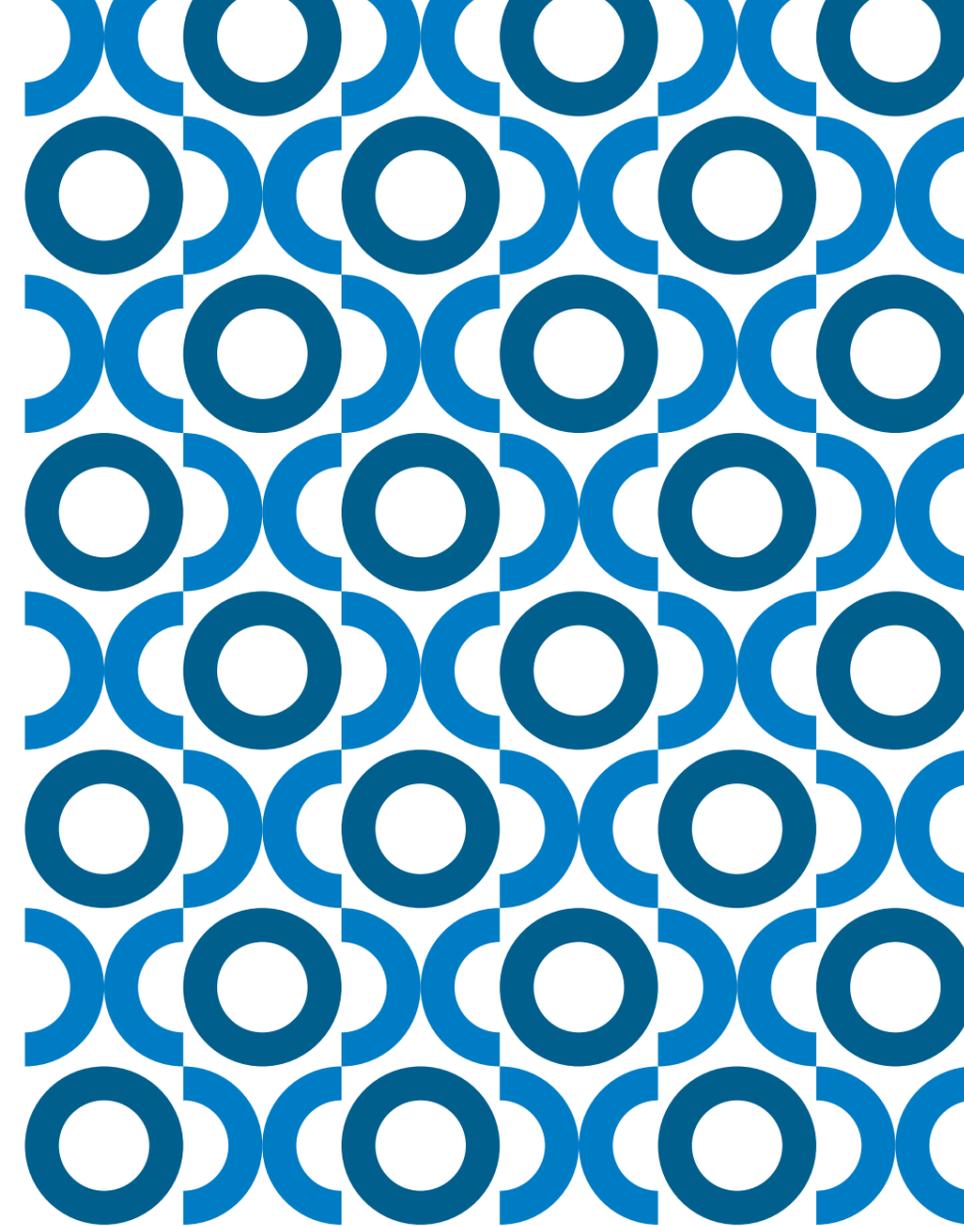
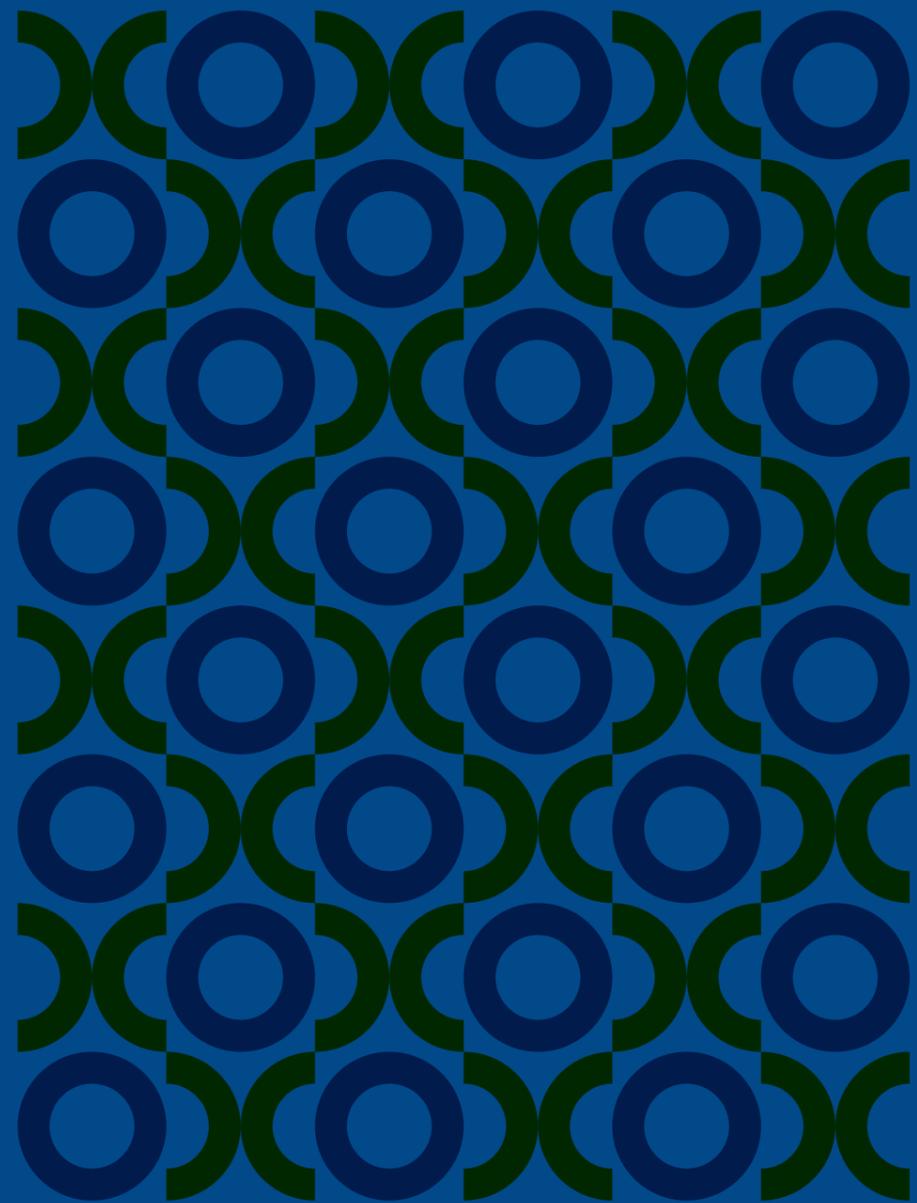


i QUADERNI

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR • 2022

LE CENTRALI OPERATIVE

STANDARD DI SERVIZIO,
MODELLI ORGANIZZATIVI,
TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ
ED ESPERIENZE REGIONALI



