliberazione n. 583 del 2018) e Sicilia (DCA 11 gennaio 2019).

<sup>37</sup> Ad es. la regione Lazio con DCA U00257 del 2017.

<sup>38</sup> Il d.m. 70 del 2015 al Punto 9.1.5, comma 1, prevede che qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricada sul DEA di riferimento.

<sup>39</sup> Sulla vicenda dell'individuazione dei LEA si veda R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale*, cit. p. 81.

<sup>40</sup> M. BREGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *rivista-aaic.it*, n. 2/2017.

A seguito dell’impegno assunto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 8 agosto 2001, il Governo con d.p.c.m. in data 29 novembre 2001 provvede alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza organizzandoli in tre settori:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

Con il decreto del Ministro della Salute del 12 dicembre 2001 venne stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto in ciascuna regione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio per le regioni a statuto ordinario, che fu integrato a seguito del d.m. 17 dicembre 2008 con cui venne istituito il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza urgenza<sup>41</sup>.

A seguito dell’Intesa del 5 ottobre 2006 Stato e Regioni e dell’articolo 1, comma 796 lett. q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, fu approvato dal Consiglio dei Ministri il 23 aprile 2008 un d.p.c.m. recante un aggiornamento dei LEA che prevedeva un notevole aumento delle prestazioni, ma il decreto fu ritirato a seguito dell’asserita mancanza di copertura finanziaria da parte della Ragioneria Generale dello Stato.

Infine, a seguito dell’intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, con il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 sono stati adottati dei nuovi LEA che prevedono all’art. 3, quale articolazione del livello di assistenza distrettuale, l’Emergenza Sanitaria Territoriale che, in base all’art. 7 del medesimo d.p.c.m., deve garantire in ambito territoriale extraospedaliero interventi sanitari tempestivi assicurando il trattamento delle urgenze minori (piccoli atti medico-chirurgici, malesseri non ben definiti, diagnostica strumentale semplice), provvedendo nei casi più gravi alla stabilizzazione del paziente e al trasporto in condizioni di sicurezza all’ospedale più appropriato.

In particolare, devono essere garantiti:

- a) interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale adeguatamente formato,
- b) trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,
- c) attività assistenziali e organizzative per le maxiemergenze,
- d) attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni.

Molto importante è l’art. 7 comma 3 che stabilisce come l’attività di emergenza sanitaria territoriale debba essere svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell’ambito dell’assistenza sanitaria di base, dal che nasce la necessità di istituire, in ogni azienda sanitaria locale che gestisca

---

<sup>41</sup> Complessivamente per quanto riguarda l’emergenza sanitaria territoriale erano previsti i seguenti indicatori: Percentuale di aziende dotate di centrale operativa 118, Copertura delle centrali operative 118 e Rapporto della popolazione delle aziende con servizio 118 rispetto alla popolazione residente; Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (in minuti).

almeno un ospedale, un Dipartimento Integrato di Emergenza transmurale, che permetterebbe di assicurare un servizio più efficiente e più efficace rispetto al Dipartimento di emergenza e accettazione ospedaliero purtroppo ancora molto diffuso.

Il nuovo d.p.c.m. ha anche stabilito che l'aggiornamento dei LEA debba essere fatto annualmente, il che rappresenta un notevole progresso nell'ambito delle garanzie offerte ai cittadini.

Infine con il d.m 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” operativo dal 1° gennaio 2020 sono stati individuati i nuovi indicatori molti dei quali riguardano l'emergenza sanitaria territoriale<sup>42</sup>.

## 8. La giurisprudenza costituzionale

La Corte Costituzionale ha svolto in tutti questi anni un ruolo molto importante nell'attuazione dell'art. 32.

Il diritto alla salute, pur essendo tutelato come diritto soggettivo direttamente azionabile *erga omnes* ha trovato concreta attuazione solo con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale basato sui principi di universalità, di uguaglianza e di equità attribuendo le funzioni di tutela del diritto alla salute allo Stato e agli altri enti sopraindicati secondo la distribuzione di competenze prevista dalla Costituzione e dalla legislazione attuativa in base al principio della sussidiarietà ai vari livelli di governo e di responsabilità<sup>43</sup>.

