



SEGRETERIA NAZIONALE

La Riorganizzazione del sistema di Emergenza sanitaria Territoriale



Criticità rilievi e ipotesi normativa

21 settembre 2021

PREMESSA

Pur condividendo la necessità di riformare il sistema, i Disegni di Legge connessi al tema e prodotti negli ultimi tempi non sembrano tenere di tutte le variabili insite nel dispositivo di risposta all'emergenza sanitaria. Vi sono almeno tre punti che dovrebbero essere sviluppati:

Il sistema di emergenza sanitaria territoriale, al pari dei suoi omologhi, deve essere posto sotto il controllo ministeriale per acquisire valenza nazionale e uniformare la risposta sull'intero territorio italiano. La presenza del NUE 112 richiede la connessione sinergica tra Ministero dell'Interno e il Ministero della Salute.

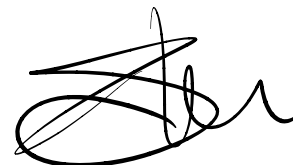
La riforma del modello organizzativo del 112, attraverso una Centrale Operativa Unica con all'interno tutte le componenti istituzionali dei soccorsi, cioè le forze di Polizia nelle rispettive declinazioni, il soccorso tecnico urgente dei Vigili del Fuoco e gli infermieri del sistema di emergenza sanitaria territoriale. Sul tema è necessario specificare che i report annuali pubblicati dalla European Emergency Number Association – EENA evidenziano come il modello interforze sia il più funzionale alle esigenze dei lavoratori. Nel marzo 2019, la XII Commissione Sanità del Senato ha disposto all'unanimità un'indagine sullo stato del NUE112 Italiano. Il report denominato UndiciDue@2019 e firmato dagli esperti designati dai principali sindacati di categoria, ha fotografato nel dettaglio i rilievi e le criticità del modello attuale. Nel novembre dello stesso anno il documento è stato inviato alla XII commissione Sanità e al Presidente della Conferenza Stato Regioni.¹

Al fine del raggiungimento degli obiettivi di legge occorre formalmente riconoscere le competenze accademiche degli infermieri anche attraverso una modifica della Legge 42/99 evitando così possibili contenziosi legati ad artificiose contrapposizioni professionali che vanno a scapito dell'assistenza sanitaria. I DDL non fanno cenno di valorizzazione delle professioni, nonostante esistano esempi di specializzazione accademica replicabili ovunque². Il campo proprio delle attività infermieristiche citato nell'articolo 1 della legge 42/99 è delimitato oggi dai Decreti istitutivi, dai profili

¹ Report UndiciDue@2019 –

² Master EUTI Emergenza e Urgenza Territoriale per Infermieri Università di Torino. Decreto Rettoriale 1567 del 19 maggio 2017

² Master EUTI Emergenza e Urgenza Territoriale per Infermieri Università di Torino. Decreto Rettoriale 1567 del 19 maggio 2017





SEGRETERIA NAZIONALE

professionali e dai rispettivi codici deontologici. Aggiungere un quarto pilastro alla legge, permetterebbe, specie nell'emergenza urgenza, di superare normativamente le difficoltà interpretative sul campo d'azione dei professionisti Infermieri, diversamente da quanto avvenuto ad esempio con le procedure riguardanti il ***See and Treat e il Fast Track***. Non esiste tuttora uno specifico riconoscimento per il personale dell'emergenza, nonostante l'operatività garantita in condizioni estreme, sia diversa da quella svolta all'interno di una struttura ospedaliera o di una RSA.

LA RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE

Se è complicato definire una gestione centrale delle Aziende Ospedaliere, lo è molto meno ipotizzare una competenza nazionale per il territorio, in particolar modo dopo l'emergenza pandemica. Una vera riforma deve orientarsi alla creazione di un sistema di emergenza sanitaria ministeriale, come previsto al Testo Unico - DPR 27 marzo 1992, che già affermava una competenza dello Stato. Disattendere questo principio ha creato ventuno modelli diversi, decretando la fine del Sistema Sanitario Nazionale, ma pare che nessuno dei Disegni di Legge Presentati preveda un'inversione.

Occorrerebbe ragionare su aree unite per affinità, invece di inserire una Centrale Operativa per ogni provincia; si badi bene, non un aumento della flotta di soccorso, ma il ripristino di strutture la cui attività di ventiquattrore è paragonabile a quanto svolto da altre in quindici minuti, moltiplicando incarichi dirigenziali ingiustificati e relativi costi del sistema.