LE CENTRALI OPERATIVE

STANDARD DI SERVIZIO,
MODELLI ORGANIZZATIVI,
TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ
ED ESPERIENZE REGIONALI

monitor

INDICE

PRESENTAZIONE	9
INTRODUZIONE	11
<hr/>	
PANORAMICA EUROPEA SISTEMI NUMERAZIONE 112, 118, 116117	17
Il Sistema Numero Unico Emergenza 112 e Servizi Emergenza 118	20
Il Sistema Numero Europeo Armonizzato 116117	24
<hr/>	
IL SISTEMA NUE 112	29
Analisi normativa europea e nazionale di riferimento	31
Attività e servizi erogabili	34
Modello organizzativo e fabbisogno di personale	38
Personale	40
Operatore Tecnico/Call Taker (O.T.)	40
Referente di Turno (RT)	40
Amministratore di sistema NUE 112	41
Coordinatore della CUR NUE 112	41
Responsabile del Servizio NUE 112	41
La definizione di indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio	42
Panoramica esperienze regionali	42
<hr/>	
IL SISTEMA DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118	47
Analisi normativa europea e nazionale di riferimento	49
Ambito di rilevazione Flussi Informativi Emergenza-Urgenza	50
Sistema Emergenza Territoriale 118	54
La Centrale Operativa 118 dell'Emergenza Urgenza (CO 118)	55
Le Postazioni Territoriali di Emergenza (PET)	56
<hr/>	
IL SISTEMA PER LE CURE MEDICHE NON URGENTI NEA 116117	59
Analisi normativa europea e nazionale di riferimento	61
La Centrale Operativa NEA 116117 (CO NEA 116117)	62
Attività e servizi erogabili	62
Modello organizzativo e fabbisogno di personale	65
Personale	66
La definizione di indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio	66
Panoramica esperienze regionali	73

Quaderno di Monitor 2022

Supplemento
alla rivista semestrale Monitor

Proprietario ed Editore
AGENAS - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore Editoriale
Domenico Mantoan

Direttore Responsabile
Massimiliano Abbruzzese

Segreteria di Redazione
Eugenia Bignardelli

Sede centrale: Via Piemonte, 60
Sede legale: Via Puglie, 23
00187 Roma
tel: 06 42749700
comunicazione@agenas.it
www.agenas.gov.it

**Progetto grafico
e impaginazione**
Mediawork srl
Agenzia di comunicazione

Stampa
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n° 124 del 13.11.2020

Finito di stampare
nel mese di gennaio 2022
Codice ISSN 2282-5975

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244. AGENAS assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23, convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad AGENAS il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica.

L'Agenzia oggi
Presidente Enrico Coscioni
Direttore Generale Domenico Mantoan
Consiglio di amministrazione Giacomo Bazzoni, Francesco Vaccaro
Collegio dei revisori dei conti Piera Marzo (Presidente), Giovanni Gianfreda, Nando Minnella

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	77
Attività e servizi erogabili	79
Modello organizzativo e fabbisogno di personale	80
Personale	80
La definizione di indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio	80
Panoramica esperienze regionali	82
<hr/>	
LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI UNA CENTRALE OPERATIVA	97
<hr/>	
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI DI CENTRALI OPERATIVE	103
Requisiti minimi strutturali di una Centrale Operativa	105
Esemplificazione degli standard minimi strutturali di una Sala Operativa tipo e delle relative postazioni di lavoro	106
Specifiche minime strutturali per Centrali Operative 118 dell'Emergenza Urgenza	108
Specifiche minime strutturali per Centrali Operative Territoriali (COT)	108
Requisiti minimi impiantistici di una Centrale Operativa	108
Requisiti minimi tecnologici di una Centrale Operativa	109
Specifiche minime tecnologiche per Centrali Uniche Regionali 112	110
Specifiche minime tecnologiche per Centrali Operative 118	114
Specifiche minime tecnologiche per Centrali Operative NEA 116117	116
Specifiche minime tecnologiche per Centrali Operative Territoriali	117
<hr/>	
PRINCIPI PER LA REMUNERAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE	119
Centrali Uniche Regionali 112	121
Centrali Operative 118 dell'Emergenza Urgenza	123
Centrali Operative NEA 116117 e Centrali Operative Territoriali	124
L'esigenza di accurati modelli di costing funzionali alla remunerazione di Centrali Operative	125
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA	129

PRESENTAZIONE

a cura di

Domenico Mantoan – Direttore Generale Agenas

Mai come durante l'emergenza pandemica in corso si è evidenziata la necessità per i professionisti della salute e per i cittadini di avvalersi di punti di contatto e coordinamento facilmente individuabili, immediatamente accessibili e addirittura proattivi.

Un ruolo fondamentale lo hanno svolto le Centrali Operative (CO).

Oltre a quelle già tradizionalmente attive nell'ambito dell'emergenza urgenza, quali le Centrali 118 e 112, e quelle esistenti in alcune Regioni per le attività del territorio, sono stati sperimentati e rapidamente implementati, su tutto il territorio nazionale, modelli innovativi di Centrale, a diversa organizzazione (regionale, aziendale, distrettuale), consentendo di affrontare le fasi più critiche della pandemia con la medesima finalità:

rafforzare l'assistenza sanitaria di prossimità.

L'Agenzia, con questo numero tematico di Quaderni di Monitor, intende rappresentare su base nazionale lo stato dell'arte in tema di sviluppo

e armonizzazione delle Centrali Operative,

iniziando a delineare il lungo percorso di accreditamento

e di standardizzazione delle molteplici attività.

Partendo da approfondimenti riguardanti le CO 112 e CO 118, con contributi che evidenziano gli attuali standard tecnologici e organizzativi raggiunti, si arriva ad analizzare lo stato di attuazione delle CO 116117 e delle Centrali Operative Territoriali (COT), affrontando la tematica delle funzioni, del personale, delle strutture e delle tecnologie necessarie per il loro funzionamento.

Abbiamo ritenuto quindi doveroso iniziare una discussione sull'apporto atteso dalle diverse tipologie di Centrali presenti sul territorio, rispetto alle funzioni che ciascuna di esse svolge e alle tecnologie necessarie per renderle funzionali agli obiettivi assegnati, considerando anche i tempi ristretti entro i quali ci viene richiesto di adempiere a massicci interventi di implementazione¹ e rimanendo in linea con le indicazioni di carattere nazionale² in tema di PNRR.

Speriamo che il presente Quaderno di Monitor fornisca spunti di riflessione per tutti gli stakeholder interessati e che contribuisca, assieme alla definizione degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e ospedaliera attualmente in discussione, a supportare il SSN e le Regioni nell'affrontare le sfide future.

Buona lettura.

¹ Impegno Pnrr con l'Europa per la realizzazione entro il primo semestre 2024 di 600 COT sull'intero territorio nazionale;

² Pnrr; D.lg. n.34/2020 art. 1 comma 8; Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"; Accordo Stato-Regioni (24 novembre 2016), "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117".



INTRODUZIONE

a cura di

Francesco Enrichens - Project Manager PonGov Cronicità - Agenas

Nel nostro Paese, in linea con quanto accade a livello internazionale, il percorso di decentramento della presa in carico dei pazienti dall'ospedale al territorio, che si concretizza con l'implementazione di una rete territoriale omogenea e facilmente accessibile, presenta ancora non poche criticità, nonostante sia un processo iniziato molti anni fa.

