



Il ruolo del Servizio di Emergenza sanitaria Territoriale 118 nei luoghi della privazione della libertà della città di Torino, analisi di buone prassi, criticità e proposte operative.

C. Gallo*, C. Persichilli, R. Rossi***, G. Ghiselli****, R. Parzanese°°**

(*Garante delle persone private della libertà del Comune di Torino, ** Responsabile S.S. centrale operativa 118 di Torino, *** Direttrice Emergenza Territoriale 118 Città metropolitana di Torino, **** Direttore sanitario Azienda Zero regione Piemonte, °° Coordinatrice infermieristica Emergenza Territoriale 118 Città metropolitana di Torino)

Il soccorso sanitario di emergenza urgenza oggi

Un evento di soccorso sanitario in emergenza è un evento davvero “democratico”: la risposta istituzionale avviene attraverso un servizio accessibile (chiamando il n° 118 o il 1.1.2) ad ogni cittadino italiano ogni momento della giornata per tutto l’anno. La chiamata è gratuita e effettuabile anche attraverso dispositivi mobili privi di credito. I diversi modelli di risposta però sono organizzativamente dipendenti dai modelli regionali (a seguito dell’abrogazione del Titolo V della Costituzione che ha passato in capo alle Regioni l’organizzazione sanitaria). Nelle realtà dove è attivo il numero unico 1.1.2 la chiamata di emergenza sanitaria viene inizialmente ricevuta dalla Centrale 1.1.2 per essere filtrata e geolocalizzata e quindi assegnata alla Centrale Operativa 118 (sanitaria) competente.

L’operatore della C.O. 118, un infermiere abilitato, ausiliato da un sistema strutturato di intervista telefonica (sistema Dispatch), processa la chiamata, definisce il bisogno sanitario, assegna un codice di gravità all’evento e se necessario, fornisce istruzioni pre-arrivo all’utenza. Conclusa l’intervista telefonica, viene identificato ed inviato il Mezzo di Soccorso del territorio (ambulanza) più idoneo più vicino all’evento stesso.

L’istituzione del Numero Unico Nazionale di Soccorso Sanitario 118 è stata prevista fin dal 1967; a seguire nel 1990, (Mondiali di calcio), è stata effettuata una sperimentazione a Bologna ed Udine. Il DPR 27 marzo 1992 ha sancito di fatto la nascita formale ed obbligatoria del Sistema 118 in tutta la nazione; costituito da Centrali Operative addette alla risposta e reti territoriali di mezzi di soccorso.

La Comunità Europea, con la decisione n. 917396/CEE, invitava gli Stati membri ad adottare il Numero Unico Europeo, N.U.E. 1.1.2., per tutte le emergenze, comprese quelle sanitarie (1991). Nel 2002 con la Direttiva n. 22 del dal Consiglio Europeo si è passati a prevederne l’obbligo per tutti gli stati membri. L’anno successivo, con D.L. 196 del 30.06.2003, l’Italia ha adottato il Numero Unico Europeo di Emergenza 1.1.2. quale servizio abilitato a ricevere le chiamate d’emergenza provenienti dalle numerazioni 112, 113, 115 e 118.

La risposta di soccorso territoriale si basa sull’intervento dei mezzi di soccorso operanti via terra, via aerea o su acqua. In Piemonte sono ambulanze così differenziate:

- il Mezzo di Soccorso di Base (MSB), il cui equipaggio è costituito da un autista/soccorritore e da uno/due soccorritori abilitati al soccorso in emergenza
- il Mezzo di Soccorso Avanzato di Base (MSAB), il cui equipaggio è costituito da un autista/soccorritore e da un infermiere abilitato a un intervento assistenziale
- il Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA), il cui equipaggio è costituito da un autista/soccorritore e da un infermiere abilitato a un intervento assistenziale e da un medico

- L'Elicottero, il cui equipaggio è costituito da pilota, tecnico del verricello e/o tecnico del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico e dalla équipe sanitaria composta da medico e infermiere

Il sistema di emergenza urgenza è quindi rappresentato dall'insieme di strutture organizzate e deputate a fornire assistenza al paziente acuto e critico (paziente in cui le funzioni vitali sia compromesse), cioè al paziente colpito da improvvise patologie con caratteristiche di emergenza urgenza e pertanto non rinviabili. In questo contesto il 118 garantisce che il free therapy interval sia il minore possibile ed anticipa i tempi di terapia ospedaliera portandoli direttamente sul territorio.

La "mission" del 118 si può sintetizzare come "la riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza urgenza sanitarie". Il tempo rappresenta quindi un caposaldo della corretta risposta, tanto che i LEA (livelli essenziali di assistenza) 2017 indicano come tempo di riferimento "allarme –target, calcolato al 75° percentile, T = 17". Inoltre è previsto che il tempo di arrivo sul posto da parte di un MS 118 sia pari a 8' nel territorio urbano e 20' nel territorio extraurbano. Non da ultimo esistono situazioni, come nel caso di interesse dove, nel rispetto dei dettami normativi, il 118 si trova in difficoltà a raggiungere il paziente (tempi di entrata dipendenti dai tempi di controllo all'ingresso).

Negli anni il sistema 112/118 si è evoluto ampliando la propria tecnologia disponibile a favore della trasmissione di dati, comprese le immagini, dal luogo dell'evento alla Centrale operativa che non più cieca, può aumentare le informazioni in suo possesso e migliorare la risposta nei tempi e nelle modalità di invio del Mezzo di Soccorso più idoneo. Si parla ad esempio di trasmissione dell'immagine attraverso la telefonia che consente di vedere direttamente la scena dell'evento, si parla di comunicazione con le persone sorde attraverso un sistema di pittogrammi, ancora di trasmissione dell'elettrocardiogramma dal luogo dell'evento alla C.O. e immediatamente a seguire all'UTIC cardiologica per l'attivazione della sala di emodinamica ancora prima dell'arrivo del paziente da sottoporre ad angioplastica.

Nel contesto attuale è necessario fare riferimento anche a quanto previsto in materia di assistenza sanitaria e vita detentiva: l'assistenza sanitaria e **la garanzia della continuità terapeutica sono garantite dalla normativa in essere, nella** disposizione posta in apertura dell'art. 11 della Legge 354 del 1975 (legge sull'Ordinamento Penitenziario), si afferma che "il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel **rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria**": il richiamo al d. lgs. 230/1999 deve intendersi come il richiamo al **principio della parità tra detenuti (e internati) e soggetti liberi nella tutela del diritto alla salute** e quindi al diritto a godere di prestazioni sanitarie efficaci, tempestive ed appropriate.

