

**Ecc.ma Procura Regionale
presso la Corte dei Conti
Friuli Venezia Giulia**

Esposto denuncia

Il sottoscritto dott. Walter Zalukar, nato a Trieste l'8.9.1949, residente a Trieste in località Trebiciano 240, componente del Consiglio Regionale della Regione Autonoma FVG, è costretto ad esporre quanto segue.

Preliminarmente e al fine di inquadrare al meglio la situazione va doverosamente dato conto del fatto che lo scrivente è un medico, ed essendo attualmente componente del Consiglio Regionale della Regione FVG ha particolari doveri di controllo e vigilanza sull'operato della Giunta regionale, che esplica in particolare in tema di sanità.

Premessa

L'esposto è relativo al servizio di elisoccorso notturno del Friuli Venezia Giulia che è stato avviato il 1° febbraio 2018.

Concettualmente l'attivazione dell'elisoccorso notturno dovrebbe rappresentare un arricchimento della rete di emergenza, ma dall'esperienza maturata in oltre 5 anni di attività il servizio di elisoccorso notturno, così come organizzato in FVG, è risultato in larga parte inefficace e inefficiente, poiché:

- allunga fino a raddoppiare i tempi di soccorso/ospedalizzazione di malati critici e urgenti, per i motivi che saranno esplicitati più avanti;
- è spesso impiegato in soccorso a pazienti non critici, che sarebbero più facilmente e più rapidamente raggiungibili da mezzi su ruote, e soprattutto con costi sensibilmente inferiori.

Considerato quanto sopra e appreso che con provvedimento dell'ARCS -Agenzia Regionale Coordinamento Salute- dd. 7.6.2022, era stata rinnovata ad Elifriulia la Convenzione per il Servizio aereo regionale di protezione civile ed elisoccorso per un quinquennio al costo di 35.751.000 di euro, nel cui ambito è compreso il servizio di elisoccorso notturno, lo scrivente aveva presentato il 17.6.2022 l'IRI -Interrogazione risposta immediata- n. 910 con oggetto: "Elisoccorso notturno FVG" indirizzata alla Giunta regionale per conoscere: "se, a fronte del rapporto costo-efficacia dell'elisoccorso notturno, palesemente negativo, non ritiene che vi siano gli estremi per la revoca della Convenzione, anche ricorrendo all'autotutela."

L'interrogazione era supportata dai seguenti riscontri:

- 1) la specifica normativa nazionale, Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, indica per l'attivazione dell'elisoccorso notturno "una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno", mentre il numero di voli notturni in FVG è di circa 100 all'anno;
- 2) per tale numero di voli notturni la spesa risulta di circa 2.400.000 di euro all'anno, poiché ai 2 milioni destinati ad Elifriulia bisogna aggiungere il costo dell'équipe sanitaria valutato in circa 400mila euro/anno;

- 3) la normativa regionale di merito (DGR 2039/2015) che fissa in massimo 20 minuti l'arrivo dei soccorsi sul target in area extraurbana e in 8 minuti in area urbana per codici rossi e gialli, mentre nell'attività di elisoccorso notturno si registrano allungamenti molto sensibili dei tempi di soccorso, non meno di 30 minuti dall'allarme all'arrivo sul target, ma spesso oltre i 40 minuti e più.

(vedi IRI n. 910 in allegato n.1 e Determinazione ARCS n. 366/2022 in allegato n.2)

L'IRI è stata evasa il 21.6.2022 con una risposta vaga da parte dell'Assessore alla Salute Riccardo Riccardi, ma comunque la Convenzione è stata rinnovata per 5 anni con un costo complessivo per il solo servizio notturno di oltre 10 milioni di euro a cui devono aggiungersi 2.000.000 di euro per l'équipe sanitaria.

Non si ha evidenza se sia stata fatta o meno una valutazione del rapporto costi/benefici del servizio in parola.

Esame attività elisoccorso notturno

Lo scrivente ha ritenuto quindi doveroso, a tutela dei malati e nel rispetto della buona amministrazione, approfondire ulteriormente le problematiche già emerse e fatte oggetto della citata interrogazione con uno studio analitico dell'attività dell'elisoccorso notturno.

