



FIALS[®]
Conf.S.A.L.

Segreteria Generale

Prot. N. 125/S.N.

Brindisi 16 settembre 2021

Al Presidente, Relatore e Illustri Componenti della Commissione,
12^a Commissione Igiene e sanità del Senato
Email: comm12a@senato.it

**RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA “118” E DISCIPLINA
DELL'AUTISTA SOCCORRITORE - DISEGNI DI LEGGE NN. 1715 – 179 – 1127 – 1634 - 2153
e 2231**

Nel ringraziarVi per la sensibilità a richiedere a questa organizzazione sindacale contributi scritti ai fini dell'istruttoria sui disegni di legge relativi al riconoscimento della figura del “profilo professionale di autista soccorritore” e al “Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero”, con la presente si forniscono le nostre osservazioni e proposizioni, autorizzando, nel contempo, la pubblicazione sul sito istituzionale del Senato.

Cordialmente.

Giuseppe Carbone
Segretario Generale





DOCUMENTO AUDIZIONE

Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero.

L'emergenza sanitaria territoriale, con il coordinamento della Centrale Operativa 118, è compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017. A trent'anni dall'istituzione del 118 come numero unico per le chiamate di emergenza sanitaria e del decreto istitutivo della risposta territoriale, è necessaria una riorganizzazione del sistema che tenga presenti i cambiamenti intercorsi in questo periodo e i progressi registrati in campo scientifico professionale, oltre che l'implementazione del numero unico dell'emergenza - NUE 112. Infine, deve anche essere considerata la valutazione dei punti di forza e dei limiti del sistema di Emergenza territoriale in risposta alla pandemia da COVID-19, ancora in corso.

Questa Federazione inizia la sua analisi da un concetto fondamentale: le differenze, in alcuni casi abissali, tra i vari modelli organizzativi del sistema di emergenza preospedaliero nazionale hanno finito per restituire al cittadino utente un sistema che appare concepito a macchia di leopardo, proprio a causa di queste difformità, e certamente non razionale sia dal punto di vista operativo che economico. L'obiettivo che ci prefissiamo è di favorire la razionalizzazione del sistema e la sua omogeneità, in particolare le competenze che regolano l'agire del personale medico e infermieristico, tecnico e le loro peculiarità, la loro formazione.

Di seguito le nostre osservazioni:

- a) integrazione dei sistemi Ospedalieri e Territoriali che concorrono alla costituzione della Rete dell'Emergenza, necessaria infrastruttura su cui costruire gli strumenti operativi, anche attraverso la costituzione di Dipartimenti di emergenza-urgenza interaziendali;
- b) coordinamento Regionale con le ramificazioni territoriali per superare la parcellizzazione, la frammentazione dei modelli gestionali, e la definizione di criteri per la realizzazione di organizzazioni virtuose del sistema di Emergenza Urgenza;
- c) Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, attraverso i contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati, in misura proporzionata al budget a loro assegnato e secondo il principio di aderenza territoriale, regolano l'erogazione delle attività di emergenza-urgenza ospedaliero e provvedono all'adeguamento necessario dell'offerta sanitaria in termini di risorse umane, strumentali e di posti letto idonee al contenimento e alla gestione di emergenze, anche in deroga alle disposizioni di cui al decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ed in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionale emesse dal Ministero della Salute di concerto con le Regioni in particolare per quanto attiene all'istituzione di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri nonché percorsi come il *See and Treat* quale modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso e il *Fast Track* quale un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica. L'adozione di tali modelli clinico-organizzativi valorizza ulteriormente la funzione di



Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS, funzione che è di competenza infermieristica e, a tal fine, è incentivata e resa obbligatoria per quanto riguarda e gli aspetti della comunicazione e delle capacità relazionali con la persona assistita e con il nucleo familiare soprattutto nella gestione di conflitti e di eventi critici la formazione specifica per l'infermiere di Triage in particolare attraverso la funzione di Psicologia aziendale che, sulla base di procedure organizzative concordate, intervenga sia nelle situazioni ritenute più complesse che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere l'equipe assistenziale, attraverso incontri periodici e, eventualmente, la presa in carico di eventi critici;