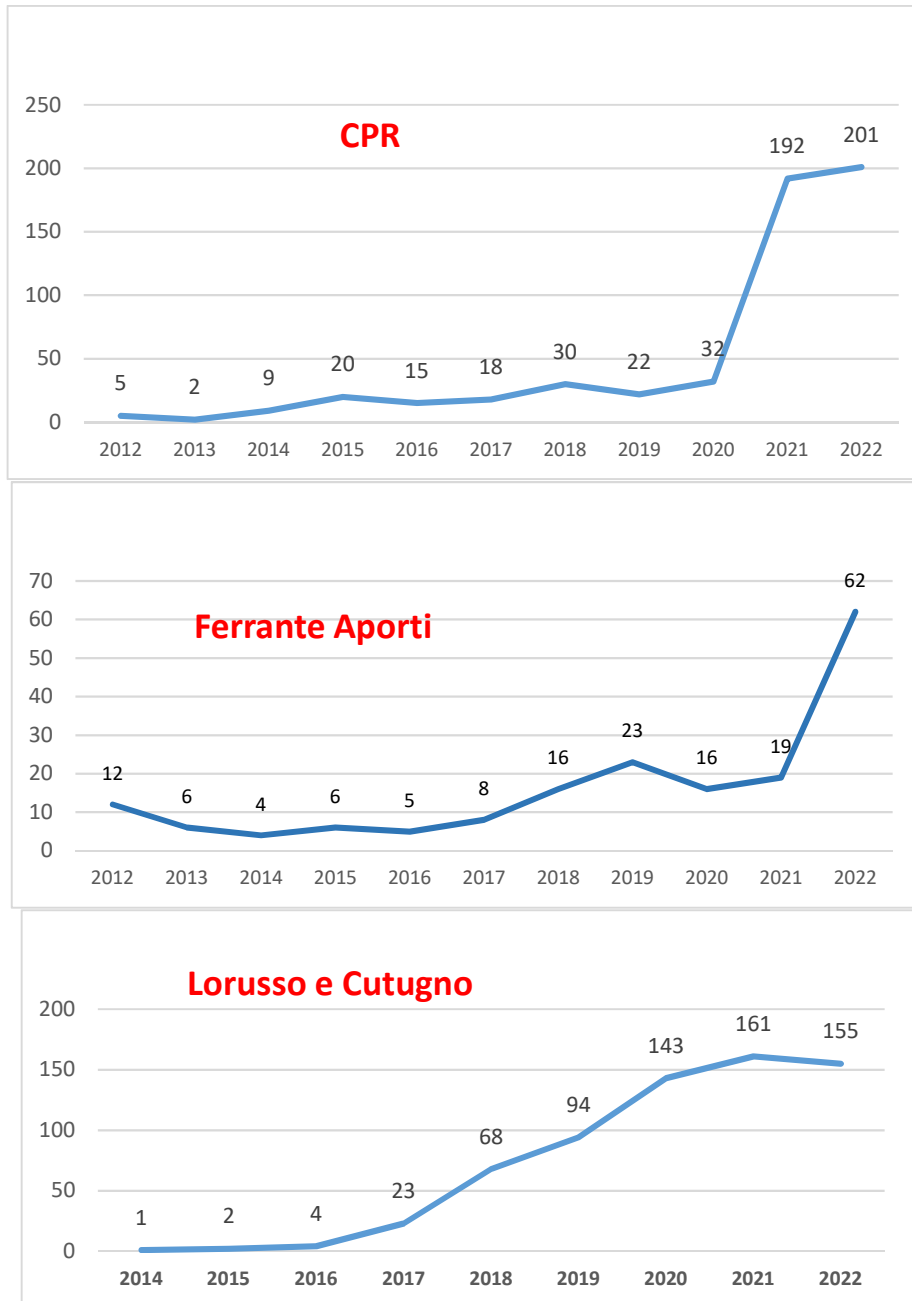
Qualsiasi sia poi la visione di politica criminale che si persegua, residua in capo allo Stato l'**obbligo inderogabile** di tutelare la **salute fisica e psichica** dei soggetti affidati alla sua custodia: lo impone il principio dell'umanità del trattamento ex art. 27 co. 3 Cost. ma, ancor prima, il carattere inviolabile della vita, della salute e della dignità della persona sancito nell'art. 2 Cost. A ciò si affiancano i rispettivi Codici Deontologici dei medici e degli infermieri.

A seguire vengono riportati in grafico ed in sintesi i dati di attività del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di Città Metropolitana di Torino, limitatamente alle strutture presenti in Torino. I dati si riferiscono alle tipologie di intervento degli ultimi 10 anni presso la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno", il Centro di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) e l'Istituto Penale Minorile "Ferrante Aporti".

Nei grafici si noterà la graduale evoluzione oltre che le caratteristiche specifiche degli interventi a seconda delle patologie negli stessi Istituti. Alla fine si potrà delineare una previsione di miglioramento degli interventi quali ad esempio il contenimento dei tempi di accesso alle strutture, la possibilità di facilitare la comunicazione dell'équipe con l'esterno (informazioni con la centrale Operativa), piuttosto che, più clinicamente, specifiche innovazioni quali quelle legate alla telemedicina che metteranno in atto sistemi di trasmissione dei dati dei pazienti, delle immagini o delle tracce elettrocardiografiche anticipando

