

DPR 27 marzo 1992

Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni
per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 - Serie Generale

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, che detta norme in materia di assistenza sanitaria per l'anno 1992;

Visto il comma 1 della richiamata norma che autorizza il Governo ad emanare un atto di indirizzo e di coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sulla base dei limiti e principi di cui alle successive lettere a), b), c), d) ed e);

Vista la deliberazione del CIPE in data 3 agosto 1990 che ha disciplinato, su conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, le priorità degli interventi relativi all'emergenza-urgenza sanitaria ed al rischio anestesiologicalo anche utilizzando con vincolo di destinazione le risorse in conto capitale del Fondo sanitario nazionale;

Visto l'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 25 gennaio 1991, n. 41;

Visto il documento tecnico di intesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 gennaio 1992;

Visto il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità in data 12 febbraio 1992;

Ritenuto che, nelle more della definizione degli standard organizzativi e dei costi unitari dei livelli di assistenza uniformi di cui all'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, la Conferenza Stato-regioni in data 7 febbraio 1992 ha definito l'intesa sul livello uniforme di assistenza del sistema dell'emergenza sanitaria;

Ritenuto che le spese in conto capitale per l'organizzazione del livello assistenziale fanno carico agli stanziamenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nonché agli stanziamenti in conto capitale del Fondo sanitario nazionale, mentre quelle correnti fanno carico al Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nella misura che sarà determinata ai sensi del combinato disposto della norma di cui ai commi 1 e 16 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 marzo 1992, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per le riforme istituzionali e gli affari regionali;

decreta:

E' approvato il seguente atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di emergenza sanitaria.

Articolo 1

Il livello assistenziale di emergenza sanitaria

1. Ai sensi del comma 1 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il livello assistenziale di emergenza sanitaria da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale è costituito dal complesso dei servizi e delle prestazioni di cui agli articoli successivi.

Articolo 2

Il sistema di emergenza sanitaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano organizzano le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su:

- a) il sistema di allarme sanitario;
- b) il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

Articolo 3

Il sistema di allarme sanitario

1. Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale "118". Alla centrale operativa affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza

sanitaria. La centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

2. Le centrali operative della rete regionale devono essere compatibili tra loro e con quelle delle altre regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi per consentire la gestione del traffico interregionale. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, sono definiti gli standard di comunicazione e di servizio.

3. L'attivazione della centrale operativa comporta il superamento degli altri numeri di emergenza sanitaria di enti, associazioni e servizi delle unità sanitarie locali nell'ambito territoriale di riferimento, anche mediante convogliamento automatico delle chiamate sulla centrale operativa del "118".

4. Le centrali operative sono organizzate, di norma su base provinciale. In ogni caso nelle aree metropolitane, dove possono all'occorrenza sussistere più centrali operative, è necessario assicurare il coordinamento tra di esse.

5. Le centrali operative assicurano i radiocollegamenti con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso coordinati e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio di riferimento, su frequenze dedicate e riservate al servizio sanitario nazionale, definite con il decreto di cui al comma 2.

6. Il dimensionamento e i contenuti tecnologici delle centrali operative sono definiti sulla base del documento approvato dalla Conferenza Stato - Regioni in data 14 gennaio 1992, che viene allegato al presente atto.

Articolo 4

Competenze e responsabilità nelle centrali operative

1. La responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita nominativamente, anche a rotazione, a un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto corresponsabile, preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nella medesima area dell'emergenza.

2. La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili e sono assicurate nominativamente anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza e da medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 25 gennaio 1991, n. 41. La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.

Articolo 5

Disciplina delle attività

1. Gli interventi di emergenza sono classificati con appositi codici. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, stabilisce criteri e requisiti cui debbono attenersi le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella definizione di tale codificazione, anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti interessati.

2. L'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale. Il Governo determina gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso ed i requisiti professionali del personale di bordo, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

3. Ai fini dell'attività di cui al precedente comma, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria, sulla base di uno schema di convenzione definito dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della sanità.

Articolo 6

Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, in materia di accettazione sanitaria, il sistema di emergenza sanitaria assicura:

- a) il servizio di pronto soccorso;
- b) il dipartimento di emergenza.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano gli ospedali sedi di pronto soccorso e

di dipartimento di emergenza.

Articolo 7

Le funzioni di pronto soccorso

1. L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.
2. La responsabilità delle attività del pronto soccorso e il collegamento con le specialità di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un medico con qualifica non inferiore ad aiuto, con documentata esperienza nel settore.