A tal fine il 22 giugno 2022, è stato richiesto all' Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, ai sensi del comma 3, articolo 9 della LR n. 17/2007 e dell'articolo 67 della LR n. 7/2000 l'accesso alle schede missione dell'attività di elisoccorso notturno dal 1° gennaio 2022 al 30 aprile 2022, che sono pervenute il 7 luglio 2022 (vedi allegato n. 3).

Sono state analizzate le schede relative a tutte le missioni svolte nel primo quadrimestre dell'anno in corso, quindi dal 1° gennaio al 30 aprile 2022, per un totale di 47 voli nel periodo considerato, al fine di valutarne l'efficacia, ovvero la capacità di produrre l'effetto e i risultati voluti o sperati, nonché l'efficienza, ovvero l'abilità di raggiungere l'obiettivo impiegando le risorse minime indispensabili.

Ricordato che, l'obiettivo del servizio di soccorso sanitario è essenzialmente:

- arrivare nel posto giusto con i mezzi giusti nel minor tempo possibile;
- assicurare correttamente le prestazioni cliniche indifferibili;
- trasportare il paziente nell'ospedale nosologicamente competente nel minor tempo possibile (imperativo categorico nelle patologie tempo dipendenti come politraumi, emorragie, infarto miocardico, ictus, ecc.).

Si precisa che il tempo è elemento essenziale per il successo dell'attività di soccorso, tanto che il tempo di soccorso, ovvero il tempo che intercorre dal momento della chiamata al momento dell'arrivo del soccorso sul paziente è disciplinato dalla DGR 2039/2015 "Piano Regionale Emergenza" che a sua volta richiama sia gli standard temporali di soccorso di tipo normativo nazionale (8' per le aree urbane e 20' per le aree extraurbane per codici rossi e gialli) sia quelli di indirizzo europeo (18' massimo) come indicato dal "The European Emergency Data (EED) Project".

Nelle patologie tempo dipendenti, come politrauma, infarto acuto di cuore, ictus, emorragie, ecc. risulta fondamentale considerare oltre al tempo di soccorso anche il tempo di ospedalizzazione, ovvero il tempo che intercorre dal momento della chiamata al momento dell'arrivo in ospedale per il trattamento definitivo, essendo questo, insieme al tempo intraospedaliero di diagnosi e cura, determinante *quoad vitam et valetudinem*.

L'efficacia di un'organizzazione di soccorso si misura in sostanza con la capacità dell'erogazione certa di prestazioni cliniche ed assistenziali omogenee tempo dipendenti.

In questo contesto pare essenziale l'analisi dei tempi di soccorso e ospedalizzazione dell'elisoccorso notturno.

L'elicottero nelle ore notturne:

- richiede un tempo maggiore che nel diurno per decollare, viste le diverse procedure di sicurezza diurno/notturno;
- non può atterrare, come di giorno, sul luogo dell'incidente, ma solo su elipiazzole dislocate sul territorio regionale in punti preordinati e appositamente illuminati, e da qui l'équipe sanitaria dell'eliambulanza viene prelevata da un mezzo su ruote e trasportata sul target;
- a Udine deve atterrare all'elibase di Campofornido, distante 10 km dall'ospedale, non essendo l'elipiazzola dell'ospedale di Udine, su cui converge la maggior parte dei traumi gravi, abilitata al notturno.

Tempi medi di soccorso dell'eliambulanza notturna:

- dall'allarme al 112 all'allertamento dell'elicottero: tempo medio di 274 secondi, ovvero 4 minuti e mezzo (dati ufficiali della Regione);
- dall'allertamento al decollo: tempo medio di 14 minuti (dati ufficiali della Regione);
- dal decollo all'elipiazzola di approdo notturno più vicina al target: tempo medio di 17 minuti (dati ufficiali della Regione);
- trasporto dell'équipe sanitaria con mezzi di terra dall'elipiazzola al target: tempo medio (non fornito dalla Regione) stimabile in 5-10 minuti a seconda della distanza tra elipiazzola e target;

Da tutto ciò si ricava un tempo medio di soccorso pari a 40 - 45 minuti, che è almeno il doppio del tempo massimo di soccorso indicato dalla normativa per le aree extraurbane e 5 volte superiore al tempo massimo indicato per le aree urbane.