Ad esempio nel DDL 1715, a un elevato livello di dettaglio nelle competenze dei dirigenti medici, non si accompagna altrettanta precisione per le attività affidate ad un generico "personale" e questa non parrebbe una semplice dimenticanza. Il Disegno di Legge non riconosce gli infermieri, nonostante rappresentino il primo contatto di emergenza per il cittadino, erogano istruzioni salvavita, gestiscono le missioni nelle Centrali Operative, agiscono sulle ambulanze e sugli elicotteri.

L'articolo 4 del DPR 27/3/92 affida all'infermiere la responsabilità operativa del sistema, le modifiche legislative sopravvenute (42/99), ne hanno ridisegnato il campo d'azione, esonerando il medico dal controllo su un altro professionista non più ausiliario ma autonomo. Anche alla luce di quanto stabilito dalla Cassazione³ desta quindi

³ Cassazione IV Sezione – Sentenza 2541/2016

sorpresa il quarto articolo del Disegno di Legge che attribuisce ad un medico la supervisione di tutte le attività della Centrale Operativa, compresa la formazione del personale.

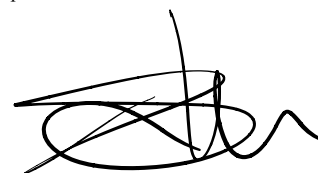
Un altro punto critico sono i tempi, Polizia, Carabinieri e Vigili del Fuoco non hanno sentito il bisogno di definire quanto impiegavano ad arrivare sulla scena, mentre lo ha fatto l'emergenza sanitaria, favorendo contenziosi infiniti. Sul tema è intervenuto il Ministero della Salute attraverso la pubblicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, fissando un tempo medio – *allarme-target* – (item 21 delle Griglie LEA) di diciotto minuti. I flussi trasmessi sono comunque discutibili perché è impossibile non tenere conto dell'introduzione del NUE 112 che ha comportato un passaggio telefonico in più nella catena dei soccorsi. Un miglioramento potrebbe ottenersi incrementando i mezzi di soccorso, e variando l'attuale organizzazione, ma il dibattito sul tema, nonostante le mancanze evidenti, non è ritenuto prioritario; siamo ancora lontani dall'idea di scorporare gli equipaggi di soccorso collocando gli infermieri sulle ambulanze e i medici sulle automediche.

Altri interrogativi suscitati dall'analisi dei vari DDL prodotti, riguardano i meccanismi di conseguimento dell'idoneità all'emergenza per il personale, o come andrebbe a declinarsi la formazione; i tempi non consentono più lo sperpero di risorse pubbliche in corsi autoreferenziali o erogati non si sa bene da chi.

Sempre il DDL 1715 (ma non solo) resuscita il numero “118” di fatto soppresso dalla Legge 124/2015 con l'Istituzione del Numero Unico Europeo di Emergenza 112; non c'è traccia di alcun miglioramento organizzativo se non di un ripristino “ex ante”, senza indicare come dovrebbero essere riconvertite le Centrali Uniche di Risposta presenti sul territorio.

Esiste un innegabile problema di abuso del sistema che nella pratica quotidiana sopperisce all'attività di quella medicina territoriale di cui tutti oggi invocano il potenziamento senza sapere da che parte cominciare. Ad esempio la città metropolitana di Torino, nonostante l'attivazione del Numero Europeo Armonizzato - NEA 116117, nel 2021 conta un maggior numero di missioni di soccorso rispetto allo stesso periodo del 2020, quando il servizio non esisteva.⁴ Non sappiamo se quanto vissuto dal nostro paese abbia fatto definitivamente accantonare l'idea di sostituire il servizio di Continuità Assistenziale nelle ore notturne con quello di emergenza sanitaria, certo è che a dispetto

⁴ Dal 1 gennaio al 20 settembre 2021 si contano 145.794 missioni effettuate contro le 142.673 dello stesso periodo 2020.





SEGRETERIA NAZIONALE

dei proclami non si profilano quei cambiamenti che una catastrofe di proporzioni mondiali avrebbe suggerito. Ci sentiamo per queste ragioni, di ipotizzare un percorso normativo per una base di lavoro e di discussione, contemplando quelle variabili che una visione multidisciplinare dovrebbe possedere e che consideri nella giusta misura tutti gli attori coinvolti a vario titolo.

IPOTESI NORMATIVA

Riforma del Sistema di Soccorso Pubblico e del dispositivo di risposta all'Emergenza Sanitaria Territoriale con la riorganizzazione del sistema delle cure primarie.