Articolo 8

Le funzioni del dipartimento di emergenza

1. Il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche:
 - a) interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici;
 - b) osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria.
2. Al dipartimento di emergenza sono assicurate le prestazioni analitiche, strumentali e di immunoematologia per l'arco delle 24 ore giornaliere.
3. La responsabilità delle attività del dipartimento e il coordinamento con le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un primario medico, chirurgo o rianimatore, con documentata esperienza nel settore.

Articolo 9

Le funzioni regionali

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche a stralcio del Piano sanitario regionale, determinano, entro centoventi giorni, dalla data di pubblicazione del presente atto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, la ristrutturazione del sistema di emergenza sanitaria, con riferimento alle indicazioni del parere tecnico fornito dal Consiglio superiore di sanità, in data 12 febbraio 1991, e determinano le attribuzioni dei responsabili dei servizi che compongono il sistema stesso.
Il provvedimento di cui al comma precedente determina altresì le modalità di accettazione dei ricoveri di elezione in relazione alla esigenza di garantire adeguate disponibilità di posti letto per l'emergenza. Con il medesimo provvedimento sono determinate le dotazioni di posti letto per l'assistenza subintensiva da attribuire a e singole unità operative

Articolo 10

Prestazioni dal personale infermieristico

1. Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e flebotomi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Articolo 11

Onere del trasporto di emergenza

1. Gli oneri delle prestazioni di trasporto e soccorso sono a carico del servizio sanitario nazionale solo se il trasporto è disposto dalla centrale operativa e comporta il ricovero del paziente. Detti oneri sono altresì a carico del Servizio sanitario nazionale anche in mancanza di ricovero determinata da accertamenti effettuati al pronto soccorso.

Articolo 12

Attuazione

1. All'attuazione di quanto disposto dal presente atto provvedono le regioni e le province autonome.
2. Le spese in conto capitale per l'organizzazione del livello assistenziale fanno carico come priorità agli stanziamenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nonché agli stanziamenti in conto capitale del Fondo sanitario nazionale, mentre quelle correnti fanno carico al Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nella misura che sarà determinata ai sensi del combinato disposto delle norme di cui ai commi 1 e 16 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.
3. Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente atto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, la Conferenza Stato regioni verifica le iniziative assunte. Lo stato di attuazione del sistema emergenza sanitaria in ciascuna regione e provincia autonoma, nonché le risorse finanziarie impiegate. Allo scopo di attuare il sistema di emergenza sanitaria nelle regioni che non lo abbiano attuato, in tutto o in parte la Conferenza Stato-regioni approva uno schema tipo di accordo di programma, che, sottoscritto dal Ministro della sanità e dal Presidente della regione interessata, determina tempi, modi e risorse finanziarie per l'attuazione, anche avvalendosi di apposite conferenze dei servizi. L'accordo di programma può essere attivato anche prima della verifica, su richiesta della regione e provincia autonoma.

Comunicato n. 87

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(in Gazz. Uff., 30 maggio, n. 126) relativo al D.P.R. 27 marzo 1992,
"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di
assistenza sanitaria di emergenza"

Articolo unico

A norma dell'art. 18, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092 (testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana), si pubblica il testo del documento richiamato dall'art. 3, comma 6, del decreto del Presidente della Repubblica citato in epigrafe, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 76 del 31 marzo 1992.

DOCUMENTO SUL SISTEMA DELLE EMERGENZE SANITARIE APPROVATO DAL GRUPPO DI LAVORO STATO-REGIONI IL 2 DICEMBRE 1991

Definizione del sistema delle emergenze sanitarie.

Stante l'attuale assetto istituzionale deve riconoscersi la necessità da parte del Servizio sanitario nazionale di garantire e gestire le prestazioni di emergenza per tutti i servizi in cui è articolata l'unità sanitaria locale, coinvolgendo sia le competenze dei settori assistenziali (ospedaliera, psichiatrica, medicina di base) sia quello dei settori che controllano altri fattori di rischio.

Appare allora opportuno, dopo questa premessa, passare alla definizione del sistema delle emergenze sanitarie articolato in momenti organizzativi che indicano l'intervento sanitario in emergenza:

a) allarme;

b) interventi sul territorio;

c) risposta organizzativa (intraospedaliera, o dei servizi territoriali dell'unità sanitaria locale). Al «sistema» delle emergenze e alla costituzione di detto sistema concorrono il sistema direzionale delle emergenze, l'assetto della rete ospedaliera, l'assetto dei servizi territoriali, i flussi informativi.

A. Allarme.

A.1. Istituzione del numero unico(118).