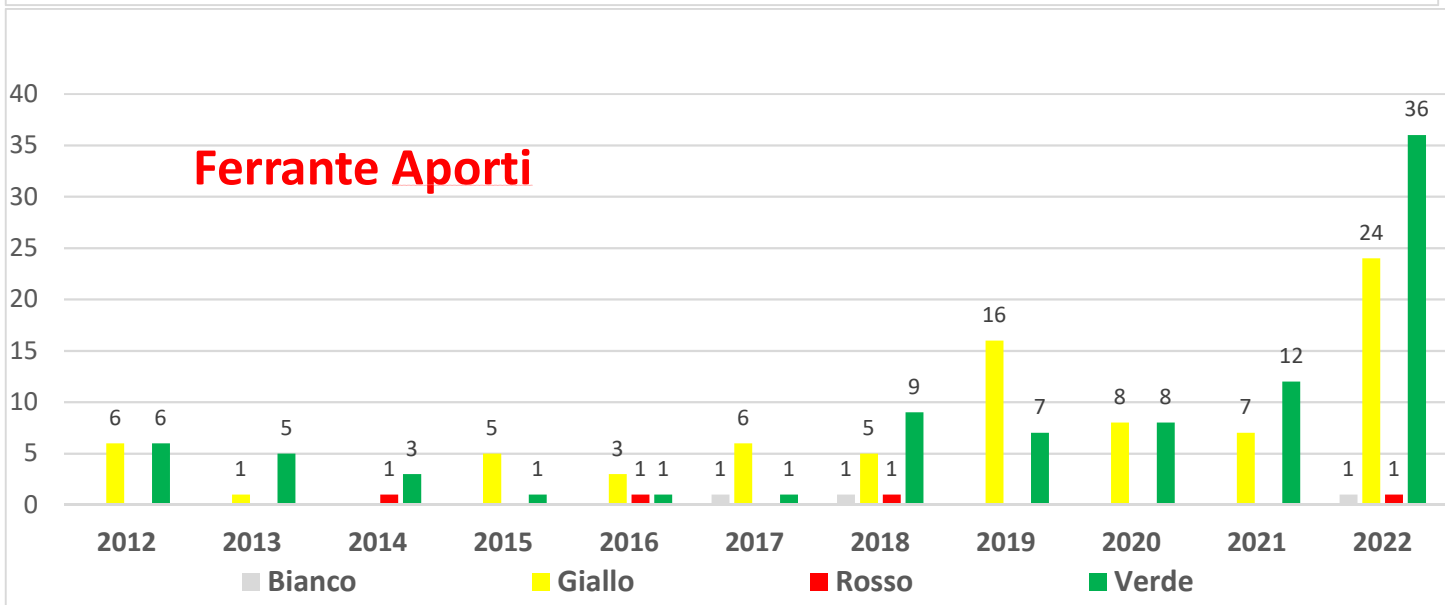
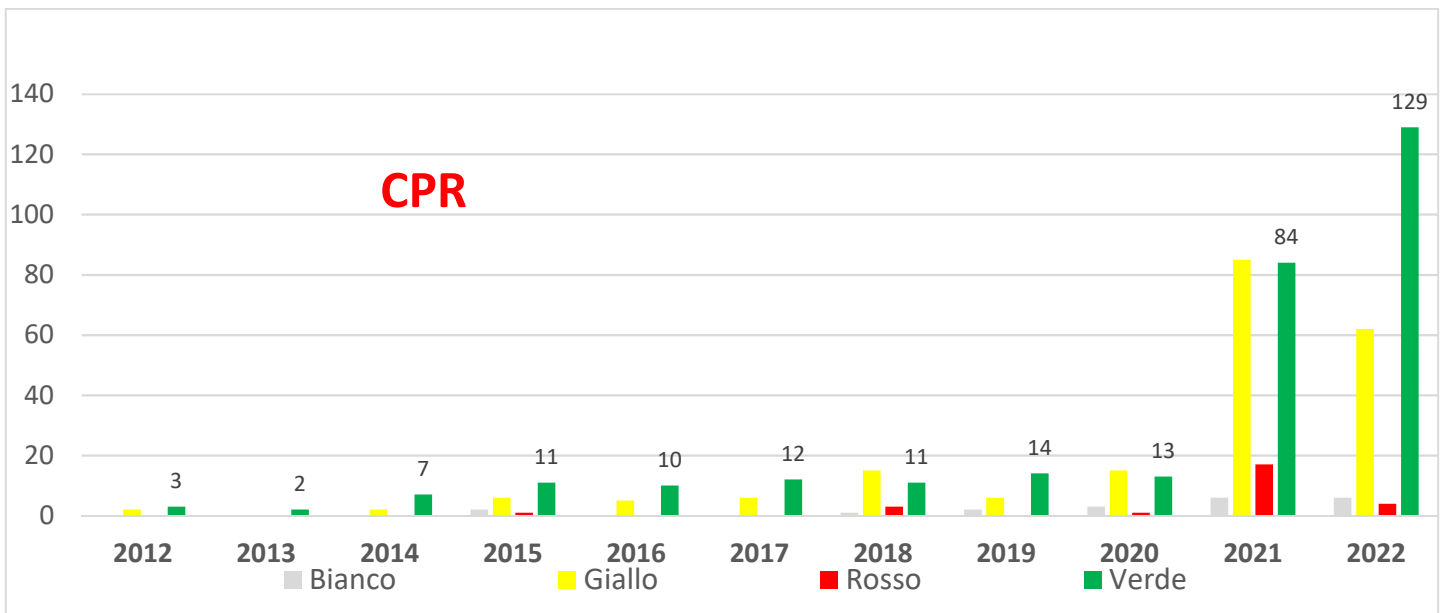
di fatto le diagnosi ancor prima dell'arrivo del Mezzo di Soccorso o ponendosi quale filtro per attivazioni improprie.