Questa evoluzione implica l'esigenza di potenziare le attività del territorio ovvero quelle correlate all'assistenza primaria.

La pandemia Covid-19 ha reso tale esigenza ancor più evidente specie durante la prima fase acutissima. Il sistema del 118, ben consolidato sul fronte emergenziale fin dal suo inizio, con il decreto dell'allora Ministro della salute, Francesco De Lorenzo, del 1992, e con alle spalle un lunghissimo percorso per arrivare a un vero e proprio sistema perfezionabile ma omogeneo e ovunque presente, ha gestito bene l'emergenza pandemica, svolgendo un enorme lavoro e reggendo ovunque la pressione, grazie ad una rete di Centrali Operative 118 di formazione emergenziale ben consolidate. Allo stesso tempo, in tema di assistenza territoriale, quelle regioni quali Veneto, Lazio ed Emilia-Romagna, per citarne alcune, che hanno implementato l'utilizzo di Centrali Operative preesistenti o di nuova attivazione a livello di distretto, di azienda sanitaria locale e persino regionale, sono state in grado di garantire un coordinamento dei servizi territoriali, mettendo in relazione ogni attività e introducendo nuovi strumenti e tecnologie, fornendo una risposta più efficace alle sfide connesse all'emergenza pandemica rispetto a quei territori in cui tale coordinamento è risultato basso o assente.

Rafforzare la rete territoriale significa creare un sistema sanitario più vicino alla popolazione, caratterizzato da una maggiore capillarità, aderente con un modello di presa in carico proattiva, sia negli interventi di prevenzione sia di diagnosi e cura, e dall'integrazione e continuità dell'assistenza nei diversi setting anche nell'ambito dell'emergenza urgenza.

Pur sembrando che l'accelerazione improvvisa verso l'implementazione di tale rete, più efficace e integrata con la rete dell'emergenza e quella ospedaliera, sia obiettivo di questi ultimi mesi, in realtà, esiste da tempo un lungo percorso in questa direzione (vedi Riquadro 1).

Tutti questi elementi che vedono già delineate le idee di fondo nelle normative descritte nel Riquadro 1, insieme alla straordinaria spinta alla cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale che l'esperienza da Covid-19 ha innescato, sono stati utile linfa alla definizione sia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sia della definizione dei requisiti minimi dell'offerta territoriale che verranno descritti nel cosiddetto DM 71, sia per l'evoluzione della rete ospedaliera nell'aggiornamento del DM 70/2015.

A partire dal 2017, quindi, Regioni e Province autonome italiane hanno iniziato un graduale percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale partendo dall'uniformità e centralizzazione del servizio di continuità assistenziale e, più in generale, dell'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti, mediante l'attivazione presso strutture di Centrali dedicate.

Sebbene la pandemia da Covid-19 abbia messo a dura prova i servizi sanitari del nostro Paese,



se, rallentando e di fatto bloccando tali progetti e iniziative in corso, quelli relativi alle Centrali Operative NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato 116117) hanno avuto una notevole spinta di progressione, poiché di fatto numerose regioni e aziende sanitarie, per rispondere all'emergenza sanitaria, hanno attivato tempestivamente numeri verdi gratuiti dedicati, talvolta attivi 24 ore su 24.

L'offerta proposta dalle Centrali d'ascolto Covid-19 o numeri verdi Covid-19 è stata la più disparata:

- informativa: relativa all'interpretazione dei numerosi Dpcm nei settori epidemiologico, scolastico, di movimentazione e spostamento, nonché ai diversi servizi attivi associati all'emergenza, come la disponibilità di centri dedicati all'esecuzione di test diagnostici Covid correlati, e successivamente dei Centri vaccinali;
- organizzativa: presa in carico di pazienti vulnerabili e/o fragili nelle diverse fasce di età per l'accesso alla vaccinazione Covid-19, in ottemperanza alle singole disposizioni regionali, il supporto psicologico di casi Covid-19 positivi domiciliati e la verifica degli esiti dei test diagnostici antigenici e molecolari.

Queste centrali, nonostante costituiscano un primo passo verso quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016 e avendo sottolineato la necessità di rafforzare e uniformare su tutto il territorio nazionale l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, risultano tuttora estremamente frammentate e disomogenee.

Al contempo, la loro utilità si comincia a ravvisare anche all'interno della rete ospedaliera sia per la gestione di alcuni servizi peculiari quali HTA, posti letto, liste di attesa, raccolta farmaci, etc. sia come punto di raccordo e coordinamento con la rete dell'emergenza urgenza (CO NUE 112, CO 118) e la rete territoriale (COT).

Pertanto, la futura implementazione e riorganizzazione dei servizi sanitari non può prescindere da un'interoperabilità funzionale definita, da uno sviluppo integrato delle diverse centrali operative sul territorio e dal prevedere lo stretto collegamento fra ambiti assistenziali diversi al fine di garantire una presa in carico integrata del paziente, coniugando il sanitario con il sociale, aiutata da strumenti innovativi di ICT, quali ad esempio Telemedicina e sistemi basati su Intelligenza Artificiale.

Dunque, il ruolo dell'Agenzia, così come previsto nelle norme istitutive, si concretizza supportando gli stakeholder nella sperimentazione di nuovi modelli virtuosi di Centrali, mediante una *Comunità di Pratica*, quale luogo ideale di confronto tra i professionisti, fondamentale non solo come laboratorio di idee, ma come vero e proprio strumento operativo, nata nell'ambito del progetto PonGov Cronicità.

Infatti, il progetto PonGov Cronicità si è dimostrato essere il substrato facilitatore di questo intero percorso con l'obiettivo di creare una vera e propria comunità di professionisti e attori istituzionali mettendo a fattor comune le migliori esperienze e le buone pratiche condivisibili tra le Regioni, le ASL, i Distretti e tra tutti i soggetti attuatori.

Concludendo, nel variegato panorama attuale il presente numero di Quaderni di Monitor nasce dall'esigenza di definire le principali caratteristiche e le funzioni di tutti quei servizi che vengono genericamente ricompresi nell'ambito delle centrali operative, distinguendo cosa si intenda per *Centrale Operativa NEA 116117* e *Centrale Operativa Territoriale (COT)*, chiarendo i rapporti e le interconnessioni tra queste e le *Centrali Operative 118 dell'Emergenza-Urgenza* e le *Centrali Operative NUE 112* (Numero Unico Emergenza 112).



Riquadro 1. Ricognizione normativa

- L'art. 13, comma c/c-bis, Titolo III, Legge 135/2012 Bosetti Gatti - *Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria* - orienta, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e alla riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie, l'organizzazione degli ospedali definendo i posti letto in base al parametro di 3,7 per mille abitanti, di cui lo 0,7 di post-acuzie. Inoltre, è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

- L'art. 1 della Legge 189/2012 - *Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale* - legge di conversione del cd. Decreto Balduzzi 158/2012, definisce l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale mediante modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) con finalità di miglioramento del livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, anche con riferimento all'assistenza domiciliare.

- L'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 - *Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale* - fornisce le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità, attraverso:

- la centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- la condivisione con il Servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e alla Continuità Assistenziale.