Tempi medi di rientro dell'eliambulanza notturna:

- trasporto del paziente con autoambulanza dal target all'elipiazzola e imbarco sull'eliambulanza: tempo medio (non fornito dalla Regione) stimabile in 10-15 minuti a seconda della distanza tra target ed elipiazzola;
- dal decollo dall'elipiazzola di approdo notturno all'arrivo all'elipiazzola dell'ospedale HUB di destinazione: tempo medio di 16 minuti (dati ufficiali della Regione);
- sbarco e trasporto del paziente dall'elipiazzola all'ospedale: tempo di 8 minuti per Udine e 5 minuti per Trieste (dati ufficiali della Regione);

Da tutto ciò si ricava un tempo medio di rientro pari a 35-40 minuti, che sommato al tempo medio di soccorso fornisce il tempo medio di ospedalizzazione pari a 80 minuti.

N.B. I dati ufficiali della Regione sono quelli indicati nell'allegato 8 del verbale relativo alla seduta del 6 marzo 2019 della III^a Commissione del Consiglio Regionale FVG (vedi allegato n.4) e nel comunicato relativo alla seduta del 26 settembre 2017 (vedi allegato n.5).

Valutazione dell'efficacia

Da quanto sopra rappresentato risulta di 40 minuti l'attesa media prima che un paziente critico o molto critico possa essere assistito da un medico, e di 80 minuti il tempo medio per l'ospedalizzazione. Va sottolineato che la maggior parte dei target del campione esaminato si trovano a 30-40 km dall'ospedale.

L'assessore alla Salute, nella risposta all'IRI n. 910, sembra credere che all'efficacia dell'intervento contribuisca più che il fattore tempo il fatto che <<a bordo dell'apparecchio ci sono già anestesista e infermiere così da ricreare una sorta di "piccolo ospedale" che presta le cure al paziente.>>

Quanto affermato dall'assessore poteva essere vero, ma solo in parte, nel secolo scorso. Da allora si sono fatti progressi nella medicina di emergenza, basti pensare all'emodinamica interventistica o alla terapia dell'ictus, che ovviamente si possono fare solo in ospedale.

Nell'infarto acuto di cuore ogni ritardo significa un pezzo di cuore salvato in meno, e le stesse considerazioni possono farsi per il cervello in caso di ictus ischemico, o per il traumatizzato, il cui tempo di arrivo in sala operatoria può fare la differenza tra vita e morte.

Le tempistiche possono essere meglio spiegate riportando qui di seguito alcuni esempi tratti dalle 47 missioni notturne analizzate nel campione:

- Missione n. 79 -13 febbraio- Soccorso a Ronchis di Latisana, allarme: ore 04.24. L'elicottero atterra a Ronchis alle 05.04. Il paziente entra all'ospedale S.M.M. di Udine alle 05.55, un'ora e mezzo dopo l'allarme. Il target dista 41 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile che con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine circa mezz'ora prima.
- Missione n. 112 -27 febbraio- Soccorso a Gorizia, allarme: ore 20.41. L'elicottero atterra a Gorizia alle 21.12. Il paziente entra all'ospedale S.M.M. di Udine alle 22.10, un'ora e mezzo dopo l'allarme. Il target dista 40 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile che con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine circa mezz'ora prima.
- Missione n. 229 -14 aprile- Soccorso su A4 Palmanova-Villesse, allarme: ore 05.13. L'elicottero atterra a Palmanova (approdo notturno) alle 06.06. Il paziente entra

all'ospedale S.M.M. di Udine alle 06.40, quasi un'ora e mezza dopo l'allarme. Il target dista 36 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine almeno mezz'ora prima.

(vedi relative schede in allegato n. 3)

Nei casi sopra descritti non sono riportate le condizioni cliniche dei pazienti, in quanto è difficilissimo, se non impossibile ottenere dati completi sull'attività dell'elisoccorso, che si caratterizza per una sostanziale mancanza di trasparenza.

Il 18 luglio 2022 era stata avanzata all'ARCS richiesta di accesso alle "schede di intervento e schede di missione SORES relative agli interventi di elisoccorso notturno effettuati dal 1° gennaio al 30 aprile 2022 (vedi allegato n.6). Il successivo 26 settembre la richiesta era stata rinnovata, ma a tuttora l'accesso agli atti in questione è precluso, nonostante quanto disposto dal comma 3, articolo 9 della LR n. 17/2007 e dall'articolo 67 della LR n. 7/2000 (vedi allegato n.7).