TOTALE PAZIENTI TRASPORTATI



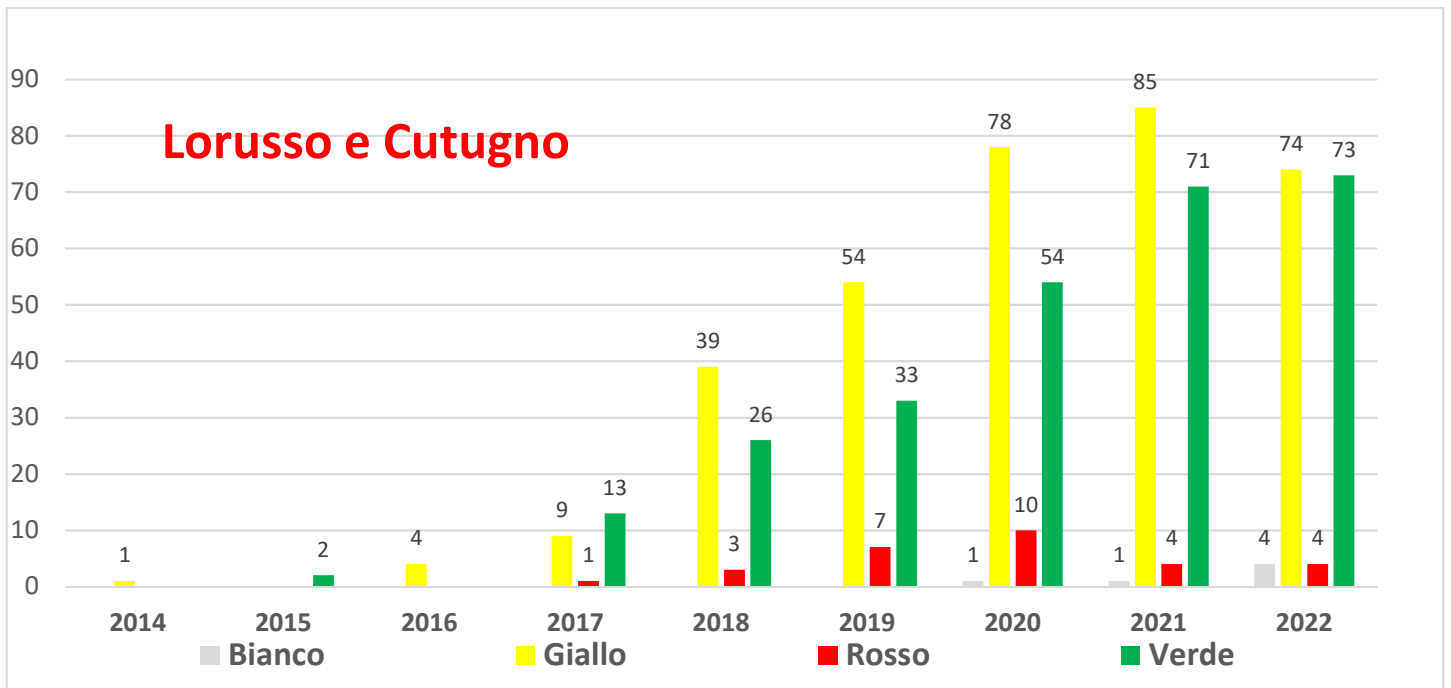
Si evidenzia come vi sia stata una crescita dei pazienti trasportati dagli Istituti, seppur con differenze visibili. A fronte di una impennata nel 2020 al CPR, il Ferrante Aporti vede una diminuzione nel 2020 ma una forte crescita nel 2021 mentre Lorusso e Cutugno la crescita è costante dal 2016 col picco al 2021

CODICI di GRAVITA' in VALUTAZIONE , in C.O 118

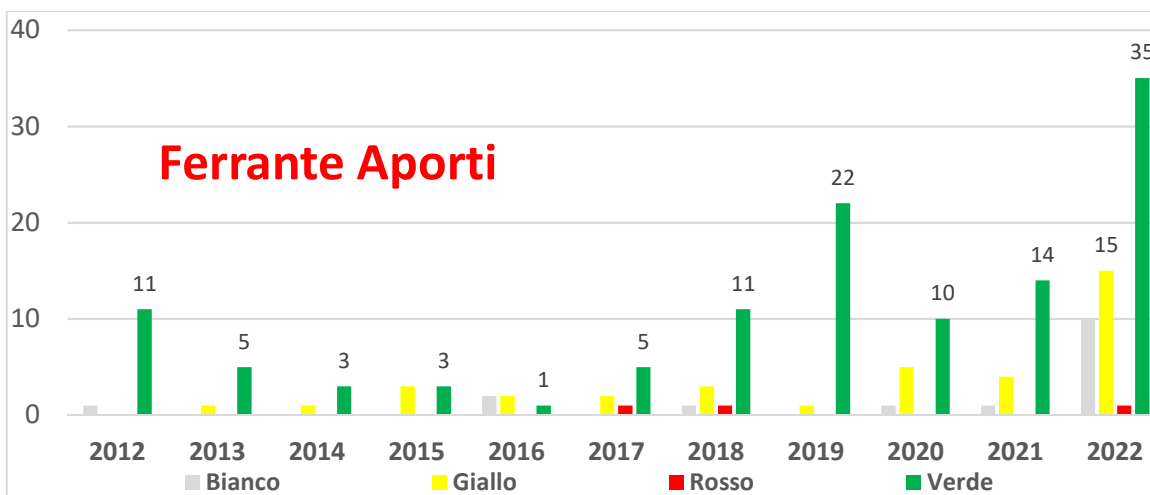
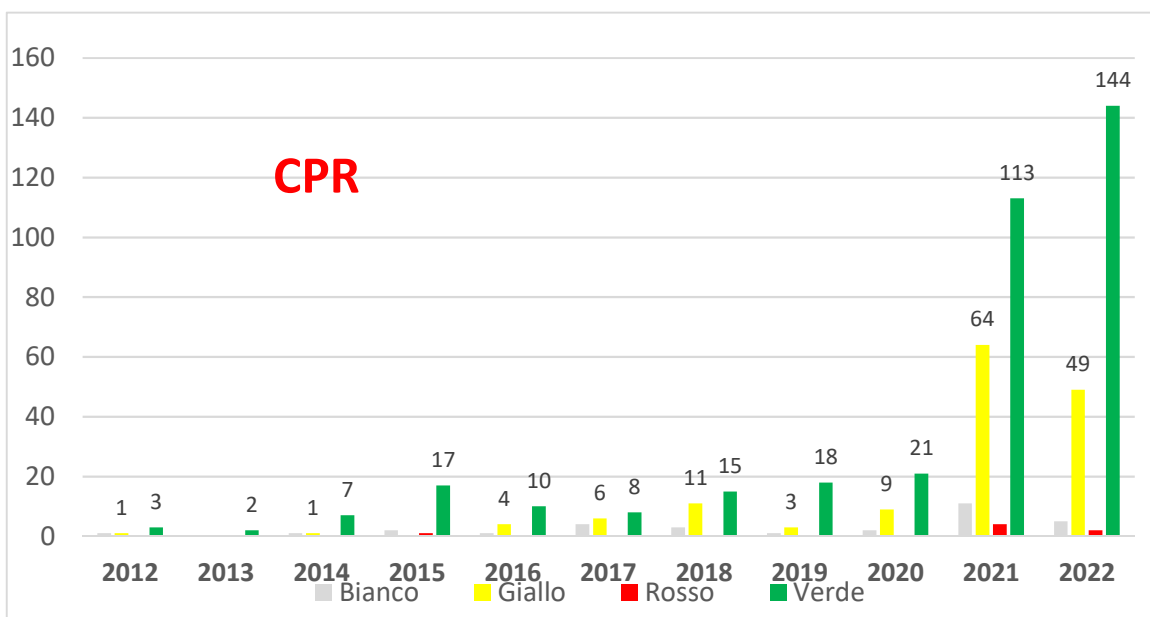