Premesso che:

- I pilastri del Soccorso Pubblico Nazionale si esprimono nelle funzioni assolve dalle Forze di Polizia, dal Soccorso Tecnico Urgente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e dal dispositivo di risposta all'Emergenza Sanitaria, attualmente organizzata a livello regionale.
- Il contatto con gli enti del Soccorso Pubblico avviene attraverso il Numero Unico Europeo di Emergenza 112 per almeno la metà della popolazione italiana, per gli altri si ricorre alla numerazione tradizionale: 112, 113 e 117 per le Forze di Polizia, 115 per il Corpo Nazionale di Vigili del Fuoco, 118 per il Sistema di Emergenza Sanitaria. Altri numeri convogliano sul NUE112: Guardia Costiera (1530), Polizie Locali e/o Municipali.
- La denominazione utilizzata per diversificare le Centrali Operative è Public Safety Answering Point, distinti in PSAP1, facenti capo al Numero Unico Europeo di Emergenza 112 e PSAP2, per le Centrali Operative degli enti del Soccorso Pubblico.
- La nascita del Numero Unico Europeo per le Emergenze risale alla Direttiva n. 91/396/CEE. Le modifiche successive hanno recepito la successiva 2009/136/EU, con il Dlgs 70 del 2012, che asserisce: *“le chiamate al Numero Unico Europeo di Emergenza “112” ricevono risposte e trattamento con la stessa rapidità ed efficacia riservate alle chiamate verso i numeri di emergenza nazionali”*.
- L'articolo 8 della Legge 124 del 2015 (c.d. Madia), ha infine disposto l'*istituzione del Numero Unico Europeo di Emergenza 112 su tutto il territorio nazionale con Centrali Operative da realizzare in ambito regionale, secondo le modalità definite con i protocolli d'intesa adottati ai sensi*

dell'articolo 75 bis comma 3, del codice di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259. Il possibile ricorso *anche* ai centri unici di risposta, non pone alcun vincolo sul personale da impiegare all'interno delle strutture né sul modello organizzativo da adottare. Il successivo comma 3 dell'articolo 55, del Dlgs 70/2012, richiamato dal Dlgs 177/2016, contempla l'utilizzo di strutture già presenti.

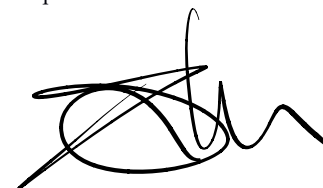
- Il rapporto redatto dalla Conferenza Stato Regioni e Province Autonome nel 2018, ha annoverato l'organizzazione del 112 NUE tra le problematiche del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare l'interposizione di una struttura tra l'utenza e le Centrali Operative esistenti si è rivelata critica per l'allungamento dei tempi, per la mancanza di un contatto diretto con i professionisti e gli specialisti dei PSAP2, per le difficoltà di interconnessione tra gli stessi e per i costi determinati dall'inserimento di ulteriori sovrastrutture.

- Il Decreto Ministeriale in materia di telecomunicazioni del 27 aprile 2006 (GU serie generale n°191), ha imposto il 112 come unico numero di emergenza; la misura di reindirizzamento automatico per chi componeva i numeri tradizionali, ha determinato un aumento di richieste verso l'Arma dei Carabinieri, fino ad allora detentori del numero 112, con importanti ricadute sull'accesso agli altri servizi, non più direttamente raggiungibili.

- Lo smistamento delle chiamate di emergenza pervenute alle Centrali Uniche di Risposta – CUR, o PSAP di primo livello del 112, avviene di norma verso i PSAP di secondo livello, gestiti dalle Forze di Polizia, dal Soccorso Tecnico Urgente e dal dispositivo di risposta all'Emergenza Sanitaria con un doppio passaggio telefonico.

- Nell'ambito della triade del Soccorso Pubblico, il sistema di Emergenza Sanitaria territoriale è articolato in una Centrale Operativa e nella rete territoriale. La Centrale Operativa Sanitaria, di seguito denominata PSAP2, processa le richieste di soccorso provenienti dai cittadini e dagli altri enti che concorrono al Soccorso Pubblico; invia i mezzi di soccorso, coordina e gestisce gli interventi sul campo e l'eventuale ospedalizzazione.

- I PSAP2 Sanitari sono presidiati da infermieri a cui è affidata (Atto Intesa Stato Regioni 1991 e DPR 27 Marzo 1992), la responsabilità operativa del sistema, avvalendosi, se necessario, di competenze mediche di appoggio, di figure tecniche con funzioni logistiche, amministrative, tecnologiche, informatiche e di telecomunicazioni. Tutto il personale deve essere in possesso dei requisiti scolastici professionali e/o accademici abilitanti. In alcune regioni è avvenuta la sostituzione di personale





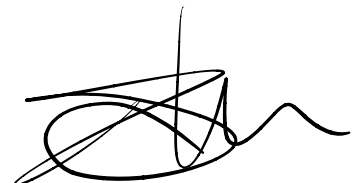
SEGRETERIA NAZIONALE

infermieristico con personale non sanitario.