L'introduzione del «118» non deve essere concepita come un'ulteriore numero telefonico che va ad aggiungersi a quelli esistenti (servizi delle unità sanitarie locali, enti e/o associazioni o privati esterni al Servizio sanitario nazionale), ma deve significare il superamento della frammentazione delle opzioni oggi a disposizione dell'utente.

A.2. Corretta fruizione del numero unico.

Istruzione alla popolazione.

L'obiettivo che si intende raggiungere con l'istruzione alla popolazione non è quello perseguito fino a qualche anno fa di «insegnare» al cittadino alcune manovre di intervento diretto sul malato con la presunzione di diminuire il «free therapy interval», ma piuttosto quello di metterlo nelle condizioni, attraverso idonee campagne di informazione, di accedere correttamente ai sistemi di emergenza e di fornire agli operatori del sistema le necessarie informazioni per permettere agli stessi di organizzare un puntuale intervento e cioè:

- 1) abituare a chiamare un unico numero telefonico per ogni emergenza sanitaria (118);
- 2) insegnare alla popolazione e dare l'ubicazione esatta del luogo dell'emergenza;
- 3) insegnare a rispondere a semplici domande circa la natura dell'emergenza (fuoco, trauma, malattia), la gravità ed altri elementi che possono avviare la complessa macchina sanitaria in modo corretto e permettere l'eventuale contemporaneo allertamento di organizzazioni sussidiarie necessarie ad integrare la sanità (vigili del fuoco, polizia, mezzi pesanti di soccorso).

A.3. Sistema di recepimento delle chiamate:

bacini d'utenza, struttura della centrale operativa.

A.3.1. Definizione del bacino d'utenza.

Nelle regioni dove è già operante il sistema è prevalso l'orientamento a definire la competenza territoriale di ogni singola centrale 118 a livello provinciale. Tale soluzione trova giustificazione nell'attuale struttura della rete telefonica pubblica che consente gli instradamenti delle chiamate effettuate sul numero 118 solo a livello di distretto telefonico e quindi i territori di competenza delle centrali forzatamente corrispondono a quelli di uno o più distretti telefonici riconducibili all'ambito territoriale di provincia.

Inoltre gran parte degli altri servizi di emergenza non sanitari (prefetture, centrali operative dei vigili del fuoco, questure, ecc.), con cui è necessario un costante collegamento operativo, hanno prevalentemente una divisione di competenza basata su ambiti provinciali. L'organizzazione delle centrali operative sanitarie su base provinciale consente altresì di coordinare un numero di interventi sufficiente a giustificare la presenza di operatori specializzati e a mantenere un buon livello di capacità di intervento nelle situazioni complesse. Ad esempio, nel settore delle chiamate destinate ai servizi ambulanze, che rappresentano la maggioranza delle emergenze territoriali, si hanno indici di 1 appello/anno ogni 30 abitanti. Ma su 100 interventi, solo 4 hanno necessità di un intervento specializzato con applicazione di tecniche rianimatorie. Si ha cioè la necessità di dare una risposta specializzata/anno ogni 750 abitanti.

Per raggiungere come minimo la quota di una risposta specializzata al giorno (corrispondente a 60/anno per operatore di centrale) bisogna lavorare su un territorio con più di 250.000 abitanti (anche questi elementi sono desunti dall'esperienza finora sviluppata).

A.3.2. Struttura della centrale.

Le recenti esperienze delle regioni che hanno sperimentato sistemi di emergenze confortano ampiamente la tesi di chi sostiene che le centrali di coordinamento possono essere poste al di fuori del blocco ospedaliero ma all'interno dell'area ospedaliera senza creare problemi organizzativi, ma anzi producendo

razionalizzazione gestionale per i seguenti motivi:

- 1) i rapporti tra area assistenziale e centrale avvengono solitamente per via telefonica e non necessitano quindi di collegamenti fisici;
- 2) i blocchi ospedalieri solitamente hanno scarsi spazi a disposizione e quindi è corretto porre al di fuori di essi ciò che non interagisce obbligatoriamente con i reparti;
- 3) le particolari necessità strutturali delle centrali (percorsi tecnologici divisi da quelli operativi, box lavoro, ecc.) difficilmente trovano semplice realizzazione in edifici preesistenti. L'esperienza sin qui acquisita ha peraltro già ampiamente dimostrato che le centrali realizzate riciclando vecchi locali hanno un costo notevolmente superiore a quelle costruite ex novo;
- 4) costruire le centrali all'interno dell'area ospedaliera può comunque rispondere alla necessità di contenere i costi di gestione potendo utilizzare i contigui servizi dell'ospedale (mense, uffici tecnici, lavanderia, ecc.).