La disciplina dell'organizzazione dell'emergenza sanitaria è stata ritenuta dalla Corte Costituzionale come strumentale alla tutela della salute<sup>44</sup>.

Molto interessanti appaiono tre pronunce emesse nel 2020.

La prima sentenza è la n. 53 dell'11 febbraio 2020 relativa al giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 1, della legge della Regione Puglia 18 dicembre 2018, n. 66 promosso dal Presidente del Consiglio dei Ministri. La disposizione impugnata stabilisce che «presso tutti i presidi ospedalieri dotati di pronto soccorso, in adiacenza a quest'ultimo, è collocata una sede del servizio di continuità assistenziale, cui compete la gestione delle richieste di pronto soccorso caratterizzate da bassa criticità».

<sup>42</sup> Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle 8.00 alle 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde (per 1000 ab. residenti adulti); Tasso di accesso in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni); Tasso di accessi nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accesso in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni); Numero di interventi per le patologie *First Hour Quintet* effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ per anno; Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.

<sup>43</sup> F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Istituzioni del Federalismo*, 3-4/2018.

<sup>44</sup> V. M. MENGOZZI, *La geometria variabile*, cit.

In sostanza si tratta di una norma di carattere organizzativo-gestionale che mira ad evitare il sovraffollamento dei Pronto Soccorso e a contenere gli accessi impropri, rientrando tra le specifiche competenze della Regione ai sensi dell’art. 117 della Costituzione.

La Corte ha dichiarato non fondata la questione promossa dal Presidente del Consiglio dei Ministri in quanto la previsione di collocare sedi di continuità assistenziale presso i presidi ospedalieri dotati di pronto soccorso, al fine di gestire le richieste caratterizzate da bassa criticità non invade la competenza legislativa dello Stato.

Un’altra pronuncia meritevole di attenzione è la n. 62 in data 15 gennaio 2020 relativa ad un giudizio di legittimità costituzionale di alcuni commi della legge della regione Siciliana 8 maggio 2018, n. 8 (Disposizioni programmatiche e correttive per l’anno 2018. Legge di stabilità regionale), promosso dal presidente del Consiglio dei Ministri<sup>45</sup>.

Il ricorso riguardava, tra l’altro, la presunta violazione dell’art. 117, secondo comma, lettera m) e terzo comma.

Le questioni poste sono strettamente legate al peculiare finanziamento da parte dello Stato nei confronti della Regione Sicilia proprio per la spesa dell’assistenza sanitaria.

Al riguardo la Corte ha ritenuto che, «in definitiva, la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali, impongono una visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell’organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario».

Infine la terza pronuncia, che ci interessa è la n. 157 in data 26 maggio 2020 nel giudizio di legittimità costituzionale promosso dalla Corte dei conti – sezione regionale di controllo per la Campania – in un procedimento relativo all’Azienda sanitaria locale di Caserta. Al riguardo i magistrati contabili hanno sollevato questioni di legittimità costituzionale con particolare riguardo ai criteri seguiti per il calcolo dei contributi in conto capitale nel patrimonio netto e alla possibilità di procedere contestualmente alla sterilizzazione dei costi di ammortamento.

La Corte Costituzionale a questo proposito ha ritenuto che nell’ambito delle finalità del servizio, siano esse tanto di natura ordinaria, che di carattere eccezionale o emergenziale, sono impiegati sia beni di consumo corrente, sia beni durevoli e l’equilibrato impiego di tali componenti deve essere caratterizzato dalla leale cooperazione tra Stato e Regioni.

Inoltre, dopo aver ribadito quanto già affermato con la citata sentenza n. 62 del 2020, la Corte ha individuato il contenuto del principio di leale collaborazione tra Stato e Regione secondo cui per quanto riguarda la concreta garanzia dei LEA: «spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di essa, affinché la sua

---

<sup>45</sup> Per un approfondito commento alla sentenza, v. A. MORRONE, *La “visione trascendente” dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della corte costituzionale*, in questa Rivista, 2020, n. 1, pp. 9 ss.

affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale», impegnando le Regioni a collaborare nella separazione del fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria<sup>46</sup>.