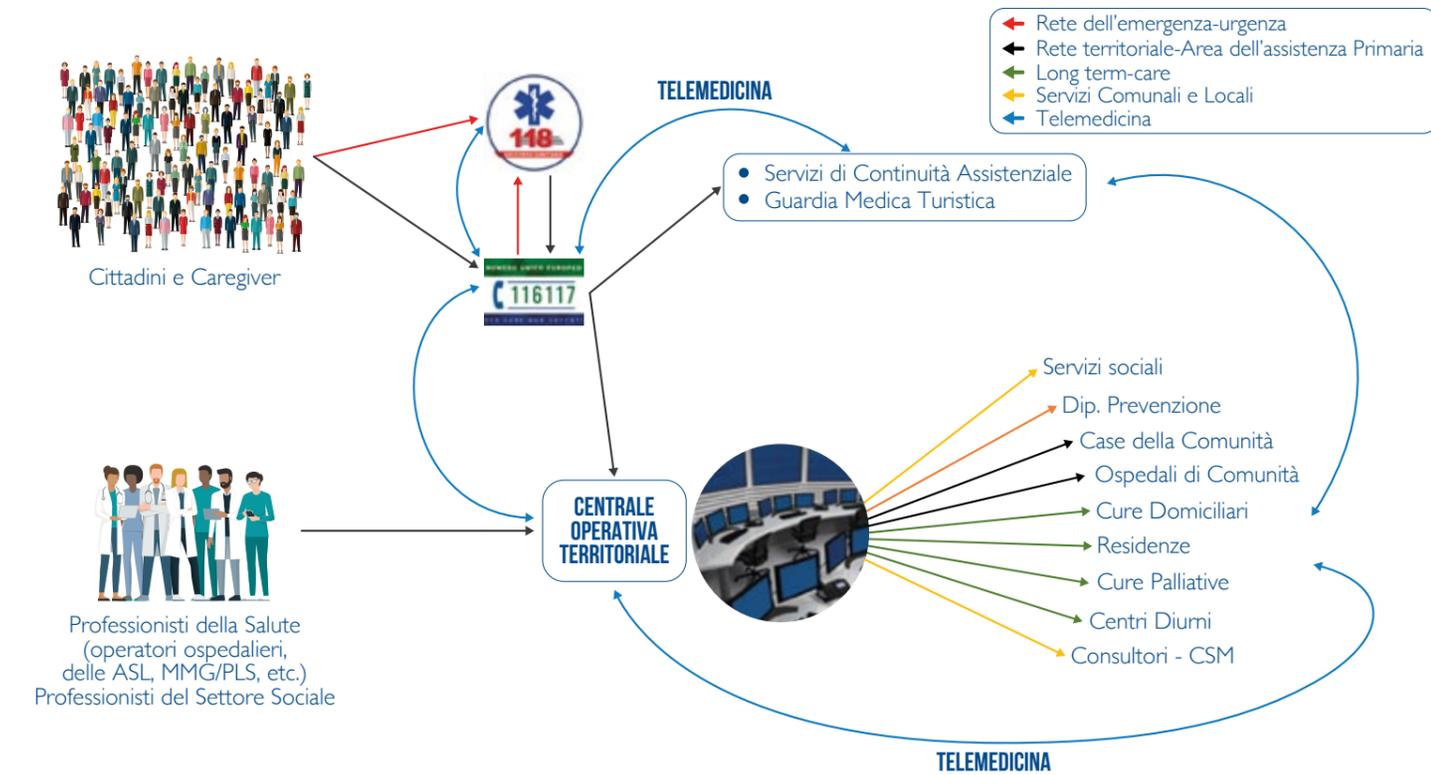
- Il Patto per la salute 2014-2016, art.5 (*assistenza territoriale*) comma 12, in cui il Ministero della Salute richiede, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il servizio di guardia medica non urgente.

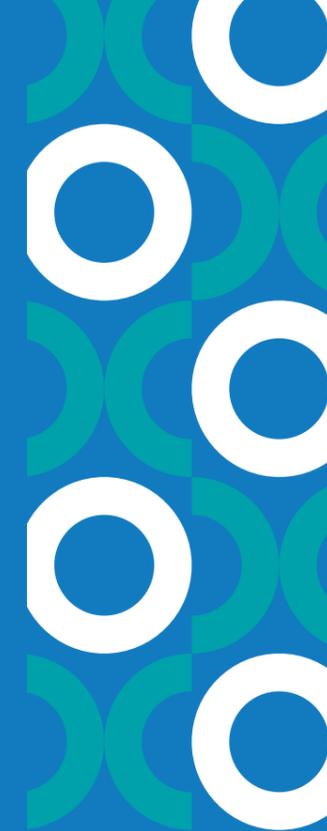
- L'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016, documento recante - *Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117* - introduce e recepisce le indicazioni europee per l'attivazione del numero unico per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, che concorrono alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità, raccordandosi con il Servizio di Emergenza Urgenza, con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

- Il decreto legge 34 del 19 maggio 2020 ha definito misure urgenti in ambito sanitario con: l'articolo 1 - *Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale* - si indicano due elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza territoriale: il primo legato alle competenze infermieristiche con l'introduzione di 9600 infermieri di famiglia o di comunità per garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale; il secondo legato al coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali con l'attivazione di centrali operative che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio, con il sistema di emergenza-urgenza e quello ospedaliero, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori dell'organizzazione sociosanitaria;

- L'articolo 2 del DL 34/2020 - *Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19* - mediante la riorganizzazione della rete dei letti di terapia intensiva adeguandone il numero non solo allo standard europeo del 0,14 per 1000, ma anche rispetto alla distribuzione per Regioni e Province Autonome in termini strutturali ed introducendo il concetto di area semintensiva, un passaggio atteso da decenni da parte dei professionisti sanitari in un'ottica di efficienza organizzativa e di adeguamento assistenziale qualitativo, ma anche di approccio multidisciplinare alle cure che ad oggi ha avuto dignità con l'introduzione del codice 94.