- I mezzi di soccorso dislocati sul territorio, in relazione al tipo e alle caratteristiche degli stessi, prevedono l'impiego di personale medico, infermieristico e tecnico in regime di dipendenza o proveniente dal volontariato. Su quest'ultimo settore è stato finora impossibile esercitare un controllo sui requisiti di scolarità, formazione e selezione nell'ambito del sistema di emergenza.
- Il Dispositivo di risposta all'Emergenza Sanitaria Territoriale è stato istituito con l'Atto di Indirizzo e Coordinamento allo scopo di uniformare le prestazioni di Emergenza Sanitaria su tutto il territorio nazionale, prevedendo, all'articolo 3, l'attivazione delle Centrali Operative organizzate *preferibilmente* su base provinciale.
- Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 ha dedicato ampio spazio alla ridefinizione della rete dell'emergenza e dell'urgenza, riducendo il numero di PSAP2 sanitari in virtù dell'annessione di quei territori non motivati a detenere servizi costosi a bassi rendimenti. La ridefinizione era già prevista nel già citato Atto d'Intesa Stato-Regioni del 1996 (Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria).
- Il mutamento sociale ed economico ha registrato nel tempo l'aumento di richieste improprie ai servizi di emergenza. Una strada percorribile passa attraverso l'istituzione del 116117, il Numero Europeo a valenza di armonizzazione sociale per patologie a bassa complessità assistenziale e di cura. Questi centri operativi rappresenterebbero il fulcro della riorganizzazione della medicina territoriale e, se opportunamente presidiati da medici di base, di continuità assistenziale, personale infermieristico e tecnico, garantirebbero una risposta specializzata attiva 24/7. Questa misura potrebbe azzerare la necessità di call center nazionali e locali (numeri verdi) di dubbia utilità in caso di sovrafflusso, come accaduto nell'emergenza COVID19.
- Altre misure utili sono la realizzazione dei Centri di Cura Primari per la somministrazione di terapie, esami diagnostici in situazioni di patologie minori a beneficio dei pazienti e delle strutture deputate al trattamento definitivo, la ricognizione della tecnologia, della strumentazione e dei mezzi effettivamente occorrenti. Le associazioni di volontariato evadono il fabbisogno dei mezzi necessari al trasporto del personale e dei pazienti.
- La riconfigurazione dei mezzi di soccorso sanitario opportunamente declinati in: elisoccorso, auto mediche, mezzi di soccorso di base e mezzi di soccorso avanzato (anche speciali, multidisciplinari, interforze), ottenuti attraverso lo sdoppiamento delle

equipe sanitarie ove presenti, come ad esempio l'impiego di un sanitario a bordo degli elicotteri e dei mezzi terrestri del Soccorso Tecnico Urgente, determinando la riduzione delle esternalizzazioni e aumentando l'autosufficienza trasversale.

- È necessaria la definizione del tipo, del numero di risorse umane e delle professionalità richieste attraverso un'analisi tecnica diversificata in relazione a determinate aree territoriali; il dimensionamento ottimale per una città metropolitana segue parametri diversi rispetto ad un'area decentrata, con minor densità abitativa e con tempi di percorrenza ospedaliera più lunghi in rapporto alla realtà territoriale di competenza, ai tempi di percorrenza e alla popolazione servita.
- L'ipotesi normativa rimodula il Sistema di Soccorso Sanitario, precorritrice alla trasformazione del Soccorso Pubblico in "*Sistema Integrato di Sicurezza Interforze 112 Italia - SISI 112 Italia*", partendo dalla legge n. 121 del 1 Aprile 1981, che attribuisce alle Questure la competenza di coordinamento per il soccorso pubblico e prevede (articolo 21) sale operative comuni, precorrendo notevolmente i tempi. Questa funzione è affidata al Ministro dell'Interno in virtù dei poteri di coordinamento che gli sono propri: anche il Patto per la Sicurezza siglato tra il Ministero dell'Interno e l'ANCI nel 2007 è del medesimo tenore.
- Una particolare attenzione al dispositivo di risposta sanitaria territoriale va modulata sulle esigenze del trattamento delle urgenze-emergenze sanitarie. Il sistema deve svolgere la propria attività nell'ambito del Servizio Sanitario, garantendo l'uniformità organizzativa e operativa a livello nazionale, definendo il ruolo delle diverse componenti, le specifiche responsabilità, nonché le interconnessioni funzionali e operative, mediante una trasformazione degli Enti di Soccorso Pubblico in una triade di Protezione Strategica Civile unica (Forze di Polizia, Soccorso Tecnico Urgente e Dispositivo di Emergenza Sanitaria Territoriale).