Infatti «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello delle prestazioni attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

Ciò posto la Corte Costituzionale ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 29 comma 1, lettera c) del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sollevate dalla Corte dei conti – sezione regionale di controllo per la Campania – in riferimento agli artt. 81 e 97, commi primo e secondo della Costituzione.

In questo modo si conferma la linea costante assunta in questi ultimi anni dalla Corte Costituzionale nella difesa del diritto primario della salute e specificamente dei Lea.

## 9. La proposta delle società scientifiche

Allo scopo di fornire un contributo al miglioramento del Sistema di emergenza sanitaria territoriale, la Federazione Italiana di medicina d'emergenza-urgenza e catastrofi (FIMEUC) ha pubblicato nel 2017, in occasione del 25° anniversario del d.p.r. 27 marzo 1992 un Manifesto<sup>47</sup> secondo cui il Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118) è l'istituto previsto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e dai Sistemi Sanitari Regionali (SSR), finalizzato a garantire, in un contesto operativo tempo dipendente, la migliore risposta possibile di soccorso sanitario a tutte le situazioni cliniche di emergenza e di urgenza sanitaria, ossia di evidente o potenziale pericolo di vita, fin dal suo primo presentarsi, nonché di maxiemergenza/catastrofe.

Sempre secondo la FIMEUC il SET 118 riduce l'intervallo “libero da terapia”, dal momento di insorgenza dell'evento a quello di somministrazione delle cure adeguate, al fine prioritario di ridurre, in modo statisticamente significativo, le morti evitabili e le disabilità permanenti gravi, di natura traumatica e non traumatica e svolge azione di “filtro sulle acuzie minori” per mezzo delle sue postazioni medicalizzate mobili e fisse, nonché per il tramite dei Punti di Primo Intervento Territoriali (PPIT), al fine di ridurre la percentuale degli accessi impropri ai PS.

<sup>46</sup> Ribadendo il principio enunciato in Corte cost. Sentenza n. 169 del 21 marzo 2017.

<sup>47</sup> FIMEUC: *Il Sistema emergenza-urgenza a 25 anni della istituzione. Analisi delle criticità e proposte*, in [fimeuc.org](http://fimeuc.org).

Il Sistema di emergenza sanitaria territoriale – prosegue la proposta della FIMEUC – dovrebbe gestire e coordinare la centralizzazione primaria tempo dipendente dei pazienti acuti e critici soccorsi sul territorio verso gli ospedali idonei, evitando, in tal modo, perdite di tempo potenzialmente letali nelle dinamiche di processo assistenziale.

La FIMEUC propone infine che per la gestione del Sistema territoriale di soccorso occorra un modello organizzativo unico e nazionale dell’erogatore dei LEA in emergenza quale il Dipartimento Integrato di Emergenza (DIE) che si configura come un dipartimento monospecialistico territorio-ospedale che deve governare tutte le articolazioni organizzative individuate nell’emergenza preospedaliera (Centrale Operativa 118, i mezzi di soccorso, diversificati per complessità dell’equipaggio e i Punti di Primo Intervento) ed ospedaliera (i Pronto Soccorso, le Osservazioni Brevi, Medicina d’emergenza urgenza e semintensiva) e integrare le loro attività.

A sua volta anche la Società Italiana Sistema 118 con un proprio Manifesto del dicembre 2019<sup>48</sup> ha ribadito la necessità di un modello organizzativo dipartimentale dotato di autonomia organizzativa e gestionale proponendo che l’organo di governo clinico del Dipartimento debba prevedere la componente medica e infermieristica, con compiti integrati e sinergici di supporto e di regia riguardo le attività di programmazione, sviluppo, analisi dei risultati, negli ambiti primari dei settori specifici di governo del Quality Management, del Risk Management, delle Maxiemergenze, dei Trasporti Speciali. Sempre secondo la SIS 118 il Sistema Territoriale di Soccorso deve essere costituito dalla rete delle postazioni, mobili, fisse e ad ala rotante, nonché dei Punti di Primo Intervento Territoriali (PPIT) in cui prestano servizio personale medico, infermieristico, ed autisti-soccorritori; il numero delle postazioni è calcolato sulla base dei tempi di percorrenza, densità abitativa, estensione del territorio, orografia e viabilità.