A.3.3. Dimensionamento strutturale delle centrali modello di riferimento.

Come più sopra esposto il modello di riferimento è mutuato dell'esperienza effettuata nelle regioni che hanno sperimentato sistemi di emergenza:

- 1) adeguato numero di locali tecnici per gli impianti (radiotelecomunicazioni climatizzazione, accumulatori di energia, ecc.);
- 2) area operativa divisa in box;
- 3) area direzionale e multifunzionale (uffici, sale riunioni, briefing, attesa, didattica, ecc.);
- 4) area di servizio operatori (spogliatoio, servizi igienici, ecc.);
- 5) aree dedicate per le sezioni di: potenza degli apparati di ricetrasmisione, sistema antennistico e di informatica.

A.3.4. Contenuti tecnologici delle centrali.

A.3.4.1. Apparati ricetrasmittenti in radiofrequenza.

Per quanto attiene la definizione della rete radio si rimanda a quanto contenuto nel documento (allegato 1) che si dà per acquisito in quanto costituisce accordo fra i Ministeri interessati.

A.3.4.2. Apparati di telefonia.

La centrale operativa costituisce il nodo di confluenza della rete per l'emergenza sanitaria che è costituita da moderne centrali numeriche ubicate in tutti i distretti interconnesse tra di loro tramite una maglia di circuiti dedicati; ulteriori collegamenti permettono di integrare tutte le strutture, sanitarie e non, che possono essere coinvolte in caso di emergenza.

L'affidabilità, caratteristica vitale per questo servizio, è assicurata oltre che dalla tecnologia utilizzata e dalla rete di interconnessione, da collegamenti con la rete radio regionale e dall'eventuale impiego di una centrale operativa mobile equipaggiata anche con apparecchiature per collegamenti radio.

A.3.4.3. Sistema informatico. Permette da un lato l'elaborazione statistica dell'attività, dall'altro fornisce una serie di informazioni utili alla gestione dell'intervento di soccorso. I terminali possono infatti indicare all'operatore dati relativi alla località (riferimenti, viabilità, presidi di emergenza non sanitaria, sede di distretto e di guardia, medica, ecc.), nonché tutte quelle informazioni, a cui è possibile accedere al fine di

poter garantire un corretto percorso all'emergenza che si sta trattando.

A.4.Modalità organizzative della centrale.

Ogni centrale dell'emergenza sanitaria afferisce ad una direzione medico-ospedaliera, individuata di norma nell'ambito della direzione dei servizi di assistenza ospedaliera e nel responsabile del Dipartimento di emergenza.

Il personale di centrale, formato da infermieri professionali, deve poter usufruire, h 24, di un medico di appoggio disponibile operativamente nell'ambito del servizio ospedaliero/i afferente/i al sistema delle emergenze. Il personale di centrale deve aver seguito un particolare iter formativo teorico-pratico per essere in grado di gestire le complesse tematiche inerenti il coordinamento delle risorse, l'interfaccia con l'utenza, le comunicazioni telefoniche, la geografia stradale, la sicurezza, i protocolli operativi sanitari ed organizzativi, gli interventi complessi con la partecipazione di unità dell'emergenza non sanitaria.

B. Intervento del territorio.

Spetterà alla centrale operativa decidere e coordinare il tipo di risposta interventuale che dovrà essere fornita e che dovrà graduarsi a seconda della tipologia e della gravità della domanda. Per quanto attiene il soccorso sanitario primario esso dovrà estrinsecarsi in un periodo di tempo non superiore agli 8 minuti per gli interventi in area urbana e di 20 minuti per le zone extra-urbane (salvo particolari situazioni di complessità orografica). Bisognerà comunque operare per tendere ad un processo di razionalizzazione distributiva dei mezzi di soccorso per garantirne il massimo utilizzo sia in termini di risorse tecnologiche che umane, anche attraverso schemi di convenzioni tipo da definirsi a livello regionale e da stipularsi, in modo uniforme a livello di unità sanitarie locali, con gli enti e le associazioni di volontariato.

C. Risposta organizzativa (intraospedaliera, o dei servizi territoriali dell'unità sanitaria locale).

La creazione del sistema delle emergenze avrà come «sottoprodotto la possibilità di gestire tutta l'attività di trasporto secondario, l'attività connessa ai trapianti e prelievi d'organo, trasporto urgente di sangue, ecc. Non si deve pensare di risolvere il problema, assunto recentemente agli onori della cronaca, attraverso l'istituzione delle centrali operative. Esse avranno un ruolo di regolatore nei confronti della movimentazione e del corretto indirizzo dei pazienti, ma presupposto essenziale alla completa fruibilità della loro potenzialità è l'innescio di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera che nello specifico deve riferirsi ad un'assioma ormai pienamente acquisito a livello europeo e cioè:

«Superare il concetto di trasporto, sempre e comunque del paziente al pronto soccorso più vicino, con quello di trasporto assistito al pronto soccorso più idoneo per intervenire nel modo più rapido e razionale nell'iter diagnostico-curativo».