SEGRETERIA NAZIONALE

Capo I OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1. *(Oggetto e finalità del Soccorso Pubblico Territoriale).*

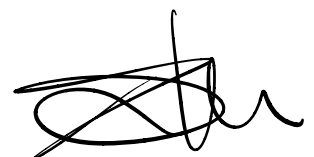
1. L'attività di Soccorso Pubblico, declinata nelle funzioni assolte dalle Forze di Polizia, dal Soccorso Tecnico Urgente e dal Sistema di risposta all'Emergenza Sanitaria, costituisce competenza esclusiva dello Stato; il dispositivo di risposta al Sistema di Emergenza Sanitaria territoriale opera secondo Linee di indirizzo emanate dal Ministero della Salute (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA), per garantire, prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali, tali da compromettere lo stato di salute. L'attività delle equipe territoriali è esplicitata nel trattamento sanitario di emergenza sul campo.
2. In ciascuna Regione è istituito il dispositivo di risposta al Sistema di Soccorso Pubblico facente capo al Numero Unico Europeo 112, secondo quanto previsto dalle Direttive Europee e dalle norme nazionali. Il dispositivo del Soccorso Pubblico territoriale garantisce prestazioni immediate a coloro che presentano condizioni lesive per lo stato di salute, rischi per la sicurezza, l'incolumità personale e collettiva.
3. È condizione irrinunciabile che le chiamate di emergenza ricevano risposta con la stessa rapidità ed efficacia garantita dalla numerazione tradizionale ove ancora attivata o precedentemente in vigore. L'accesso ai servizi di emergenza degli utenti portatori di disabilità deve essere equivalente a quello degli altri utenti, attraverso l'implementazione, lo sviluppo delle tecnologie e la conoscenza degli idonei linguaggi.
4. Al Ministero dell'Interno, di concerto con il Ministero della Salute e dello Sviluppo Economico sono attribuiti poteri di indirizzo e coordinamento per l'attuazione delle iniziative volte alla piena realizzazione e diffusione del Numero Unico Europeo d'Emergenza 112 e dell'intrinseco modello organizzativo Interforze.
5. Le Centrali Uniche di Risposta del Numero Unico Europeo di Emergenza 112, ove attivate in prossimità delle Città Metropolitane, devono prevedere al loro interno un assetto Interforze con le funzioni delle Forze di Polizia, del Soccorso Tecnico Urgente e dell'Emergenza Sanitaria; dette funzioni sono assolte dagli specialisti e dai professionisti del settore che già operano negli attuali PSAP2. Nel resto del territorio nazionale, le Centrali del NUE 112 Interforze, devono avere competenza territoriale di non oltre e non inferiore a 1.500.000 abitanti censiti, in ottemperanza alla revisione territoriale dello Stato. Ogni ente che afferisce alla struttura interforze è dotato di una propria organizzazione del lavoro, mentre il coordinamento del Soccorso Pubblico compete al Questore.

6. Per l'attuazione del comma 5, è irrinunciabile e preliminare l'analisi quantitativa e qualitativa delle strutture operative territoriali, delle strutture civili di Comando e Controllo della Sicurezza, Emergenza e Soccorso, Protezione Strategica, delle strutture accademiche e di formazione professionale per gli aspetti edilizi, architettonici, ergonomici, tecnologici, di salubrità, sicurezza ogni tempo, funzionalità, operatività, dotazioni, risorse umane professionali.

Capo II MISURE DI CONTRASTO AL RICORSO IMPROPRIO AL NUE 112

Art. 2. (Prevenzione e Ricorso a Servizi non Urgenti).

1. Il Ministero dell'Interno, della Salute e dello Sviluppo Economico attuano le misure per la più ampia informazione alla popolazione sul corretto utilizzo del Sistema di Soccorso Pubblico e per contrastarne il ricorso improprio, attraverso politiche educative, sociali e sanzionatorie (disabilitazione temporanea o definitiva dell'utenza telefonica, sanzione amministrativa e penale). Compete alle Prefetture attivare un sistema pubblico di monitoraggio, verifica e revisione qualità del servizio telesoccorso e del servizio E-call. Alle Regioni compete l'organizzazione dei servizi facenti capo ai numeri armonizzati europei a valenza sociale, per cui è previsto il ricorso in situazioni non urgenti e a bassa complessità assistenziale e di cura. Provvedono affinché gli utenti finali possano avere l'accesso più ampio possibile ai servizi forniti nell'arco della numerazione a valenza sociale. Dette misure devono essere rivolte anche per equiparare l'accesso agli utenti portatori di disabilità mediante l'implementazione tecnologica e la conoscenza dei relativi linguaggi. Queste strutture sono attive continuativamente e raccordate con i Medici di Famiglia, con la Continuità Assistenziale, con i Centri di Cura Primari, con le strutture dei servizi Socio-Assistenziali territoriali.
2. Le Centrali Operative del Numero Unico Europeo 116117 sono presidiate da personale medico, infermieristico e tecnico di supporto in possesso dei requisiti scolastici professionali o accademici abilitanti.
3. Per il personale di cui al comma 2 costituisce titolo di valorizzazione, il possesso della Certificazione riconosciuta dal Miur inerente la padronanza di almeno una lingua straniera, con priorità agli idiomi Inglese, Francese, Tedesco e Spagnolo. Altresì è richiesta la conoscenza di base dei linguaggi utilizzabili per interloquire con i soggetti portatori di disabilità fonetiche, visive e uditive. La formazione è erogata durante il percorso accademico e professionale.