Figura 1. Un modello di riorganizzazione della Rete Territoriale

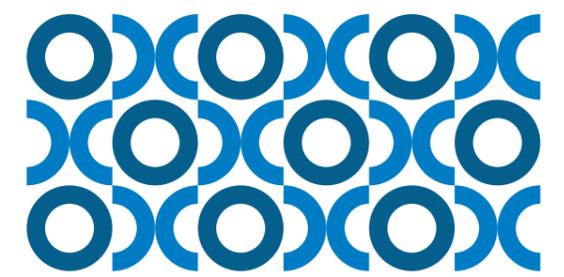




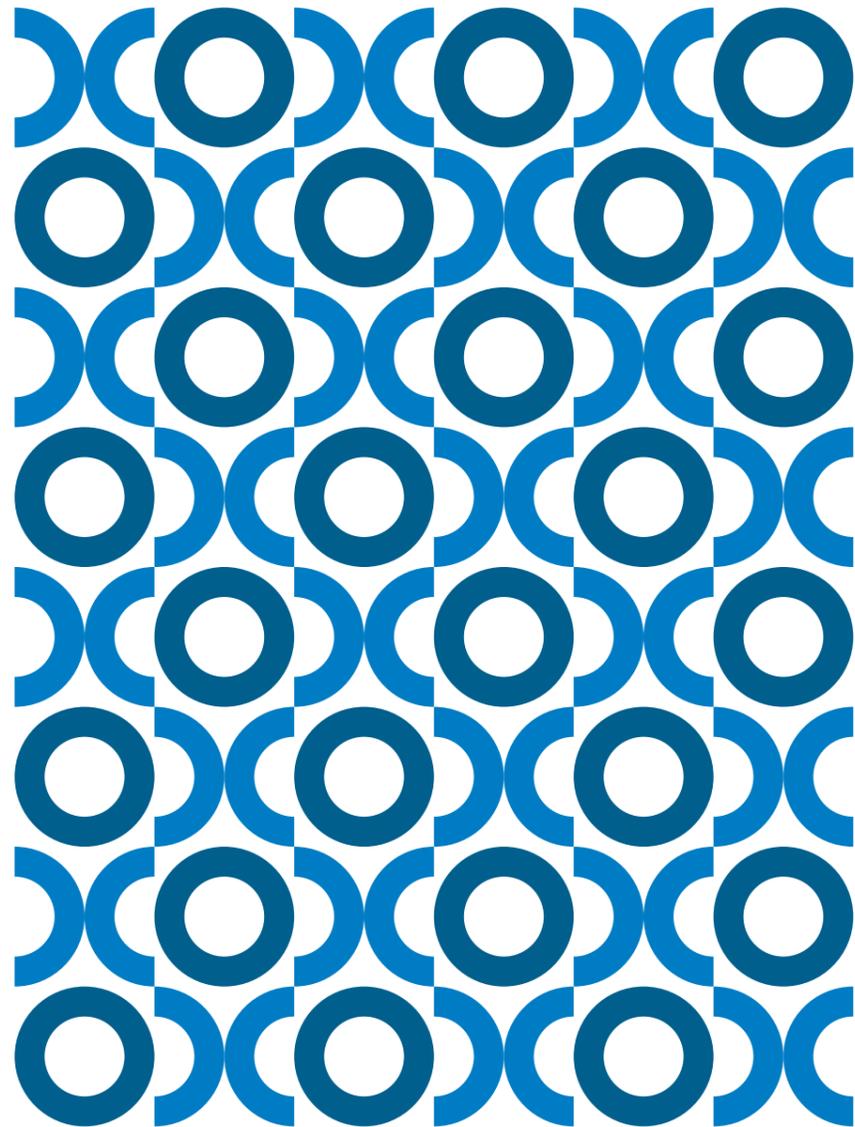
PANORAMICA EUROPEA SISTEMI NUMERAZIONE 112, 118, 116117

a cura di
Alessia Sciamanna - Agenas
Francesco Mariotti - Ministero della Salute





Panoramica europea Sistemi Numerazione 112, 118, 116117



Per approcciare in chiave comparatistica le esperienze dei Paesi europei è doveroso premettere che, nonostante lo sforzo di omogenizzazione espresso dalle istituzioni comunitarie e supportato dagli Stati membri, a tutt'oggi il panorama dell'organizzazione dei servizi legati alla gestione di centrali operative presenta una frammentarietà che non è possibile affrontare in questa sede, sia per quanto riguarda la presa in carico di servizi di emergenza sanitaria e non sanitaria, sia per i servizi a valenza sociale.

La difficoltà di raffrontare i diversi modelli organizzativi non dipende soltanto dalla grande varietà di modelli di servizi sanitari, ma anche dall'ulteriore ricchezza di paradigmi organizzativi presenti all'interno degli stessi servizi sanitari nazionali, in particolar modo per quelli organizzati su base regionale, difficoltà ben nota anche alle Istituzioni comunitarie e internazionali che si occupano di sanità.

Per i servizi di emergenza sanitaria l'ultima ricognizione strutturata su scala europea risale al 2008 quando, sotto la supervisione del Directorate-General for Health & Consumer e con il coordinamento del World Health Organization, è stato pubblicato il documento *Emergency Medical Services Systems in the European Union – Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization*.

Il Report rileva tra le maggiori criticità di approccio proprio la succitata frammentarietà e difficoltà di rilevazione dei dati e restituisce una varietà di modelli organizzativi per le cinque dimensioni rilevate che in germe rappresenta l'humus che ha alimentato, con i dovuti adattamenti, il dibattito ancora in atto sulla modernizzazione e l'efficientamento dei servizi sanitari.

Di grande attualità in questo senso è l'intero documento, ma in modo particolare i capitoli relativi a *Out-of-hospital EMS, In-Hospital EMS* e

da ultimo, a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19 tuttora in corso, il capitolo relativo a *Crisis management and EMS system*. Di particolare interesse in chiave programmatica e per un confronto con la situazione a oggi presente nei vari stati membri, anche nel nostro contesto nazionale, risulta la lettura delle raccomandazioni per ciascun capitolo espresse dalle Istituzioni comunitarie, non integralmente recepite a tredici anni di distanza dal documento, e che alla luce dell'emergenza pandemica diventano ancora più attuali e significative.

Si rimanda alla lettura del documento per i dettagli sulla sintesi dell'analisi comparativa svolta, nonché al documento correlato *Emergency medical services systems in the European Union: report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization - Data book* che contiene il dettaglio su tipologia e volumi dei dati analizzati per ciascun paese per ciascuna dimensione.

Per quanto riguarda invece le Centrali Operative NEA 116117, l'ultimo dato ufficiale sullo stato di attuazione è costituito dal *Communications Committee Working Document- Implementation on the reserved '116' numbers – as of 1 May 2015 -COCOM15-06 del 2015* della Commissione europea, che pure mostra un avanzamento disomogeneo e tardivo delle procedure di attivazione della numerazione degli Stati Membri rispetto alle raccomandazioni del 2009.

A tutt'oggi gli Stati che hanno richiesto e ottenuto la numerazione 116117 sono solo cinque e segnatamente Austria, Belgio, Germania, Italia e Svezia; di questi solo Austria e Germania hanno effettivamente attivato il servizio con operatività sull'intero territorio nazionale, mentre per l'Italia è stata autorizzata ed è in corso la sperimentazione in cinque Regioni, ovvero Lombardia, Sardegna, Piemonte, Lazio e Provincia Autonoma di



Trento e, entro la fine dell'anno, verrà autorizzata anche la Regione Basilicata.

Per le ragioni sin qui esposte, si propone pertanto metodologicamente un approccio che focalizza l'analisi sui cinque Stati Membri che alla data del report citato avevano richiesto formalmente e ottenuto l'assegnazione della numerazione unica 112, con l'aggiunta di alcuni paesi ritenuti particolarmente rappresentativi in ragione della tipologia organizzativa o della rappresentatività geografica rispetto all'area mediterranea, all'Est e al Nord Europa.

A tal proposito, si precisa da ultimo che gli Stati così individuati come benchmark sono aggregati rispetto alla tipologia di modelli organizzativi enucleati a partire dal documento *Glossario: ERO - Emergency Response Organisation*, nonché dal documento *"PSAP - Public safety answering points global edition"*, EENA 2020- dati 2019 da cui sono tratti anche i volumi di attività.

IL SISTEMA NUMERO UNICO EMERGENZA 112 E SERVIZI EMERGENZA 118

Nel 1992, a seguito della direttiva 91/396/CEE, è stato adottato nella maggior parte degli Stati dell'Unione Europea il numero unico 112 come unico punto di accesso omogeneo su tutto il territorio dell'Unione ai servizi di emergenza quali Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco e Servizi di Emergenza Sanitaria. Il processo di istituzione del NUE 112 prevede l'obbligo agli Stati di garantire l'accesso gratuito alla numerazione 112 sia da telefono fisso sia mobile attraverso un adeguato smistamento delle chiamate grazie all'istituzione di centrali operative.

Alcuni Stati hanno optato per un accentramento dell'accesso a tutti i servizi di emergenza in capo al 112, come nel caso di Danimarca, Estonia, Finlandia, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Romania e Svezia. Nei restanti Paesi il 112 si affianca ancora, a seconda dei diversi territori regionali, agli altri numeri di emergenza nazionali, come nel caso del 118 per l'Italia.