Prendendo in considerazione la gravità dell'evento al momento del triage telefonico in Centrale Operativa 118, si evidenzia come ci sia stato, presso il CPR e il Ferrante Aporti, negli ultimi 2 anni, un aumento delle missioni per i codici Giallo e Verde.

In controtendenza Lorusso e Cutugno che, a differenza di una crescita costante nel tempo, hanno avuto una riduzione nello stesso periodo

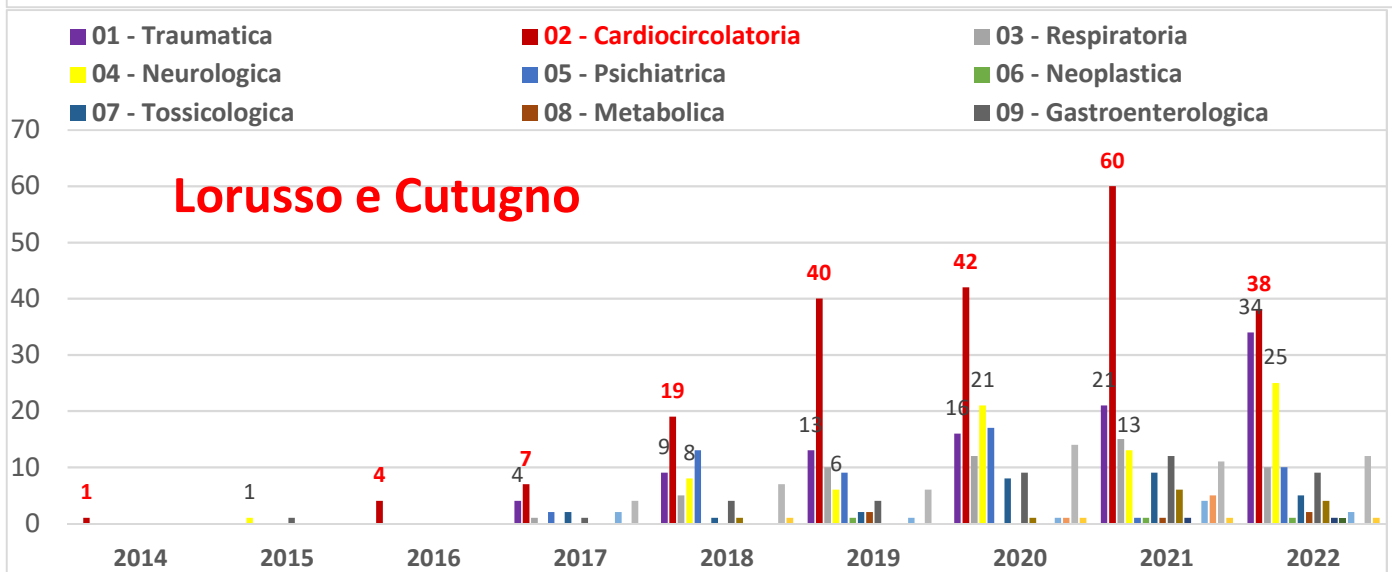
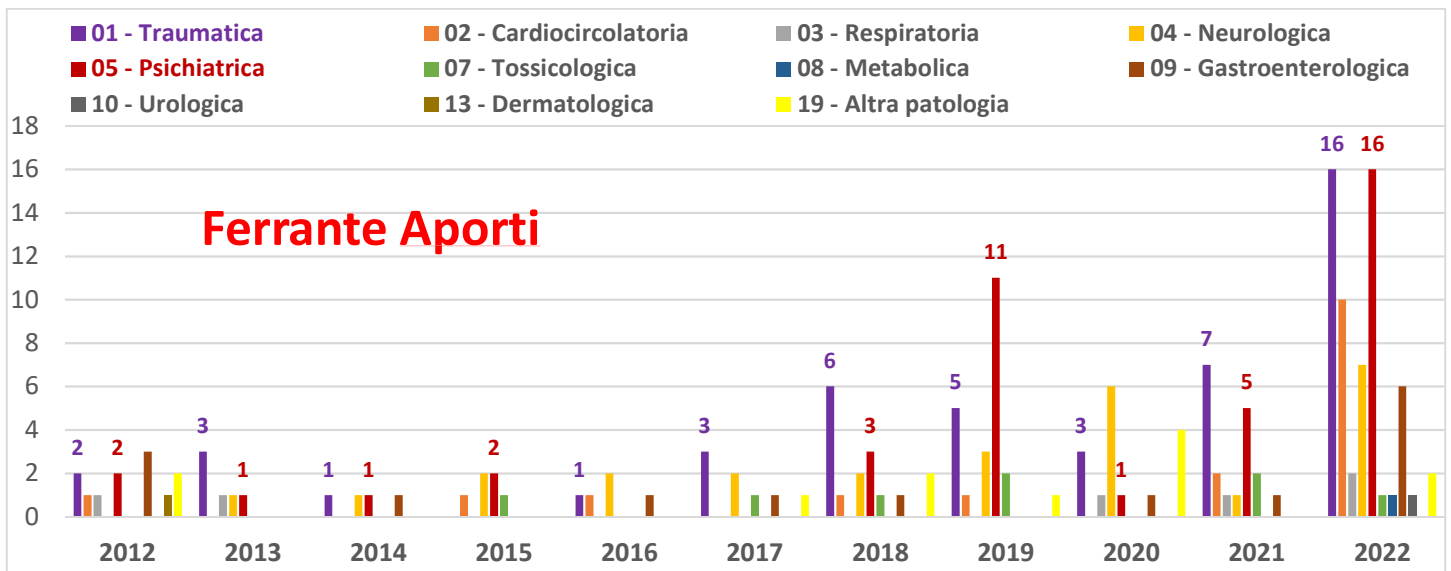


CODICI di GRAVITA' dopo il TRATTAMENTO sul POSTO



Anche in questo caso in cui si confronta il codice di gravità all'arrivo sul posto rispetto a quello dopo il trattamento sul posto, si evidenzia la tendenza all'aumento negli ultimi 2 anni, per CPR e Ferrante Aporti, con la caratteristica che i codici rossi assegnati dalla C.O. non sono stati confermati al nostro arrivo (enfattizzazione della sintomatologia? Ansia?)