SEGRETERIA NAZIONALE

4. Alle regioni compete la realizzazione dei Centri di Cura Primari presidiati dai professionisti sanitari per la somministrazione di terapie ed esami diagnostici in situazioni di patologie minori.
5. Spetta esclusivamente ai professionisti e agli specialisti del Soccorso Pubblico l'educazione e l'informazione civica al buon uso del sistema, alla prevenzione delle situazioni avverse e l'educazione alla sicurezza e al soccorso civico, mediante la partecipazione e l'organizzazione diretta a eventi pubblici nei Comuni del territorio nazionale.

Capo III STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Art. 3. (Struttura del Sistema di Emergenza Sanitaria Nazionale).

1. Il dispositivo di risposta all'Emergenza Sanitaria territoriale è una struttura complessa a valenza pubblica articolata in due strutture semplici: una Centrale Operativa o PSAP2, la cui funzione è inserita in una Centrale Interforze, e una rete territoriale con le risorse umane e professionali ad esso assegnate.
2. Il sistema di Emergenza Sanitaria è competente per le emergenze veterinarie, ambientali, per l'igiene pubblica, osservatore e collettore nel coordinamento delle attività di trapianto d'organo anche attraverso il ricorso alle risorse degli altri enti di Soccorso Pubblico.
3. Le strutture ubicate nei capoluoghi di provincia garantiscono il collegamento tra il Dipartimento Nazionale della Protezione Civile e le altre eventuali strutture regionali e interforze.
4. Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca, emanano le linee di indirizzo per garantire, con carattere di appropriatezza e di massima tempestività, il soccorso professionale nelle situazioni di emergenza e urgenza sanitaria. Il Ministro della Salute può avvalersi del contributo delle Società Scientifiche accreditate secondo le norme vigenti, cui spetta la ricerca e l'approfondimento sulle tematiche affidate dall'indirizzo politico di Governo.
5. Alla direzione della struttura complessa possono accedere, con le modalità previste dalla vigente normativa per il conferimento degli incarichi quinquennali della dirigenza delle professioni sanitarie infermieristiche e della dirigenza medica, i dirigenti infermieristici e i dirigenti medici muniti di specializzazione nei settori attinenti quali medicina legale, medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, anestesia e rianimazione e titoli equipollenti. È richiesta un'esperienza lavorativa decennale svolta nel settore dell'Area

Critica e dell’Emergenza.

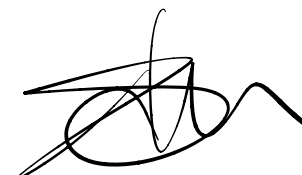
6. Alla direzione della Centrale Operativa Sanitaria accedono, con le modalità previste dalla vigente normativa per il conferimento degli incarichi quinquennali della dirigenza, i dirigenti infermieristici, aventi i requisiti esposti al comma 5.

Art. 4. (Organizzazione territoriale dei PSAP2).

1. I PSAP2 Sanitari integrati nelle Centrali Operative Interforze, sono organizzati secondo quanto indicato all’art. 1 comma 5. Tali strutture devono essere realizzate con i più alti, durevoli ed efficienti requisiti strutturali, ergonomici, tecnologici disponibili.
2. Il PSAP2 Sanitario è presidiato da infermieri a cui è affidata la responsabilità operativa del sistema, avvalendosi se necessario di competenze mediche di appoggio e di figure tecniche e amministrative con funzioni logistiche, informatiche, di telecomunicazioni, amministrative in possesso dei requisiti scolastici, accademici e abilitanti specifici.
3. I professionisti che presidiano Il PSAP2 Sanitario processano le richieste di soccorso provenienti dai cittadini e dagli altri enti che concorrono al soccorso pubblico secondo normativa vigente (XI mattone del Sistema Sanitario Nazionale); supervisionano l’invio dei mezzi di soccorso, coordinano e gestiscono gli interventi sul campo e dispongono l’ospedalizzazione secondo parametri di appropriatezza.
4. Per il personale di cui al comma 2, costituisce titolo di valorizzazione, il possesso della Certificazione riconosciuta dal Miur inerente la padronanza di almeno una lingua straniera, con priorità agli idiomi Inglese, Francese, Tedesco e Spagnolo. Altresì è richiesta la conoscenza di base dei linguaggi utilizzabili per interloquire con i soggetti portatori di disabilità fonetiche, visive e uditive. La formazione è erogata durante il percorso accademico e professionale.