Valutazione dell'efficienza

Dopo aver analizzato il grado di efficacia dell'elisoccorso notturno, cioè la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato nel minor tempo possibile e nel rispetto degli standard normativi, si è proceduto a misurarne l'efficienza, ovvero l'abilità di raggiungere l'obiettivo impiegando le risorse minime indispensabili.

Bisogna ricordare che l'elisoccorso notturno è stato attivato in Friuli Venezia Giulia, anche al fine di sopperire alla carenza di automezzi medicalizzati. E che quindi il suo ruolo si è da subito rivelato sostitutivo piuttosto che integrativo ai mezzi di soccorso di terra, come previsto invece dal DM n. 70/15 (rilievo che riguarda anche il servizio di elisoccorso diurno).

Quindi, invece di avere una rete di automezzi medicalizzati capillarmente distribuita sul territorio e tale da garantire tempistiche adeguate, si è preferito investire più risorse sul mezzo aereo. L'esiguità del numero di automediche esistenti nella nostra regione sembra lasciare in sofferenza vaste aree, soprattutto montane come l'Alto Friuli e la Carnia, ma anche costiere, come Grado e territori limitrofi dopo lo spostamento dell'automedica da Monfalcone.

Pare opportuno evidenziare che il taglio di ospedali di rete e relativi Pronto soccorso, come avvenuto ad esempio nel gemonese e nel cividalese, avrebbe dovuto consigliare un congruo rinforzo di automezzi per contenere il presumibile aumento di rischi e disagi per la popolazione, sottolineando che l'operatività dell'eliambulanza è condizionata dal meteo, in quanto situazioni di scarsa visibilità come nebbia e nubi basse o di vento forte non consentono il volo, e quindi in tali casi e per tempi non di rado prolungati è precluso di fatto l'intervento medico urgente su gran parte del territorio regionale e sull'intera area montana, che nonostante le previsioni di legge regionale, non è stata mai dotata di automedica.

Il Piano regionale dell'emergenza, di cui alla DGR 16 ottobre 2015 n. 2039, prevede complessivamente 6 automediche per l'intero territorio del Friuli Venezia Giulia, e visto che la nostra regione presenta una popolazione di 1.200.000 abitanti distribuiti su un'area di 7.856 kmq, il rapporto medio è di 1 automedica per ogni 200 mila abitanti con copertura di 1.309 kmq di territorio.

Mentre il Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, e l'Atto d'Intesa Stato Regioni 5 agosto 2014 prevedono: "un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, con un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane". Pertanto, secondo le indicazioni ministeriali il FVG dovrebbe avere 20 automezzi medicalizzati al posto di 6, in quanto lo stesso DM prevede che l'elisoccorso non può che essere integrativo piuttosto che sostitutivo ai mezzi di terra, come invece avviene di fatto nella nostra regione.

E relativamente ai volumi di attività il DM n. 70/15, al punto 9.1.4 così recita: "Per i mezzi notturni, si propone 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 impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno". Specificando che: "Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni".

Dal campione esaminato risulta che nel primo quadrimestre 2022 in FVG sono stati effettuati 47 voli notturni, 12 al mese, da cui si può dedurre una proiezione annua di 140-150 voli, che comunque rappresentano meno della metà di quello che il Ministero della Salute considera il minimo indispensabile per attivare il servizio.

Sebbene si osservi un incremento rispetto ai primi 8 mesi di attivazione del servizio di elisoccorso notturno, nel 2018, quando erano stati effettuati 24 voli notturni pari a 3 al mese, dall'esame analitico del campione relativo al primo quadrimestre 2022 risulta che 10 delle 47 missioni effettuate sono state sospese dopo il decollo in quanto inutili/non necessarie (oltre il 20% del campione).

Delle restanti 37 missioni quelle per soccorso primario sono state 25 e 12 quelle per trasporto secondario (trasferimento da ospedale a ospedale).