Differente situazione al Lorusso e Cutugno in cui i numeri dei codici rossi sono rimasti tendenzialmente costanti se non addirittura aumentati; in alcuni casi trasformati in decessi



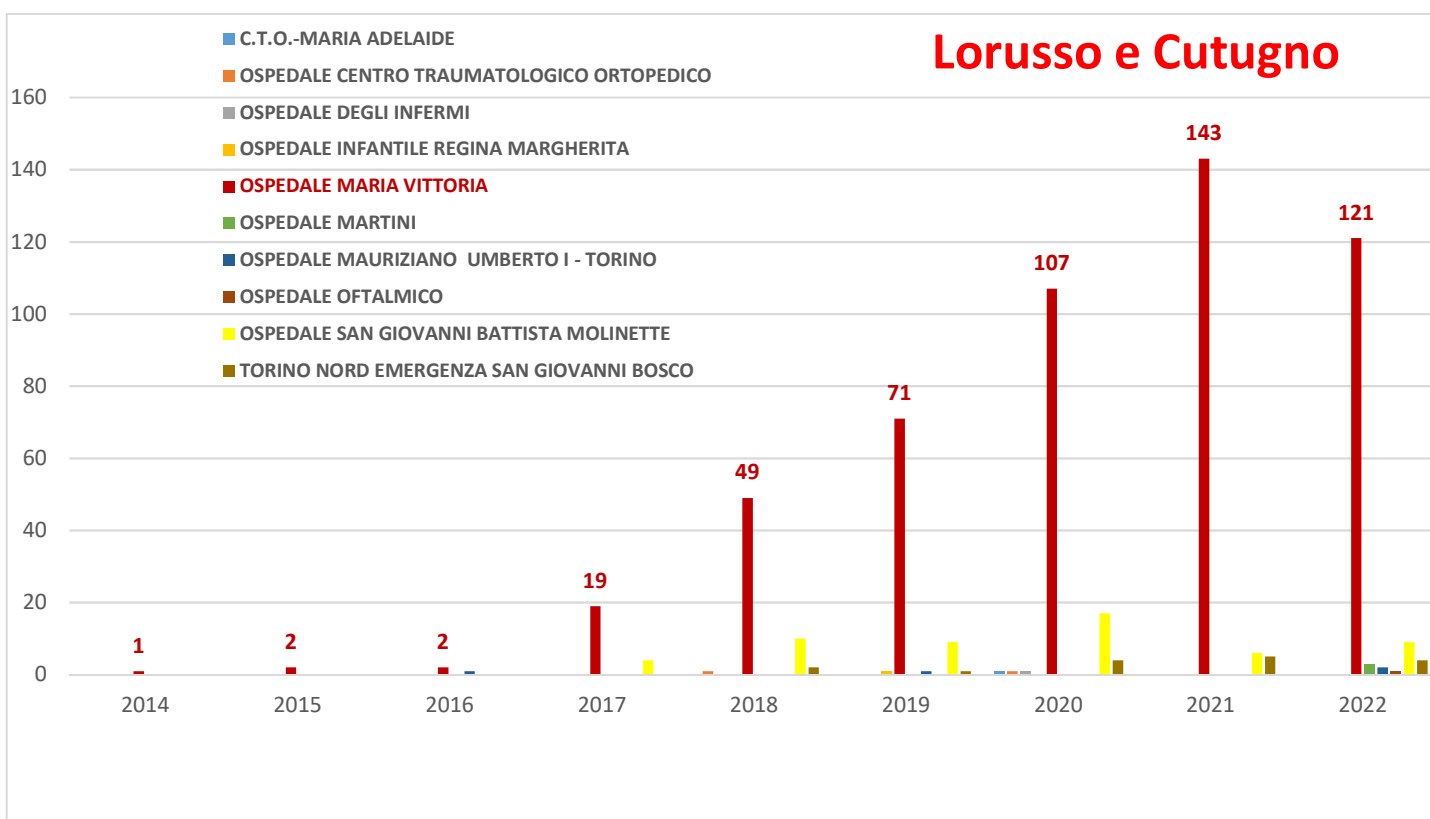
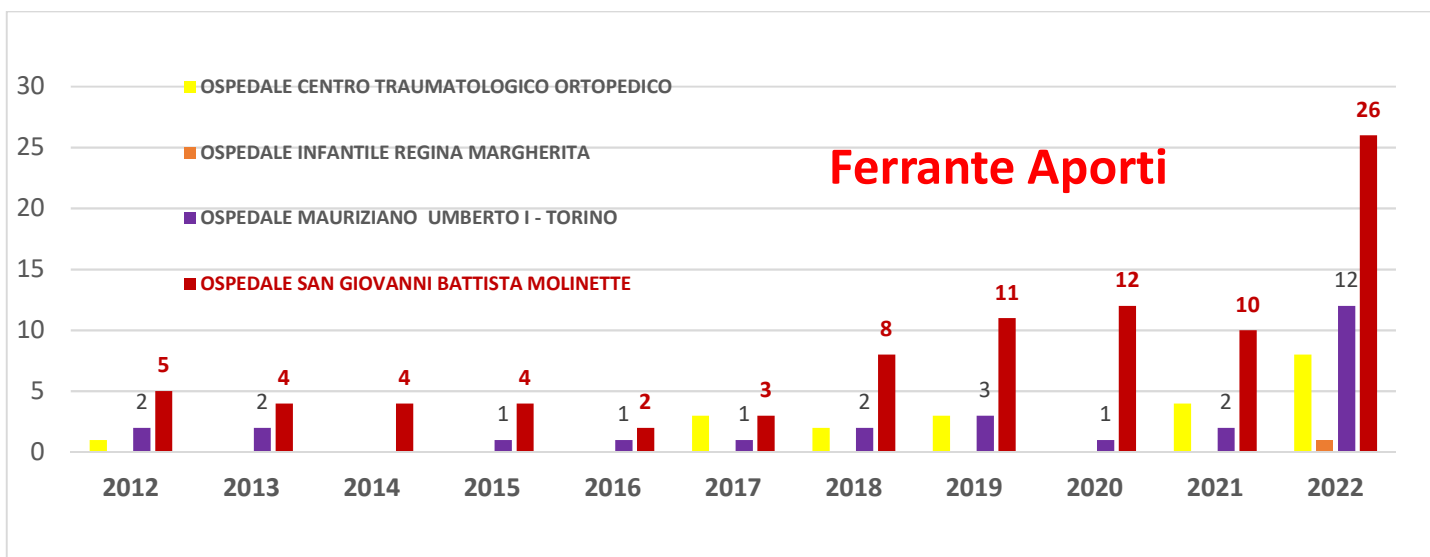
Per quanto riguarda le patologie per cui si richiede il nostro intervento, i dati indicano che a fronte di un maggior numero di richieste, la tipologia resta costante.