Art. 5. (Mezzi di soccorso).

1. Nel rispetto delle patologie e delle situazioni tempo dipendenti il numero di postazioni e la tipologia dei mezzi di soccorso sono stabilite dalla programmazione sovra provinciale in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza nel più rapido tempo possibile. Fatte salve le indicazioni del Ministero della Salute il calcolo del fabbisogno, validato dalla Conferenza Stato Regioni è parametrato in base all’integrazione delle isocrone sottese alle aree individuate, al controllo del territorio e ai meccanismi di prevenzione finalizzati a contrarre le fasi della retta temporale del





SEGRETERIA NAZIONALE

soccorso, alla presenza e alla comprovata attività dei Punti di Primo Intervento e dei Centri Hub & Spoke.

2. Il personale sanitario operante a bordo dei mezzi di soccorso a pala rotante è a tutti gli effetti membro dell'equipaggio. Tali mezzi avranno base operativa presso gli scali aeroportuali o presso esistenti siti strategici individuati dalle amministrazioni coinvolte.
3. Sono previste équipe congiunte costituite da personale infermieristico e da personale appartenente al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco da impiegare secondo specifici accordi tra le amministrazioni, sui mezzi di soccorso terrestri (anche speciali) e sui mezzi a pala rotante nelle condizioni ordinarie e per gli eventi complessi anche in sede extra regionale. La base operativa è identificata nelle sedi istituzionali degli Enti del Soccorso Pubblico (stazioni, comandi, scali aeroportuali e portuali, edifici strategici già presidiati), cui andranno realizzati gli interventi di cui al comma 6 art.1.
4. I mezzi di Soccorso Sanitario, a regime, saranno acquisiti dalla Struttura Semplice Territoriale e da essa gestiti e mantenuti mediante trasversalità con gli enti del Soccorso Pubblico. L'acquisto seguirà le procedure in essere anche mediante forniture comuni agli enti.
5. I mezzi di Soccorso Sanitario sono identificati con il colore Giallo secondo i parametri stabiliti dallo standard EN 1789⁵ con apposta esclusivamente la scritta "**Numero Unico Emergenza112**". Il personale è dotato di un'unica livrea con i relativi accessori e la manutenzione (in comune con altri enti del Soccorso Pubblico).

Art. 6. (Status giuridico, previdenziale e salute del personale).

1. Il personale sanitario operante nel servizio di Emergenza Sanitaria territoriale, nell'esercizio delle sue funzioni, riveste il ruolo di Pubblico Ufficiale in virtù dei poteri autoritativi e certificativi propri della specifica attività. Lo status si estende anche al personale sanitario ospedaliero.
2. Gli autisti soccorritori, i soccorritori, il personale amministrativo e tecnico di supporto nell'esercizio delle loro funzioni rivestono qualifica di incaricato di pubblico servizio, dipendono giuridicamente dalle Regioni che ne determinano periodicamente il

⁵ Proposta di Legge d'iniziativa del Deputato LA STARZA 25 maggio 2004

fabbisogno.

3. Il personale è sottoposto con cadenza biennale ad un monitoraggio delle condizioni di salute anche al fine del riconoscimento dell'attività di lavoro usurante.
4. Il termine anagrafico di operatività sul campo è di 55 anni di età. Da questo termine fino all'età pensionabile, il personale è esoneroato su richiesta dal turno notturno e deve essere assegnato ad altro incarico meno gravoso all'interno del sistema di Soccorso Pubblico (docenza, area organizzativa, settore logistico o nella rete di assistenza territoriale nell'ambito del sistema 116117).
5. La tutela della salute professionale per tutti i professionisti sarà presa in carico dai rispettivi datori di lavoro, sia per la prevenzione e il monitoraggio delle condizioni psico-fisiche, sia per le segnalazioni a seguito di infortuni o malattie professionali per cause di servizio. Le idoneità sanitarie, l'assistenza sanitaria ordinaria, d'urgenza ed emergenza e riabilitativa saranno erogate dalle strutture e dai professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, con cui andranno allineate necessità e competenze.