Per quanto riguarda il Numero Unico Europeo<sup>49</sup> la SIS 118 raccomanda fortemente che l’istituzione del 112 sia parallela al 118 come consentito dall’art.1, comma 2 della direttiva 91/396/CEE e come già avviene in dieci paesi europei.

Per quanto riguarda il personale: per gli infermieri viene previsto che siano di ruolo con contratto a tempo indeterminato mentre per i medici viene consentito che possano accedere sia con contratto in qualità di dirigenti medici che con una convenzione a tempo indeterminato, ma con la possibilità di transitare, su base facoltativa, alla dipendenza medica a seguito di pubblico concorso.

---

<sup>48</sup> SIS 118: *Manifesto della Società Italiana Sistema 118*, in *sis118.org*.

<sup>49</sup> La Direttiva 91/396/CEE del 29 luglio 1991 del Consiglio delle Comunità Europee prevede che gli Stati membri adottino il Numero di emergenza Unico Europeo 112

## 10. Le proposte di legge

Allo stato sono pendenti in Parlamento anche alcune proposte di legge<sup>50</sup> che condividono l'obiettivo di armonizzare l'organizzazione del Sistema di emergenza sanitaria territoriale in tutte le regioni e province autonome; tuttavia pur essendo molto simili ed essendo basate, almeno in parte sui documenti di alcune delle società scientifiche interessate, se ne discostano in vari punti.

La XII Commissione del Senato (Igiene e sanità) ha iniziato, lo scorso giugno, l'esame del disegno di legge 1634 e del disegno di legge 1715 disponendo la congiunzione dei due testi e di adottare come testo base il 1715.

Nel corso della successiva seduta del 23 luglio è stato deciso di svolgere una serie di audizioni informali *ad hoc*.

Al riguardo, appaiono condivisibili l'oggetto e le finalità di cui all'art. 1 del testo in discussione che prevede l'appropriatezza delle prestazioni di soccorso sanitario in termini di adeguatezza clinica, precauzione da parte della centrale operativa del tipo di mezzo di soccorso da inviare, tempestività di arrivo, coordinamento e controllo di qualità, in quanto non appare più differibile l'armonizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale (SET 118).

Per quanto riguarda l'art. 2 dedicato alla struttura e all'organizzazione del SET 118 pur condividendo l'idea di un dipartimento a livello provinciale e apprezzando i contenuti della proposta, sembrerebbe opportuno definirne meglio compiti e funzioni utilizzando i documenti delle società scientifiche con particolare riguardo agli aspetti della sua integrazione tra ospedale e territorio che rappresenta ancora un punto importante.

A questo proposito si ricorda che questi profili organizzativi sono compresi nella nozione dei Lea ai sensi dell'art. 7, comma 3, del citato d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

Non si condivide l'ipotizzata istituzione prevista nell'art. 3 di un dipartimento regionale ricompreso negli assessorati regionali alle politiche della salute con il compito di assicurare il coordinamento complessivo del SET 118, in quanto la materia potrebbe essere oggetto di conflitto con le regioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, ma anche perché in ogni caso non potrebbe essere collocato in una struttura politica quale è un assessorato.

Per quanto riguarda le postazioni territoriali di soccorso, stranamente non vengono menzionati i Punti di Primo Intervento, che invece sono previsti dal d.p.r. 27 marzo 1992 e dalle stesse proposte della FIMEUC e del SIS 118 e la cui importanza nell'ambito dell'assistenza distrettuale è indiscutibile per assicurare un servizio di prossimità, per evitare il

<sup>50</sup> Proposta di legge n. 603 dei deputati Labriola ed altri avente per oggetto "Istituzione del Sistema di emergenza sanitaria territoriale '118'", presentata il 10 maggio 2018; Disegno di legge n. 1534 dei senatori Stabile ed altri avente per oggetto: "Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale '118'", comunicato il 3 dicembre 2019 e Disegno di legge n.1715 d'iniziativa dei senatori Castellone ed altri, avente per oggetto "Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»" comunicato l'11 febbraio 2020.

sovraffollamento dei Pronto Soccorso ospedalieri e infine per assicurare le prime cure e la stabilizzazione dei pazienti prima nel caso di trasporto presso il P.S. dell’ospedale di riferimento.