Molta differenza invece è evidenziabile sulle patologie nei diversi Istituti: il CPR ha una tendenza alle patologie di origine psichiatrica, seguite da quelle traumatiche. Il Ferrante Aporti è molto simile, i dati della psichiatria e del trauma sono sovrapponibili. Caso a parte Lorusso e Cutugno in cui la preponderanza, nel corso degli anni è di tipo cardiocircolatorio.

PATOLOGIA AI RILASCIO al PRONTO SOCCORSO

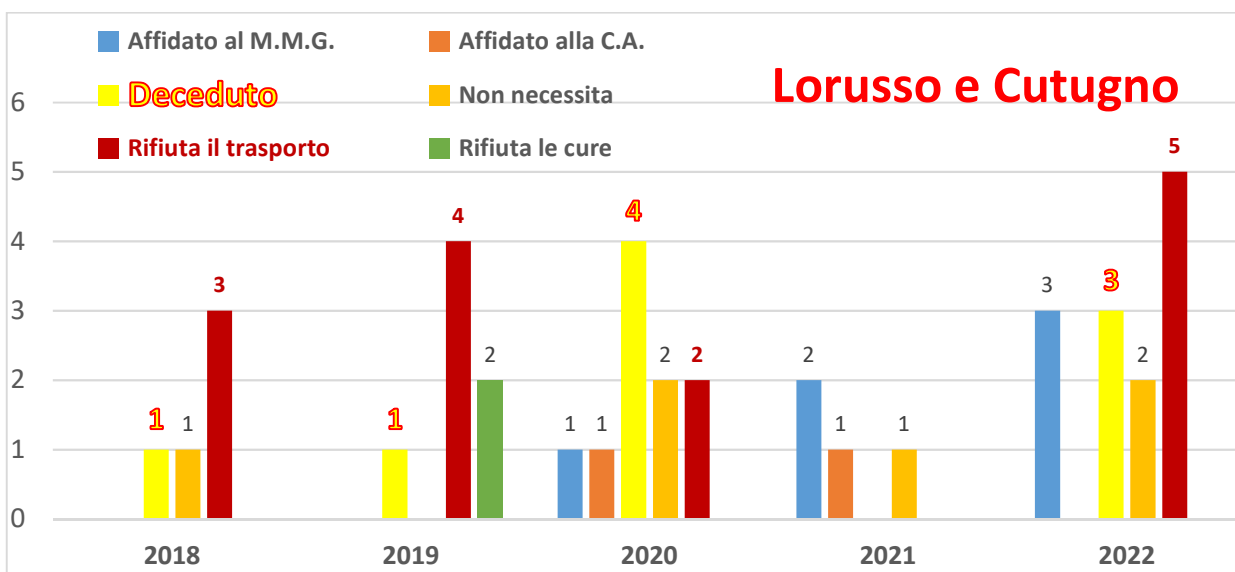
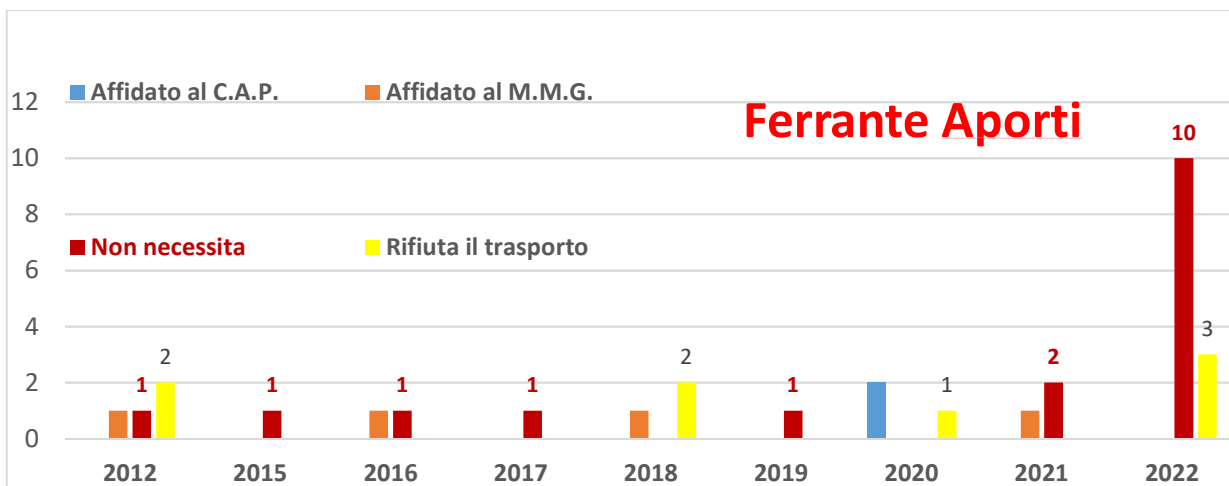
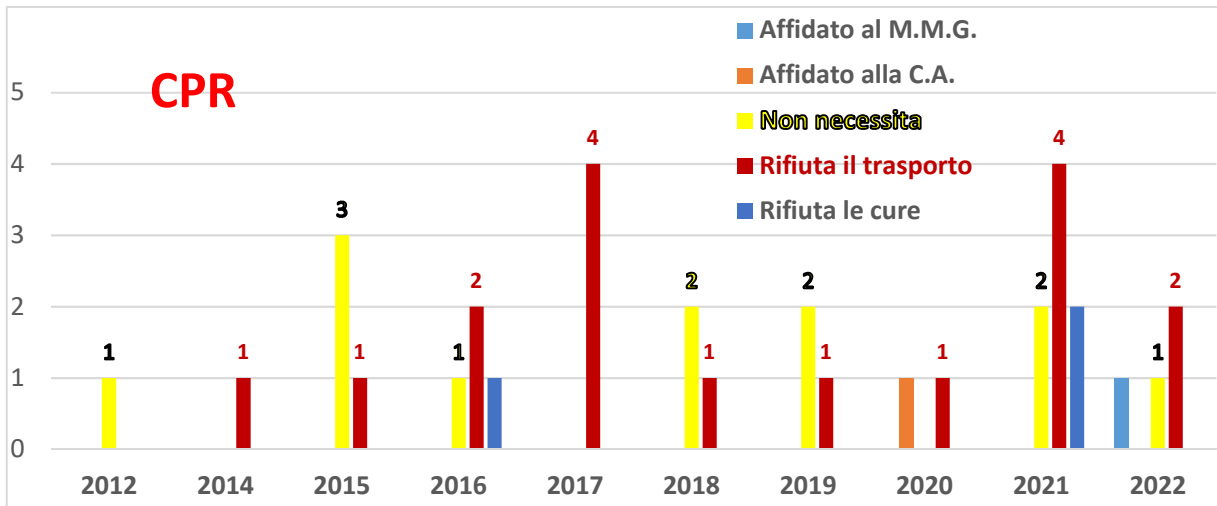
Al nostro arrivo sul posto le patologie riscontrate sostanzialmente corrispondono a quanto individuato dalla C.O. In particolare la patologia psichiatrica seguita da quella traumatica è preponderante nel CPR e al Ferrante Aporti. E' confermata la patologia cardiocircolatoria presso il Lorusso e Cutugno.