Art. 7. (Formazione del personale).

1. A decorrere dal.../.../... il personale infermieristico opererà nell'ambito dell'emergenza territoriale, previo conseguimento dei requisiti accademici di cui al Decreto Rettorale n. 1567 del 19 maggio 2017, unitamente a una anzianità di servizio lavorativo non inferiore a cinque anni di servizio, di cui tre svolti in Area Critica. Per il personale proveniente da altri servizi, privo dei requisiti accademici o per quello operante nel servizio da meno di dieci anni provvederà la Regione attraverso i fondi stanziati dalla programmazione (piano delle attività annuale) integrando i moduli formativi mancanti, attraverso specifiche convenzioni con L'Università e le necessarie garanzie richieste dall'amministrazione del sistema di emergenza territoriale. Il personale con anzianità di servizio superiore ai dieci anni consegue l'equipollenza del titolo di specializzazione. La compartecipazione alla spesa per la formazione da parte dell'Amministrazione è subordinata ai vincoli di garanzia richiesti al singolo professionista.
2. Il personale medico opererà nel sistema di emergenza sanitaria territoriale se in possesso di specializzazione in medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, in anestesia e rianimazione e titoli equipollenti.
3. La formazione per il personale tecnico soccorritore è erogata dai Centri di Formazione Professionale – CFP, (Diploma di Scuola Secondaria Superiore quinquennale per





SEGRETERIA NAZIONALE

Soccorritori Professionali), individuati dalle amministrazioni regionali, permettendo in tal modo la creazione del profilo professionale del Soccorritore. Per il reclutamento del personale è possibile attingere dalle altre amministrazioni dello Stato (Soccorso Tecnico Urgente).

4. L'erogazione della formazione inerente i linguaggi utilizzabile per interloquire con i soggetti aventi disabilità fonetico-uditive è compresa nel percorso di formazione unitamente alla formazione psico-fisica e attitudinale.
5. Come previsto dal Decreto Rettorale 1567/2017 la formazione per tutto il personale dovrà essere erogata in modalità multidisciplinare (Sicurezza, Soccorso Tecnico Urgente e Soccorso Sanitario).
6. Ogni cinque anni tutto il personale dovrà frequentare un percorso formativo Post Diploma o Post Laurea di aggiornamento obbligatorio (Scienze del Soccorso Pubblico), comprensivo di un retraining psicofisico e attitudinale da svolgere in orario di lavoro ordinario.

Art. 8. (Gestione per la qualità).

1. Il modello organizzativo del Sistema deve seguire la gestione per la qualità dei servizi prestati e delle attività svolte, con particolare riferimento alla gestione del rischio, (riducendo maggiormente la produzione di regolamenti, procedure, istruzioni operative utilizzando le fonti normative ulteriormente riducibili), alla formazione accademica e professionale del personale sanitario, alla comunicazione e divulgazione della cultura dell'emergenza, nonché alla gestione dei soccorsi speciali nell'ambito delle squadre miste per lo Urban Search and Rescue, negli eventi complessi e nelle emergenze catastrofiche.

Capo IV COMITATI REGIONALI DEL SISTEMA

Art. 9. (Centrali di Coordinamento Interforze).

1. Presso la Prefettura UTG delle città metropolitane è istituito un tavolo tecnico a valenza strategica permanente costituito da due professionisti o specialisti operativi nei PSAP Interforze per la risoluzione di problemi di particolare difficoltà.
2. La designazione del personale che presidia il tavolo tecnico permanente compete al responsabile dei singoli PSAP2 anche se questi convogliano in una struttura interforze.

Capo V DISPOSIZIONI CONCLUSIVE

Art. 10. (Commissioni consultive).

1. Il Governo istituisce due commissioni consultive di durata triennale non rinnovabile, una per la riconfigurazione del modello organizzativo NUE112 cui partecipano i tre enti del Soccorso Pubblico, la seconda per la riorganizzazione del dispositivo di risposta all’Emergenza Sanitaria. In entrambe, due terzi dei membri, devono avere ruoli operativi ed appartenere in egual misura alla FNOPI (Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche) e alla FNOMCEO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi E Odontoiatri).
2. Il presente atto è esteso anche agli enti della Pubblica Sicurezza e del Soccorso Tecnico Urgente, laddove le disposizioni contenute possono essere applicate, ai fini di una integrazione maggiore nel “*Sistema Integrato di Sicurezza Interforze 112 Italia - SISI 112 Italia*”.
3. Il presente atto determina l’abrogazione della Commissione Consultiva ex 75 bis.

Il Vice Segretario Nazionale NurSind
Salvatore Vaccaro