Non può certo essere questo documento a definire il futuro assetto dell'assistenza ospedaliera in Italia, ma doveroso appare suggerire la necessità di gerarchizzare le strutture ospedaliere rispetto alle risposte da dare alla patologia in essere, ed allora vanno nuovamente definiti chi come e dove è in grado di corrispondere alle diverse esigenze anche al fine di evitare la proliferazione di strutture complesse e costose che, proprio per le loro caratteristiche, debbono essere utilizzate al massimo del rendimento, e non solo saltuariamente, in modo da impedire spreco di mezzi sofisticati e di personale qualificato.

Più semplice appare il rapporto con le emergenze afferenti ai servizi non ospedalieri dell'Unità sanitaria locale perchè per come si sono sviluppati hanno al loro interno connotati e differenziazioni che ne stabiliscono una gerarchia di interventi a seconda della complessità e della gravità dell'«incidente» da affrontare.

Raccomandazioni.

In relazione a quanto sopra specificato e al fine di armonizzare l'intera materia delle emergenze extraospedaliere si ritiene opportuno inviare ai competenti Ministeri le seguenti raccomandazioni.

Al Ministro dei trasporti.

In accordo con il Ministero della sanità aggiornamento della « Normativa tecnica ed amministrativa relativa alle ambulanze» secondo le seguenti indicazioni:

a) ampliamento delle classificazioni delle ambulanze con l'introduzione della categoria "Ambulanza per il soccorso avanzato" aventi dimensioni e caratteristiche strutturali simili a quelle in uso negli altri paesi CEE». La stessa normativa potrà prevedere i casi di deroga per le ambulanze da impiegarsi in aree «svantaggiate» sotto il profilo urbanistico;

b) introduzione dei limiti di impiego delle ambulanze nelle attività di soccorso avanzato e di primo soccorso rispettivamente definiti in 5 anni o 150.000 km e 7 anni o 300.000 km.

I mezzi che giungono ai limiti di impiego vengono declassati nella categoria immediatamente inferiore;

c) le ambulanze di soccorso avanzato e di primo soccorso devono essere dotate di crono-tachigrafo.

Al Ministero della sanità.

Al fine di omogeneizzare le soluzioni tecnologiche e quindi la possibilità di interallacciare i vari sistemi 118 delle singole regioni si suggerisce di definire un protocollo aggiuntivo all'attuale convenzione con la SIP che prevede quanto segue:

la SIP si impegna a fornire alle singole regioni reti ed impianti telefonici tra di loro compatibili ed in grado di gestire, in modo del tutto automatico, il traffico tra una rete regionale e l'altra simulando in tutto, ivi compresa la qualità e la velocità della connessione, l'appartenenza ad un'unica rete nazionale.

Al fine di omogeneizzare la capacità assistenziale dei singoli mezzi di soccorso il Ministero della sanità è invitato ad emanare una propria direttiva che definisca in modo organico le dotazioni strumentali delle singole ambulanze nonché la professionalità del personale da adibire al servizio di soccorso assistito, di primo soccorso e di trasporto infermi.

Le regioni dovranno di conseguenza armonizzare le proprie legislazioni in riferimento a quanto previsto per la concessione delle autorizzazioni sanitarie al «trasporto infermi e soccorso». Al fine di promuovere una prima omogeneizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni di soccorso extraospedaliero, si invita il Ministero della sanità ad emanare norme che definiscano quanto segue:

le attività di primo soccorso e soccorso assistito sono da considerarsi a carico del Servizio sanitario nazionale solo nei casi in cui siano disposte e coordinate dalle centrali operative 118.

Al Ministero delle poste e delle telecomunicazioni.

Al fine di attivare rapidamente a livello regionale e nazionale i collegamenti che si rendono necessari per coordinare adeguatamente le attività di soccorso assistito, primo soccorso e trasporto infermi effettuate da enti pubblici e privati si invita il Ministero delle poste e delle telecomunicazioni a procedere all'assegnazione delle relative frequenze secondo quanto previsto nel documento:

«Programmazione degli impieghi dei radiocollegamenti nelle emergenze sanitarie».