OSPEDALI di CONFERIMENTO dei pazienti



Questi dati, puramente statistici, evidenziano come la scelta di ospedalizzazione sia dettata dalla presenza di un ospedale di "zona" in grado di trattare le patologie per cui si è intervenuti.

PAZIENTI NON TRASPORTATI



Si evidenziano 2 dati importanti: in tutti e tre gli Istituti le motivazioni principali al non trasporto in ospedale sono state il RIFIUTO e la NON NECESSITA' di trasportare in Ospedale; di fatto quindi le patologie non erano di emergenza urgenza, ma minoritarie. Interessante il dato del Lorusso e Cutugno in cui compare la voce DECESSI, non presente negli altri Istituti.

LORUSSO E CUTUGNO 2017-2022 tempi di intervento

Dalla Chiamata all'arrivo sul Target (minuti)

Anno	75° percentile	Superiore a 8 minuti
2017	20	100%
2018	19	99%
2019	20	96%
2020	25	99%
2021	22	96%
2022	23	100%

Da Arrivo Target alla Partenza per Ospedale (minuti)

Anno	Mediana
2017	28
2018	33
2019	34
2020	35
2021	33
2022	33

Le tabelle sopra riportate evidenziano, come i tempi di intervento dalla chiamata all'arrivo sul target superino di fatto sia il tempo definito dal LEA e pari a 17, sia le tempistiche normative previste per il raggiungimento del TARGET in ambito urbano e pari a 8'. Occorre pertanto porre attente riflessioni sulle soluzioni per poter ridurre questa latenza, non escludendo in primis le tempistiche di identificazione e/o controllo che usualmente avvengono all'ingresso dell'istituto.

La seconda tabella indica il tempo sanitario sul luogo.

Il futuro

Quello che serve, oggi per definire meglio il futuro dell'assistenza erogata dal Servizio 118, è riuscire a disegnare un quadro a tinte armoniche, attraverso la un'attenta rilettura dei processi, una comparazione dei risultati, un'azione di omogeneizzazione delle prestazioni su tutto il territorio italiano, anche con l'aiuto dei nostri Stakeholders. Il futuro del Sistema si gioca sulla capacità di predisporre un unico modello di organizzazione nazionale, in cui, pur nel rispetto delle specificità territoriali, le procedure organizzative ed

operative assicurino una risposta uguale per tutti i cittadini italiani, compresi coloro che a vario titolo sia in condizioni particolari quali quelli privati della propria libertà come nel caso dei detenuti maggiorenni e minorenni o coloro rinchiusi nei centri di privazione della libertà.

In questo senso sarà indispensabile sviluppare delle tecnologie innovative, nell'ambito delle quali l'avvento di nuovi sistemi di comunicazione e trasmissione dei dati e delle immagini permetterà la massima integrazione tra tutte le componenti del sistema sanitario e non solo, faciliterà l'organizzazione ed i rapporti con tutti gli Enti terzi, stakeholders, supererà le barriere architettoniche, normative e culturali ancora oggi esistenti a favore di una sempre più ampia equità di risposta ai cittadini tutti.

Le sfide

Le principali sfide che si intravedono all'orizzonte sono così sintetizzabili:

- integrazione di tutte le sale operative addette alla risposta di emergenza sanitaria, tecnica (Vigili del Fuoco) e di sicurezza (forze di polizia) a garanzia della massima tempestività del soccorso
- innovazione tecnologica del sistema, sia per la gestione del soccorso che per il trattamento dei pazienti, quindi sistemi di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti ovunque essi siano e soprattutto nei casi in cui si preveda per gli stessi interventi con tempistiche fuori degli indicatori previsti dalle normative
- definizione di un sistema unico di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza complessiva dei vari servizi sanitari provinciali o regionali; ciò dovrebbe comprendere i luoghi considerati nella presente analisi
- definizione di standard organizzativi a garanzia dell'omogeneità della risposta su tutto il territorio italiano, in qualunque luogo sia necessario intervenire

Il presente lavoro è stato pubblicato a cura della GARANTE delle persone private della libertà nella RELAZIONE ANNUALE di ATTIVITA' ed è relativo all'anno 2022