- d) definire l'utilizzo dei Mezzi di Soccorso Avanzato e delle competenze infermieristiche avanzate compresi gli algoritmi per la somministrazione di farmaci in autonomia oggetto ancora oggi di vere e proprie guerre giudiziarie da parte di alcuni (pochi) ordini provinciali dei medici. L'infermiere nel sistema 118 deve essere considerato sia membro dell'equipe multi-disciplinare che professionista in grado di operare in autonomia;
- e) potenziare la capacità diagnostica al fine di garantire un tempo massimo per l'accertamento virologico e la comunicazione del risultato di ogni possibile contagio entro ventiquattr'ore, su tutto il territorio nazionale;
- f) istituire unità mobili dotate di tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) e telemedicina anche via satellite e 5G per il supporto specialistico di diagnostica, con possibilità di diversa alloca- zione in presenza di emergenze epidemiche o per campagne di vaccinazione;
- g) creare un servizio Second Opinion Supporting (SOS) di teleassistenza e supporto consulenziale tra medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialisti ospedalieri e di IRCCS, al fine di valutare l'opportunità di disporre accertamenti e ridurre le visite specialistiche non necessarie;
- h) percorsi formativi integrati, ottimizzare il lavoro di Team sia per il personale sanitario sul territorio, sia per il personale sanitario ospedaliero, utilizzando le più evolute metodologie didattiche (simulazione, debriefing, etc.) per sviluppare le competenze non tecniche ed il "team building", con il coinvolgimento essenziale delle figure tecniche (autisti, soccorritori, autisti-soccorritori);
- i) si ritiene essenziale che il personale medico e infermieristico e gli autisti soccorritori dipendono giuridicamente e funzionalmente dal SET 118 e i relativi contratti di lavoro sono stipulati dalle aziende sanitarie locali competenti per territorio con le modalità previste dai contratti collettivi nazionali di categoria;
- j) personale: il reclutamento del personale, con particolare riferimento al personale sanitario, pur garantendo la continuità del servizio, deve avvenire con modalità uniformi di accesso, anche attraverso l'individuazione di standard formativi minimi a livello nazionale in specie per infermieri, medici. Il contratto di lavoro parcellizzato in durata e tipologia è il primo ostacolo al raggiungimento dell'esigibilità del diritto alla salute da parte del cittadino. Tutti gli operatori sanitari del Servizio dell'Emergenza devono essere dipendenti del SSN assicurando così una migliore governance clinico organizzativa a livello regionale ed una maggiore omogeneità dei servizi prestati, dovrebbe essere previsto un percorso di graduale inquadramento di tutti gli operatori nell'ambito del CCNL e progressivo esaurimento dei rapporti di lavoro a convenzione vigenti, si concorda, come proposto nel ddl Boldrini che sia garantito agli infermieri e agli altri professionisti sanitari il diritto all'incarico professionale come previsto nel CCNL. Necessita mettere fine a quanto sta avvenendo in diverse Aziende Sanitarie ed Enti della, specie della Regione Lombardia, dove tutta l'attività del servizio di assistenza medica di Medicina/pronto soccorso viene affidata tramite "aggiudicazione con procedura aperta" con gravi rischi assistenziali e clinici per i pazienti e per la gestione da parte del Direttore di tale Unità Operativa;