L’art. 4 del disegno di legge tratta del personale.

Il primo comma riguarda gli infermieri professionali prevedendo solo che il reclutamento debba avvenire a tempo indeterminato, ma non si parla delle loro competenze. Si tratta di personale che nell’ambito dell’emergenza sanitaria svolge un ruolo in molti casi determinante che richiederebbe un maggiore approfondimento proprio per definire i loro compiti in questo settore. A questo proposito per prima la regione Emilia e Romagna<sup>51</sup> ha dato attuazione alla legge 251 del 2001, alla legge 43 del 2006 e al d.lgs n. 15 del 2016 valorizzando il ruolo del personale infermieristico formato, presente sulle ambulanze senza medico a bordo (MSI), abilitandolo a svolgere, in base a protocolli ben definiti alcune procedure infermieristiche<sup>52</sup>.

Ora il nuovo CCNL del Comparto Sanità del 21 maggio 2018 prevede per detto personale, in presenza di specifici requisiti il conferimento dell’incarico di “professionista specialista” e di “professionista esperto”<sup>53</sup>. Le Regioni nel febbraio scorso hanno messo a punto un documento per applicare il contratto allo scopo di consentire alle aziende di dare piena valorizzazione alle esperienze degli infermieri professionali.

Il secondo comma stabilisce che «I medici del SET 118 sono assunti mediante le procedure previste dall’accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale in possesso dell’idoneità all’emergenza, per i medici convenzionati, e mediante le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica». Su questo punto si ritiene che andrebbe fatta chiarezza in quanto le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica, richiedono il possesso della specializzazione in medicina di emergenza urgenza od equipollente, per il restante personale utilizzato nei presidi a gestione diretta (es. PPI) viene utilizzata la procedura prevista dall’art. 92 dell’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina

---

<sup>51</sup> Deliberazione n. 508 del 2016 e Determinazione n. 5358 del 2016.

<sup>52</sup> 1) lo screening pre-ospedaliero dei sintomi di alcune categorie di persone soccorse, con attività che si sostanziano nella raccolta di “segni e sintomi” o nel sottoporre il paziente ad alcuni esami (quali l’elettrocardiogramma, la cui refertazione in telemedicina è garantita dalla figura medica, nei pazienti con dolore toracico), per accelerare i tempi della diagnosi medica e/o indirizzare il paziente verso il centro di cura più adeguato ( i c.d. ospedali “Hub” per determinate tipologie di malattie; 2) la somministrazione precoce di farmaci salva-vita in pazienti con sindromi acute ed evolutive, in casi con metodologie predefinite, quali l’abuso di oppiacei, l’ipoglicemia grave o le sindromi coronariche acute; 3) l’effettuazione di particolari manovre salva-vita in sede di primo intervento, in particolare per la gestione dei pazienti in arresto cardiaco, prevedendo fra gli altri, il supporto alla funzione respiratoria mediante i c.d. “presidi salva-glottici”; 4) la somministrazione di farmaci antidolorifici in fase pre-ospedaliera a pazienti con dolore severo, misurato tramite scale “analogico visuali”, così come raccomandato da linee guida nazionali e internazionali, con la finalità di intervenire tempestivamente sul dolore del paziente oltre che migliorare la gestione della fase pre-diagnostica del paziente permettendo, a sedazione o riduzione del dolore avvenuta, manovre e valutazioni che lo stato di dolore severo potrebbero compromettere e/o prevenendo danni secondari.

<sup>53</sup> F.S. PROIA, *Competenze avanzate e specialistiche degli infermieri: relazione e articolato dell’accordo*, in *nursetimes.org*, 13 maggio 2014.

dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni firmato il 20 gennaio 2005 che prevede le modalità per l'individuazione e l'attribuzione degli incarichi vacanti richiedendo quale requisito il possesso di "...apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle aziende sulla base di quanto previsto..." dall'art. 96 del medesimo ACN che prevede una formazione della durata di almeno quattro mesi per complessive 300 ore.

Il terzo comma, al fine di eliminare il precariato, stabilisce che «I medici che, alla data di entrata in vigore della presente legge, operano presso il Servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato transitorio, a domanda, nella dirigenza medica, previa prova di valutazione svolta da un'apposita commissione presieduta dal direttore del medesimo SET 118, ai sensi dell'articolo 8, comma 1-*bis* del citato decreto legislativo n.502 del 1992».