La portata innovativa di un approccio unitario ai servizi di emergenza ha varcato i confini dell'Unione per essere attuato anche in Svizzera e Sudafrica ed è disponibile su tutte le reti GSM di telefonia mobile mondiali.

La Direttiva 2002/22/CE del Parlamento e del

Consiglio europeo del 7 marzo 2002 disciplina ulteriormente la possibilità di accedere attraverso il numero di emergenza unico europeo "112" a tutti i servizi di emergenza.

Nella medesima direttiva viene sancito l'obbligo per gli operatori telefonici di garantire il servizio di geolocalizzazione delle chiamate per un efficace tracciamento delle vittime in caso di incidente.

La violazione di tale previsione ha visto l'Italia protagonista di una procedura di infrazione, che è stata chiusa a fronte di una sentenza di condanna della Corte di Giustizia Europea, attraverso la previsione di un regime transitorio mediante l'utilizzo delle centrali operative dell'Arma dei Carabinieri e, a regime, di un modello di gestione basato su due livelli di intervento: un primo livello legato alla gestione della chiamata e un secondo livello di gestione dell'intervento.

Per quanto riguarda invece i numeri europei corrispondenti al numero di emergenza sanitaria 118 attivo in Italia, la situazione è molto variegata, poiché l'Unione non è intervenuta per uniformare tempi e modalità di attivazione del servizio.

È evidente nei modelli organizzativi europei una tendenziale riconduzione dell'emergenza sanitaria a centrali uniche per un approccio integrato alle diverse casistiche di richieste che pervengono, utile a fornire una risposta più efficace e tempestiva alle esigenze degli utenti attraverso un coordinamento interno dei servizi di emergenza e un pronto e appropriato smistamento alle strutture competenti delle chiamate.

Ove possibile, l'unificazione, oltre all'aspetto formale di riconduzione delle chiamate al numero unico 112 con progressiva dismissione degli altri numeri esistenti, si sta indirizzando verso una effettiva riorganizzazione anche logistica degli enti coinvolti nell'erogazione dei servizi di emergenza, all'interno di strutture deputate al ruolo di centrali operative aggregate funzionalmente, per bilanciare la dislocazione delle centrali rispetto ai bacini d'utenza ed alle loro caratteristiche ed alle conformazioni geografiche dei territori, così da raggiungere in maniera fattiva tutti i potenziali utenti.

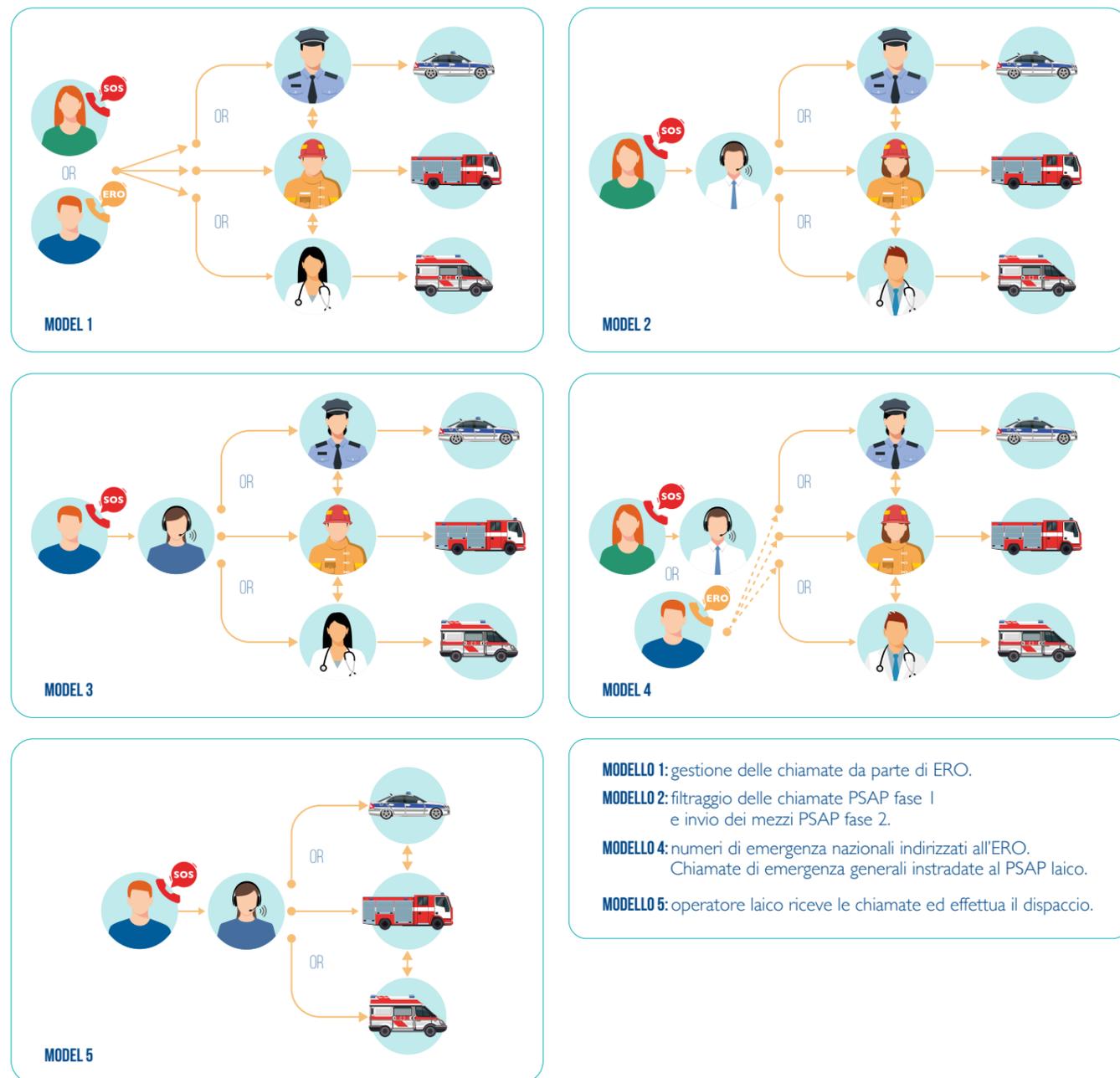
In ragione della eccessiva frammentarietà e delle esigenze di sintesi del suddetto documento, si propone, in luogo di una disamina dettagliata, una presentazione sintetica dei modelli di gestione adottati all'interno del panorama Europeo.