Rileva che dall'analisi delle 37 missioni effettuate molte di queste risultano inappropriate o addirittura controproducenti, in quanto i tempi di soccorso e ospedalizzazione sono stati sensibilmente più lunghi rispetto a quelli che avrebbero potuto essere garantiti da mezzi di soccorso su gomma, che comunque devono essere impiegati, uno per il trasporto del paziente dal target all'elipiazzola notturna, un altro per il trasporto del paziente dall'elibase di Campofornido all'ospedale di Udine.

In tali casi l'inappropriatezza deriva dall'aver impiegato il mezzo aereo su distanze medio brevi dall'ospedale di riferimento e che sarebbero state coperte in tempi molto più brevi dai mezzi di soccorsi su ruota riducendo i tempi di ospedalizzazione e nel contempo riducendo enormemente i costi, ed anche i potenziali rischi.

L'analisi del campione ha dimostrato anche che la maggior parte dei pazienti soccorsi presentava media/bassa gravità, mentre le missioni per casi realmente critici sono state 6 in totale.

Relativamente ai trasporti secondari da ospedale a ospedale (12 in totale), solo pochi di questi sembrano giustificare l'uso del mezzo aereo, in quanto la maggior parte dei trasferimenti riguardano le tratte da PN a UD, da Tolmezzo a UD, da GO a TS, quindi distanze di circa 50 km che sarebbero coperte in tempi sensibilmente minori impiegando autoambulanze (con costi infinitamente più bassi), oppure voli per trasferimenti "differibili", quindi non urgenti, di pazienti da ospedali HUB a ospedali SPOKE; di cui vengono dati qui di seguito alcuni esempi:

1. Missione n. 121 -2 marzo- Trasporto di un paziente dall'ospedale HUB di Trieste a quello SPOKE di Gorizia, distanti 50 chilometri, per un trasferimento indicato come "differibile" sulla scheda di missione, quindi non urgente ed effettuabile con autoambulanza.
2. Missione n. 188 -24 marzo- Trasporto di un paziente critico dall'ospedale di Pordenone a quello di Udine. Allarme: 01.31. Arrivo all'ospedale di Udine: ore 03.00. Quindi il tempo totale per trasferire un paziente critico tra due ospedali distanti 52 km è stato di 1 ora e mezza, via terra il paziente sarebbe arrivato a Udine mezz'ora prima.
3. Missione n. 243 -17 aprile- Trasporto di un paziente critico dall'ospedale di Gorizia a quello di Cattinara. Allarme: 20.14. Arrivo all'ospedale di Trieste: ore 22.45. Il tempo totale per trasferire il paziente critico da Gorizia a Trieste, distanti 50 km, è stato di 2 ore e mezza, via terra il paziente sarebbe arrivato a Trieste in un'ora o poco più.

(vedi relative schede in allegato n. 3)

Come già rappresentato, il costo dell'elisoccorso notturno ammonta a circa 2.400.000 di euro all'anno oltre alle spese di realizzazione/manutenzione delle elipiazzole.

Nei 4 mesi a cui si riferisce il campione in esame sono state effettuate 47 missioni, 12 al mese, che rappresentano meno della metà (40%) del minimo di attività previsto dal citato DM n. 70/2015. Essendo il costo dell'elicottero notturno pari a circa 800.000 euro a quadrimestre, il costo di ciascuna missione del campione esaminato ammonterebbe a 17.000 euro, comprese le missioni abortite e compresi i trasferimenti come quello sopra citato non urgente di un paziente tra Trieste e Gorizia (al costo di 340 euro al chilometro).

Relativamente al soccorso/trasporto di pazienti critici e urgenti il costo rappresenterebbe un aspetto relativo, ma non lo è se al costo maggiore corrispondono tempi di soccorso/ospedalizzazione più lunghi di quelli ottenibili con mezzi su ruota, se organizzati nell'ambito di un sistema di emergenza idoneo a portare i soccorsi nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente (DPR 27 marzo 1992, DM n. 70/2015, DGR FVG 2039/2015). In sintesi, si spende molto di più per soccorrere più tardi.

Considerazioni finali

Un siffatto sistema di emergenza basato su mezzi su ruote dovrebbe essere comunque assicurato sull'intero territorio regionale, in quanto l'operatività dell'eliambulanza è condizionata dal meteo, visto che situazioni di scarsa visibilità, come nebbia e nubi basse, o di vento forte non consentono il volo, e nella nostra regione non sono eccezionali le nebbie sulla pianura friulana, le nubi basse nell'area montana, il vento forte nell'area giuliano isontina.