Si tratta di una norma che contrasta con tutte quelle già approvate nel corso degli ultimi anni per il personale del SSN non prevedendo alcun tipo di requisito neanche temporale. In proposito appare opportuno ricordare che per un problema analogo con il comma 566 della legge 296 del 2006 sono state emanate norme per la stabilizzazione di personale sanitario molto più attente e conformi ai principi generali per il reclutamento del personale pubblico.

Manca nel testo dell'art. 4 qualsiasi previsione della spesa e della relativa copertura.

L'art. 5 del disegno di legge in esame riguarda le convenzioni per l'attività di trasporto con le associazioni di volontariato sanitario e le modalità per la fissazione dei relativi criteri. Si tratta di una norma che richiederebbe un maggiore approfondimento per valorizzare in maniera adeguata il volontariato ma anche il ruolo di molti soccorritori che hanno un rapporto di dipendenza i quali chiedono l'internalizzazione di questo servizio.

Il disegno di legge 1715 è stato oggetto anche di un intervento da parte di alcune associazioni mediche, infermieristiche e di società scientifiche<sup>54</sup> in data 1° luglio 2020, le quali hanno sottolineato per quanto riguarda il personale medico l'importanza del reclutamento esclusivamente di soggetti a rapporto d'impiego dipendente e in possesso di una formazione ospedaliera nel settore dell'emergenza-urgenza, mentre per quanto riguarda gli infermieri viene richiesto il possesso di master di I livello o una formazione specialistica in area critica d'emergenza urgenza.

Un altro punto importante è costituito dal Numero di emergenza Unico Europeo (112) che è assente nel testo base, mentre il problema andrebbe affrontato in maniera chiara prevenendo eventualmente la presenza parallela dei due numeri (118 e 112).

Nessuna delle proposte prende in esame il problema delle aziende create da alcune regioni per gestire la fase di allarme e quella di trasporto dell'emergenza sanitaria come l'AREU

<sup>54</sup> AAROI, AcEMC, ANIARTI, COSMEU, SIAARTI, SIEMS, SIET, SIMEU.

in Lombardia<sup>55</sup>, l’ARES 118 nel Lazio<sup>56</sup> l’azienda “Basilicata Soccorso” nella regione omonima<sup>57</sup> e l’AREUS in Sardegna<sup>58</sup> che ha prodotto una separazione nella gestione del SET 118 che dovranno coordinarsi con la nuova organizzazione.

Manca anche in tutte le proposte qualsiasi riferimento alle modalità dell’*internal audit* e dei controlli sui servizi affidati all’esterno (P.S. delle case di cura, associazioni, cooperative, ecc.) al momento inadeguati, né è prevista alcuna forma di monitoraggio civico.

Sarebbe opportuna anche una modifica dell’art. 3-*quinquies*, comma 3 del d.lgs 502 del 1992 integrandolo come segue: «Trovano inoltre collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale, “del dipartimento integrato d’emergenza” e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona».

Infine, nessuna delle proposte affronta il gravissimo problema dell’imbuto che si crea in taluni Pronto Soccorso con il blocco-barelle e i lunghi tempi di attesa.

Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso è un problema ampiamente diffuso in tutti i paesi e la soluzione individuata da tempo è quella di ridurre gli accessi impropri<sup>59</sup>.

A questo proposito importante è l’approfondimento circa l’appropriatezza nell’utilizzo dei servizi di primo contatto e in particolare la chiara identificabilità di un luogo ad accesso territoriale che garantisca la continuità dell’assistenza h24, che potrebbe essere individuato nelle Case della salute, prevedendo al loro interno un modulo di primo intervento in grado di realizzare in una logica di rete l’integrazione delle strutture, dei servizi e delle figure professionali presenti sul territorio con le strutture e le professionalità dell’emergenza<sup>60</sup>.