Tabella 1. Modelli di gestione delle chiamate in Europa

MODELLO	DESCRIZIONE GENERALE	ESEMPI	PROCESSO DELLE CHIAMATE DI EMERGENZA
MODELLO 1 - Gestione delle chiamate da parte di ERO	Nel Paese co-esistono molti numeri per l'emergenza. Le chiamate di emergenza effettuate al 112 sono reindirizzate	Austria, Germania, Francia	Le chiamate sono gestite da un PSAP amministrato da un'organizzazione responsabile delle emergenze. 1. ricezione della chiamata 2. dispaccio ad altri servizi di emergenza (es. alle chiamate 112 risponde la Polizia ma al chiamante serve un'ambulanza) 3. invio delle risorse di intervento da parte degli operatori ERO
MODELLO 2 - Filtraggio delle chiamate PSAP fase 1 e invio dei mezzi PSAP fase 2	La gestione delle chiamate di emergenza è organizzata in 2 livelli: c'è una organizzazione indipendente deputata alla prima ricezione delle chiamate e poi la chiamata è all'ERO più appropriato inoltrata all'ERO più appropriata	UK, Irlanda	Le chiamate al 112 sono gestite da un PSAP generale di risposta al numero per le emergenze: 1. Al numero unico per le emergenze rispondono operatori laici 2. Fase 1 PSAP: filtro delle chiamate (triage del bisogno) 3. trasferimento della chiamata al servizio di emergenza sanitaria/VVF/polizia 4. La raccolta dettagliata dei dati è effettuata da un operatore ERO 5. L'invio dei mezzi è garantito dall'ERO
MODELLO 3 - Un solo numero di emergenza	Come il modello 2, la gestione delle chiamate è organizzata in 2 livelli. La differenza tra la fase 1 di triage e la fase 2 di dispaccio dei mezzi e questo modello è il ruolo della Organizzazione indipendente. In questo caso, l'operatore classifica la chiamata e parallelamente la inoltra all'ERO più appropriato	Romania	Le chiamate al numero unico sono gestite da un PSAP. 1. classificazione e raccolta dei dati fatta dall'operatore PSAP nella fase 1: in base a cosa sta accadendo, l'operatore decide quale ERO contattare e raccoglie i dati sulla situazione e sulla localizzazione. 2. Inoltro parallelo della chiamata a VVF/Polizia/emergenza sanitaria 3. Dispaccio dei mezzi fatto dall'ERO
MODELLO 4 - Numeri di emergenza nazionali indirizzati all'ERO. Chiamate di emergenza generali instradate al PSAP laico	Il Numero unico 112 co-esiste con i numeri nazionali. Le chiamate di emergenza al numero unico sono instradate al PSAP laico, le chiamate ai numeri nazionali instradate alle ERO	Alcune regioni della Spagna	Per le chiamate di emergenza al numero unico, le chiamate seguono il percorso del modello 3. Per le chiamate a specifiche ERO nazionali, le chiamate sono gestite come nel modello 1.
MODELLO 5 - Operatore laico riceve le chiamate ed effettua il dispaccio	Le chiamate di emergenza al NUE 112 sono gestite da operatori laici. Gli operatori sono molto formati e gestiscono sia la ricezione delle chiamate che il dispaccio dei mezzi. In alcuni casi, le ERO sono disponibili per il supporto agli operatori	Finlandia	Lo stesso PSAP si occupa di tutte le funzioni: triage delle chiamate, raccolta dei dati e dispaccio dei mezzi

Glossario: ERO - Emergency Response Organisation: organizzazione che gestisce specifici tipi di emergenza (es. polizia, VVF, emergenza sanitaria etc.); PSAP - Public Safety Answering Point: organizzazione sotto la responsabilità di una autorità pubblica o di una organizzazione privata deputata alla prima ricezione delle chiamate di emergenza.

Figura 2. Modelli di gestione delle chiamate



In Tabella 2 viene riportato un quadro sintetico relativo alle caratteristiche chiave sui numeri armonici di interesse per i Paesi oggetto di studio.

Tabella 2. Dettaglio volumi sui numeri di interesse per singoli Paesi europei

PAESE	POPOLAZIONE (MILIONI AB.)	NUMERO CHIAMATE 112+EMS (MILIONI)	N. CHIAMATE/100.000 AB.	N. CENTRALI 112 (PSA E DISPATCH CENTRES)	N. CENTRALI EMS (PSA E DISPATCH CENTRES)	PRESENZA DI ALTRI NUMERI PER EMERGENZA SANITARIA	TEMPO DI LOCALIZZAZIONE CHIAMATA (CELL-ID)
AUSTRIA (AT)	8,86	4,721	53.284	9	26	Sì, 3	<4 sec
BELGIO (BE)	11,4	2,88	25.263	10	10	Sì, 1	0,5 sec
BULGARIA (BG)	6,95	0,628	9.036	6	28	n/a	immediata
FRANCIA (FR)	67,2	6,756	10.054	-	98	Sì, 1	4 sec
GERMANIA (DE)	83,2	-	-	235	235	No	-
PAESI BASSI (NL)	17,3	2,9	16.763	1	-	No	< 1 sec
ROMANIA (RO)	19,5	11,301	57.954	41	-	No	3 sec
SPAGNA (ES)	46,5	10,676	22.959	12	14	Sì, 1 solo in alcune regioni	1-3 sec
SVEZIA (SE)	10,2	3,321	32.559	29	3	n/a	1 sec

da "Public safety answering points global edition", EENA, 2020 - dati 2019

IL SISTEMA NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO 116117

La Commissione europea nel 2007 con la decisione 2007/116/CE è intervenuta per la prima volta per disciplinare la riserva dell'arco di numerazione con radice 116 ai servizi armonizzati a valenza sociale.

In linea con i principi che hanno ispirato la nascita stessa dell'Unione, segnalatamente la libera circolazione dei cittadini e delle merci su territori che pur mantenendo la loro specificità afferiscono ad un concetto sovranazionale unitario di identità paneuropea, la Commissione esplicita nelle premesse tali principi elevandoli al rango di requisiti necessari a garantire una concreta applicazione da parte degli stati membri dello spirito della previsione.

Essenziale è innanzitutto la riconoscibilità di tali numeri nell'immaginario dei cittadini dell'Unione che, anche in caso di spostamenti tra i territori nazionali, devono poter agevolmente individuare i servizi a valenza sociale mediante uno spontaneo abbinamento della numerazione accessibile in ciascun paese ai numeri in uso nella quotidianità della propria esperienza nazionale per i medesimi servizi.

Il binomio "stesso numero = stesso servizio" è a sua volta considerato un volano per l'implementazione di servizi di carattere paneuropeo e per una proficua armonizzazione delle normative e delle procedure sottostanti a ciascun ambito anche tecnico su cui impatta l'attuazione di tali disposizioni.

La riconoscibilità, inoltre, si traduce in concreta possibilità di accesso ai servizi, corroborata dalla gratuità di accesso, che deve essere garantita mediante appositi controlli anche in ordine alla esclusività di destinazione del numero assegnato al servizio così come censito dalla Commissione.

Opportuna risulta inoltre la previsione di specifiche condizioni per l'attivazione dei servizi, quali l'accesso al servizio 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Trattandosi tuttavia di una direttiva, e non di un regolamento di immediata cogenza, è demandata ai singoli Stati membri la disciplina degli aspetti operativi legati all'attuazione di ciascun servizio.

Analogamente spetta alle autorità nazionali la

regolamentazione, in attuazione della direttiva quadro, la gestione di piani nazionali e la predisposizione delle assegnazioni e autorizzazioni. La Commissione Europea è poi intervenuta con la decisione 2007/698/CE a modifica della decisione 2007/116/CE per riservare la numerazione 116000 ai minori scomparsi, la numerazione 116111 all'assistenza ai minori e la 116123 al sostegno emotivo.

Solo con decisione 2009/884/CE, anche questa a modifica della medesima decisione 2007/116/CE già citata, la Commissione ha completato la disciplina dei servizi a valenza sociale attribuendo la numerazione 116117 al servizio di guardia medica per cure non urgenti, come da allegato alla decisione che segue, che ha carattere tassativo a norma dell'art 3 lett. b) della direttiva.