Da ultimo si richiama la specifica normativa regionale (DGR 2039/2015) che prevede l'uso dell'eliambulanza solo quando "non sia possibile raggiungere, o raggiungere tempestivamente il paziente con altro vettore medicalizzato" nonché "per necessità di centralizzazione protetta", perfettamente in linea con le indicazioni di cui al DM 70/2015, oltre che in linea con il buon senso.

Si ritiene quindi per tutti motivi sopra esposti che il servizio di elisoccorso notturno, così come organizzato in FVG, risulta in larga parte inefficace e inefficiente, poiché allunga fino a raddoppiare i tempi di soccorso/ospedalizzazione di malati critici e urgenti ed è spesso impropriamente impiegato per soccorsi a pazienti non critici, che sarebbero più facilmente e più rapidamente raggiungibili da mezzi su ruote, e tutto ciò consumando risorse per 2 milioni e 400mila euro all'anno.

Pare opportuno aggiungere che la situazione di inefficienza/inefficacia dell'elisoccorso notturno era stata rappresentata alla Giunta Regionale già nel marzo 2019 dallo scrivente (in veste di Presidente dell'Associazione "Costituzione 32") con nota dd 13.3.2019, con cui si riportavano, tra l'altro, le tempistiche delle complessive 24 missioni effettuate dall'eliambulanza notturna nei primi 8 mesi di attività del servizio (1° febbraio-30 settembre 2018). Tra questi interventi merita citare il soccorso dell'11 febbraio 2018 per una persona precipitata dal secondo piano di un edificio a Maniago -allarme: ore 01.00, ora arrivo all'Ospedale di Udine 03.30, totale 2 ore e 30 minuti. Il target dista 45 km dall'ospedale di Udine ed è percorribile (stima percorsi Michelin) da un automezzo in 56 minuti; quindi, tramite autoambulanza il paziente sarebbe arrivato all'ospedale di Udine almeno un'ora prima e forse si sarebbe potuto evitare il decesso (vedi allegato n. 8).

La Regione rispose con un'articolata nota dd 15.3.19 che così concludeva: "Saranno inoltre oggetto di valutazione legale le affermazioni conclusive del sig. Zalukar" (vedi allegato n.9)

Nel 2021-2022 fu richiamata l'attenzione della Giunta regionale con due IRO –Interrogazioni a risposta orale- (vedi allegati n.10 e n.11), con riguardo alle problematiche emerse in merito al supporto fornito dai volontari di Protezione Civile all'attività di elisoccorso notturno, di cui alla DGR n. 1447/2021. Il problema deriva dal fatto che la Convenzione di cui alla citata DGR prevede che "i volontari forniscono supporto all'elisoccorso in base alla disponibilità personale che potrà in qualsiasi momento venire meno e pertanto il servizio di supporto fornito potrebbe non essere garantito anche senza preavviso. Non potrà essere quindi imputata alla Protezione Civile o ai volontari la mancata attivazione del servizio, l'indisponibilità di volontari o il ritardo nello svolgimento delle attività."

Di conseguenza l'elisoccorso notturno del FVG sarebbe, per quanto a conoscenza, l'unico servizio di emergenza sanitaria che può essere per regolamento interrotto o ritardato senza preavviso e senza che ciò esponga a responsabilità chi lo interrompe o lo ritarda, ovvero che

nessuno è imputabile, a norma di regolamento, se l'équipe sanitaria resta a piedi e il malcapitato paziente resta a terra in attesa di un soccorso che stenta ad arrivare.

Contestualmente al presente atto si trasmettono i seguenti atti e

documenti

- 1) IRI n. 910
- 2) Determinazione ARCS n. 366/2022
- 3) ELISOCCORSO NOTTURNO Schede di missione
- 4) Seduta 6 marzo 2019 III^a Commissione
- 5) Seduta 26 settembre 2017 III^a Commissione
- 6) Richiesta accesso atti ARCS
- 7) Sollecito accesso atti ARCS
- 8) Nota a Giunta regionale
- 9) Replica da Regione
- 10) IRO n. 505
- 11) IRO n. 565

Con osservanza

Walter Zalukar

Trieste, 3 marzo 2023