Su questi temi ha lavorato negli anni scorsi il Tavolo misto Ministero-Regioni- AGENAS per la riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale per trovare soluzioni per la gestione dei codici bianchi e verdi che ha portato all’approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni dell’accordo del 7 febbraio 2013 con il quale sono state fornite alle regioni indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari (territoriale e ospedaliero) nell’ambito dell’emergenza-urgenza e del settore delle cure primarie al fine di adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare ai pazienti a bassa complessità assistenziale la continuità delle cure anche attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi.

---

<sup>55</sup> Istituita con l.r.32 del 2007 e deliberazione della Giunta regionale VII/6994 del 2 aprile 2008.

<sup>56</sup> Istituita con l.r. 3 agosto 2004, n. 9.

<sup>57</sup> L.r. 3 agosto 1999, n. 21.

<sup>58</sup> Istituita con L.R. 23 del 17 novembre 2014.

<sup>59</sup> G. BISSONI, F. MOIRANO, *Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso: evidenze e indirizzi*, in *Monitor*, n. 32/2013.

<sup>60</sup> Cfr. A. PANUCCIO, *Sistema di emergenza-urgenza: appropriatezza nell’utilizzo dei servizi di primo contatto*, in *Quaderni di Monitor*, n. 32/2013.

Nel 2019 la Conferenza Stato Regioni è dovuta tornare ad occuparsi dell'argomento approvando delle Linee guida<sup>61</sup> che sono state recepite dalle regioni.

Ma nonostante il lavoro fatto il problema non è stato ancora eliminato ed è tuttora attualissimo<sup>62</sup>.

Come accertato dalla Commissione d'inchiesta sul sistema di emergenza-urgenza nel SSN<sup>63</sup> negli ultimi anni si è assistito ad una radicale trasformazione dei servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta "puntuale" di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "sistema emergenza", che vede i diversi elementi componenti (pronto soccorso, Dipartimenti di Emergenza e Accettazione – DEA – Centrali operative del servizio 118, forze del volontariato) tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune. Tale obiettivo si identifica con l'offerta di prestazioni sanitarie in grado di garantire, in ambiti geografici vasti ed articolati, l'omogeneità, la continuità e la progressività degli interventi assistenziali prestati in situazioni di emergenza/urgenza.

Peraltro già all'epoca la Commissione rilevò come il quadro complessivo fosse quello di un territorio che sebbene esprimesse realtà di eccellenza ed una complessiva crescita di sensibilità, di competenze gestionali e specialistiche, si muovesse in "disordine sparso" rispetto ai modelli organizzativi, alla creazione di sistemi informativi e, in modo davvero critico, rispetto alla costruzione di protocolli di comunicazione fra le realtà coinvolte nel sistema di emergenza.

Altri elementi che il Parlamento dovrebbe tenere presente sono rappresentati dall'analisi dei costi del soccorso sanitario fatta dal "Laboratorio Emergenza territoriale 118" della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)<sup>64</sup> e dai dati successivamente rilevati sempre dalla FIASO, secondo cui solo il 15% delle ambulanze ha il medico a bordo, il 30% ha solo infermieri e il restante 55% ha solo volontari e soccorritori non sanitari<sup>65</sup>. A questi si dovrebbero aggiungere anche i costi derivanti dalla stabilizzazione del personale.

<sup>61</sup> Accordo 1° agosto 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee guida nazionali per il triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

<sup>62</sup> "L'inchiesta" del 15 gennaio 2020 ha denunciato la presenza il giorno prima presso il Policlinico Casilino di Roma di ben dieci ambulanze bloccate in attesa che si liberassero le barelle (v. *linchiestaquotidiano.it*); C. PISTILLI, *Al pronto soccorso del "Goretti" mancano le spinali, ambulanze bloccate*, in *b24notizie.com*, 4 luglio 2020.

<sup>63</sup> Relazione conclusiva della Commissione Parlamentare d'inchiesta sul sistema di emergenza-urgenza nel SSN approvata nella seduta del 6 aprile 2005.

<sup>64</sup> LABORATORIO FIASO SERVIZI DI EMERGENZA TERRITORIALE 118, *Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli*, Roma, *www.iniziativesanitarie.it*, 2015.

<sup>65</sup> LABORATORIO FIASO SERVIZI DI EMERGENZA TERRITORIALE 118, *Analisi organizzativa delle centrali operative 118 dei servizi di trasporto sanitario su gomma e di elisoccorso*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2019.