- k) la valorizzazione del personale (tecnici, infermieri e medici) del sistema di emergenza territoriale, anche prevedendo specifici riconoscimenti economici legati alle particolari condizioni di lavoro, così come la possibilità che gli operatori possano ruotare all'interno del "Dipartimento integrato dell'Emergenza" potendo ricoprire ruoli e funzioni intraospedaliere così come extraospedaliere nella stessa azienda sanitaria realizzando una concreta espressione della integrazione ospedale-territorio;
- l) stabilizzazione del personale medico e infermieristico del servizio di Emergenza Urgenza con contratti di lavoro flessibili (convenzionati, cococo, ecc) e tempi determinati, al fine di non disperdere le competenze acquisite sul campo, data soprattutto la carenza di professionisti medici del settore;
- m) riconoscimento di specifiche indennità professionali, con possibilità di progressione di carriera ed agevolazioni anche ai fini pensionistici che rendano più attraente la carriera degli operatori del Sistema Integrato di Emergenza Urgenza;
- n) omogenizzare e potenziare strumenti operativi quali il dispatch telefonico in centrale operativa: inserire il ticket per i codici zero o il rifiuto al trasporto ospedaliero, in modo da disincentivare l'utilizzo inappropriato del sistema di emergenza territoriale;
- o) per il personale infermieristico il possesso del Master in Emergenza Urgenza Territoriale o area critica (che definisce l'Infermiere specialista nel suddetto ambito) deve rappresentare titolo preferenziale nella selezione per l'accesso al servizio stesso e per la realizzazione di eventuali graduatorie;
- p) l'accesso all'attività di centrale operativa non dovrebbe mai costituire il "primo ingresso" nel sistema ma essere il naturale sbocco evolutivo per il personale afferente dal servizio di emergenza territoriale;
- q) all'infermiere di Emergenza Territoriale, l'ente di appartenenza deve garantire il mantenimento delle competenze sopra citate attraverso la partecipazione a corsi di formazione specifici con cadenza di almeno 2 anni. Unitamente alle tradizionali modalità di aggiornamento sono da considerare sessioni di simulazione su HFPS (High Fidelity Patient Simulator) o con Real Sim. All'interno del sistema di Emergenza Territoriale deve essere prevista la figura dell'Infermiere Tutor. Tali professionisti andranno a costituire un team di infermieri esperti aventi come mandato la formazione, la valutazione delle competenze ed il tutoraggio degli infermieri neo-inseriti. E' auspicabile l'implementazione di un sistema di certificazione delle competenze, formali ed informali, che sia terzo rispetto ai servizi e che veda una partecipazione attiva, se non una gestione diretta, da parte di società scientifiche ed enti di certificazione;
- r) il personale medico che opera nel sistema di emergenza preospedaliero deve essere individuato, come di seguito tra le seguenti professionalità:
 - ✓ medico in possesso della specialità di Medicina d'Emergenza-Urgenza (MEU) o di Anestesia e Rianimazione, prioritariamente dipendente di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale;
 - ✓ medico non in possesso della specialità di Medicina d'Emergenza-Urgenza (MEU) o di Anestesia e Rianimazione ma stabilmente ed esclusivamente assegnato da oltre 5 anni (continuativi o cumulativi) alle UU. OO. di Pronto Soccorso, o ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), prioritariamente dipendente di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- s) il personale medico con anzianità di servizio superiore a cinque anni che, alla data di entrata in vigore della presente legge, operi nel sistema preospedaliero di emergenza e urgenza con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato / o determinato (con la stessa anzianità di servizio prevista di 5 anni) e che intenda continuare a operare nel sistema può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanità medica del Servizio sanitario



- nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione concorre a maturare anzianità ai fini dei predetti concorsi;
- t) al personale medico, di cui alla lettera t, è riservato, a domanda e previa selezione, l'accesso in sovrannumero ai percorsi di formazione specialistica in MCAU o in anestesia e rianimazione. Gli oneri connessi ai relativi percorsi di specializzazione sono a carico delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area sanità e dell'accordo collettivo nazionale relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale (MET) che preveda, nel limite dei livelli remunerativi fissati dal medesimo accordo, i criteri di transizione progressiva al CCNL dell'area sanità dei medici in convenzione a tempo indeterminato/determinato, nonché i termini temporali e le modalità di permanenza in forma residuale nel rapporto convenzionale;
- u) a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regime giuridico del personale medico nel sistema dell'emergenza e urgenza preospedaliero di cui al comma 3 è regolato dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità. L'accesso avviene mediante le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica e il personale medico è inquadrato come lavoratore dipendente presso un ente del Servizio sanitario nazionale.

Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore.

Da tempo la FIALS ha richiesto a Stato e Regioni la definizione a livello nazionale del profilo professionale dell'autista soccorritore in quanto in quasi tutte le regioni, con modalità e soluzioni diverse in base ai relativi contesti, i modelli organizzativi stavano introducendo nuovi compiti e funzioni, più avanzati rispetto a quelli classici dell'autista di ambulanza.

A questa evoluzione sostanziale nel pubblico faceva da contraltare quella analoga che stavano vivendo gli operatori delle organizzazioni di volontariato, sia i dipendenti che i volontari, largamente presenti nei servizi di emergenza e urgenza in tutta Italia; ne consegue che l'aspetto più problematico è la disomogeneità formativa e di impiego di queste figure sia nei servizi pubblici, che nei servizi privati in quanto le regioni, nel corso degli anni, avevano legiferato in merito ed avevano individuato profili professionali (soccorritore o altro), adattandoli ai loro scopi e ai loro bisogni; in molti casi questi provvedimenti sono stati impugnati dal ministero della salute, perché invadevano il campo d'azione delle professioni sanitarie, e conseguentemente bocciati.

Si ricorda che nel marzo 2011, dopo diversi serrati incontri tra Organizzazioni Sindacali di categoria della sanità, tra cui la FIALS ed il Ministero della Salute, quest'ultimo aveva inviato una proposta condivisa di accordo stato/regioni istitutivo della figura professionale dell'autista soccorritore, al Coordinamento delle regioni e delle province autonome al fine di poter iniziare l'iter istituzionale; questa proposta è stata osteggiata sia da alcune regioni interessate a continuare ad utilizzare servizi basati sul volontariato che da altre convinte che l'autista soccorritore potesse essere l'evoluzione dell'Operatore Socio Sanitario, con la conseguenza che l'iter è rimasto in sospeso per anni e si sia riavviata la discussione solo recentemente.

Nei disegni di legge presentati, si parla di un unico profilo, quello dell'autista soccorritore e resta dirimente la necessità di eliminare la possibilità di moltiplicare i profili delle figure coinvolte nei contesti dell'emergenza/urgenza, in base a diversi step formativi (Soccorritore – Soccorritore abilitato alla guida



dei mezzi di soccorso – Autista soccorritore); è nostra opinione che la formazione di questa strategica figura per il servizio di emergenza e urgenza debba essere di competenza regionale, erogata tramite enti di formazione accreditati o aziende sanitarie.

Nel quadro nazionale attuale, permane una forte disomogeneità di figure che attualmente prestano servizio nei nostri sistemi di emergenza utenza, sia su base volontaria che in regime di dipendenza: è una disomogeneità che richiede un intervento normativo specifico al fine di regolarizzare le varie situazioni per arrivare all'istituzione della figura unica e quindi l'istituzione di questa figura professionale può contribuire al salto di qualità al sistema di emergenza-urgenza e trasporto sanitario, in considerazione dell'importanza di garantire livelli qualitativi minimi ed uniformi su tutto il territorio nazionale. È per noi necessario concludere al più presto questo percorso per assicurare servizi di qualità, avendo sempre presente che il tema della gestione delle emergenze deve diventare oggetto stabile di un confronto complessivo, con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati alla vicenda, che miri a uniformare i livelli operativi nei vari territori e la gestione dei servizi con l'obiettivo di reinternalizzare progressivamente queste attività.

Inoltre proponiamo che:

- a) Al termine dell'iter formativo, all'allievo che supera le prove è rilasciata dalla Motorizzazione Civile di appartenenza, una patente di servizio specifica per la guida dei mezzi di soccorso (così come istituita in altri servizi di emergenza, ad esempio nei VVF)
- b) Per la figura dell'autista soccorritore sono più consoni gli obiettivi dei moduli didattici riportati nell'allegato A del DDL 179.