## 11. Considerazioni conclusive

Durante il periodo più grave dell’epidemia da Covid-19 in molti hanno criticato l’operato delle regioni invocando il ritorno alla centralizzazione della gestione della sanità presso il Ministero della salute; sarebbe una scelta molto sbagliata in quanto verrebbe cancellato il prezioso lavoro fatto in questi anni nella concertazione pattizia e in sede di Conferenza Stato-Regioni che ha prodotto risultati molti importanti nella costruzione del SSN grazie proprio ai contributi forniti dalle regioni.

Appare necessario proseguire per la strada delineata dal novellato art. 117 impegnandosi per sviluppare e migliorare quanto già fatto.

Peraltro, nel rispetto dell’equilibrio dei vari poteri all’interno dello Stato, il Ministero della salute che, grazie alla ricchezza dei dati raccolti, è oggi in grado di svolgere un monitoraggio costante e penetrante sull’attività delle regioni, nel caso in cui venisse evidenziata una grave carenza nell’erogazione dei Lea, potrebbe proporre al Presidente del Consiglio di intervenire nei confronti delle regioni inadempienti ai sensi dell’art. 8 comma 1 della legge 131 del 2003 nei casi e per le finalità previsti dall’art. 120 secondo comma della Costituzione, assegnando all’ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti ritenuti necessari, decorso il quale il Consiglio dei Ministri dovrebbe adottare gli atti di propria competenza tra i quali anche la nomina di un apposito commissario.

In considerazione della esigenza di assicurare il rispetto dei principi fondamentali del SSN come l’uguaglianza di accesso, l’equità e la solidarietà, sarebbe necessario che a loro volta le Regioni programmassero adeguatamente i servizi e ne pianificassero in maniera attenta la distribuzione sul territorio, eliminando disservizi e diseconomie.

Anche i Comuni potrebbero essere più presenti sui temi della salute avvalendosi della facoltà di definire le linee di indirizzo delle aziende sanitarie locali proprio sulle tematiche che più da vicino interessano i loro cittadini come quella dell’emergenza sanitaria territoriale.

Tra le tante criticità del nostro SSN specialmente a livello di assistenza distrettuale, quella del Sistema di emergenza territoriale è senza dubbio una di quelle da affrontare con priorità.

Pertanto non è più differibile una revisione della normativa anche per armonizzare su tutto il territorio nazionale questo servizio, che può trarre grandi vantaggi solo se messo in rete tra ospedale e territorio ripristinando identiche funzioni e denominazione per tutte le strutture facenti parte del Sistema di Emergenza Territoriale.

Sarebbe inoltre auspicabile che in occasione del prossimo aggiornamento dei LEA fosse presa in considerazione l’opportunità di valorizzare l’importanza del SET 118 e di integrare gli indicatori specifici già previsti nel Nuovo sistema di garanzia dei LEA con quelli inseriti nelle Linee guida per il monitoraggio del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Il disegno di legge all’esame della Commissione XII si ritiene che possa essere una buona occasione per riconoscere la giusta importanza all’emergenza sanitaria territoriale armonizzando la normativa di tutte le Regioni, per cui sarebbe opportuno che Società scientifi-

che, Sindacati, ma anche Comuni, Associazioni e Comitati venissero messi in condizione di partecipare effettivamente al miglioramento del testo per poter dare al Paese un “sistema” più rispondente alle aspettative dei cittadini e alle esigenze professionali del personale, garantendo a quest’ultimo una adeguata formazione continua e indennità specifiche di rischio.

La proposta di legge potrebbe anche rappresentare una opportunità per prevedere progetti da finanziare *ex art.* 20 della legge n. 67 del 1988, eventualmente ricorrendo anche a fondi europei, per irrobustire tutta le reti dell’emergenza-urgenza sia per quanto riguarda le strutture fisse (comprese le elisuperfici) che i mezzi di trasporto e le apparecchiature. Occorrerà però che nessuno cerchi di strumentalizzare questa occasione per interessi personali o politici e che tutti uniscano i loro sforzi nell’interesse comune di contribuire a costruire un testo migliore e a farlo approvare come avvenuto a suo tempo in occasione del d.p.r. 27 marzo 1992.