Tabella 3. Elenco dei numeri riservati destinati ai servizi armonizzati a valenza sociale

NUMERO	SERVIZIO AL QUALE IL NUMERO È RISERVATO	CONDIZIONI SPECIFICHE CUI È SUBORDINATO IL DIRITTO DI UTILIZZARE QUESTO NUMERO
116 000	<p>Denominazione del servizio Linea telefonica diretta per i bambini scomparsi</p> <p>Descrizione Il servizio: a) risponde alle segnalazioni di bambini scomparsi e le denuncia alle forze di polizia; b) offre consigli e sostegno alle persone responsabili del bambino scomparso; c) contribuisce alle indagini</p>	Servizio disponibile senza soluzione di continuità (vale a dire, 24 ore su 24, sette giorni su sette, in tutto il paese).
116 006	<p>Denominazione del servizio Linea telefonica diretta per le vittime di reati</p> <p>Descrizione Il servizio offre sostegno emotivo alle vittime di reati, fornisce informazioni sui loro diritti e su come rivendicarli, nonché informazioni sulle organizzazioni competenti in materia. In particolare, il servizio fornisce informazioni su: a) forze di polizia locali e procedure penali; b) possibilità di indennizzo e aspetti assicurativi. Vengono inoltre comunicate altre possibili fonti di aiuto per le vittime del crimine.</p>	Nei casi in cui il servizio non sia disponibile senza soluzione di continuità (vale a dire, 24 ore su 24, sette giorni su sette, in tutto il paese), il fornitore del servizio deve garantire che le informazioni circa la disponibilità del servizio siano pubblicizzate e facilmente accessibili e che, nei periodi di indisponibilità, ai chiamanti venga comunicato quando il servizio sarà di nuovo disponibile.
116 111	<p>Denominazione del servizio Linee telefoniche dirette destinate ai bambini</p> <p>Descrizione Il servizio aiuta i bambini bisognosi di cure e protezione e li mette in contatto con servizi e risorse; fornisce ai bambini l'opportunità di esprimere le loro preoccupazioni, di parlare dei problemi che li riguardano direttamente e di trovare aiuto in situazioni di emergenza.</p>	Nei casi in cui il servizio non sia disponibile senza soluzione di continuità (vale a dire, 24 ore su 24, sette giorni su sette, in tutto il paese), il fornitore del servizio deve garantire che le informazioni circa la disponibilità del servizio siano pubblicizzate e facilmente accessibili e che, nei periodi di indisponibilità, ai chiamanti venga comunicato quando il servizio sarà nuovamente disponibile.
116 117	<p>Denominazione del servizio Servizio di guardia medica per cure non urgenti</p> <p>Descrizione Il servizio permette ai chiamanti di ottenere il tipo di assistenza medica più adatto ai loro bisogni, per situazioni critiche ma non di emergenza, soprattutto, ma non solo, al di fuori delle ore di lavoro, nel fine settimana e nei giorni festivi. Il chiamante viene messo in contatto con un operatore competente e qualificato, oppure direttamente con un medico qualificato.</p>	Nei casi in cui il servizio non sia disponibile senza soluzione di continuità (vale a dire, 24 ore su 24, sette giorni su sette, in tutto il paese), il fornitore del servizio deve garantire che le informazioni circa la disponibilità del servizio siano pubblicizzate e facilmente accessibili e che, nei periodi di indisponibilità, ai chiamanti venga comunicato quando il servizio sarà nuovamente disponibile.
116 123	<p>Denominazione del servizio Linee telefoniche dirette di sostegno emotivo</p> <p>Descrizione Il servizio consente al chiamante di beneficiare di un vero contatto umano basato sull'ascolto e non sulla formulazione di giudizi. Offre sostegno emotivo alle persone che soffrono di solitudine, di crisi psicologiche o che meditano il suicidio.</p>	Nei casi in cui il servizio non sia disponibile senza soluzione di continuità (vale a dire, 24 ore su 24, sette giorni su sette, in tutto il paese), il fornitore del servizio deve garantire che le informazioni circa la disponibilità del servizio siano pubblicizzate e facilmente accessibili e che, nei periodi di indisponibilità, ai chiamanti venga comunicato quando il servizio sarà nuovamente disponibile.

da "Gazzetta ufficiale dell'Unione europea" – L 317/47 – Allegato – 3-12-2009

Per quanto concerne gli elementi distintivi del servizio, che deve essere fornito sotto la numerazione 116117, la specifica previsione di dettaglio conferma la necessità di garantire la continuità dell'assistenza medica al di fuori delle ore di lavoro dei servizi sanitari nei fine settimana e nei giorni festivi e individua il bisogno di salute da soddisfare nella necessità di ottenere assistenza medica in condizioni critiche, ma non di emergenza, mediante la presa in carico da parte di un operatore competente o di un medico qualificato.

Nel *considerando* n. 2 la Commissione specifica espressamente che il numero armonizzato per la guardia medica affianca nella ratio del legislatore europeo il numero 112 o gli altri numeri per situazioni di emergenza, aggiungendo un prezioso elemento di interpretazione per i policy maker che devono affrontare la costruzione di questa nuova modalità di erogazione del servizio di assistenza sanitaria.

Dal punto di vista, invece, delle condizioni che consentono il diritto all'utilizzazione della numerazione, la norma recepisce la necessità, già espressa al *paragrafo* 5 della decisione 2007/116/CE, di subordinare la liceità dell'attivazione della numerazione a vincoli che garantiscono la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

L'elemento di novità è rappresentato, qualora la continuità non sia possibile per tutto il tempo o su tutto il territorio nazionale, dall'individuazione di tale vincolo nell'obbligo di garantire la pubblicizzazione delle informazioni circa la disponibilità del servizio da parte del fornitore e della necessità di indicare quando il servizio sarà nuovamente disponibile.

In tal modo la direttiva, esercitando quella facoltà di ulteriore disciplina rispetto all'evoluzione dello stato di attuazione del servizio che si era riservata nel *paragrafo* 8 della direttiva 2007/116/CE, eleva a rango di obbligo l'opportunità espressa nel *paragrafo* 7 della medesima direttiva imponendo, mediante il combinato disposto dei paragrafi citati, la massima accessibilità alle informazioni come vera e propria condizione di esercizio del servizio.

La disponibilità delle informazioni, oggetto di specifico obbligo per gli Stati membri in ordine alla tenuta di un registro pubblico, è garantita in Italia da AGCOM ed è interessante osservare che tale disponibilità sostanziale di fatto in sé stessa l'adempimento al complesso delle disposizioni espresse nelle diverse diret-

tive, a prescindere dalla effettiva disponibilità o meno del servizio di guardia medica e dalla conseguente attivazione della numerazione 116117.

Come anticipato in premessa, gli unici Stati membri che presentano un servizio attivo e disponibile con le caratteristiche richieste su tutto il territorio nazionale sono la Germania, che ha avviato il 116117 il 16/04/2012, e l'Austria che è operativa dal 01/04/2013.

La Germania, parallelamente all'attivazione del servizio accessibile all'utente attraverso la numerazione unica 116117, offre al cittadino una grande quantità di informazioni veicolate attraverso una efficace campagna di comunicazione che va da un sito web dedicato a materiale informativo per i medici di base; un'esperienza user friendly e ben accessibile con una interfaccia grafica estremamente accattivante, di semplice navigazione e con una forte identità visiva.

L'utente non percepisce la struttura organizzativa sottostante né quali sono i modelli gestionali o il sistema di dialogo tra le centrali operative e i punti di erogazione del servizio sottesi. Si può, quindi, concludere che la Germania abbia espresso uno sforzo di change management più sostanziale e sistematico, cogliendo lo spirito della norma laddove individua nella riconoscibilità e semplicità di accesso al servizio per l'utente uno dei valori principali che ha animato la riforma dell'accesso al servizio di guardia media.

L'Austria, viceversa, ha optato per un recepimento di tipo più formale, convogliando tutte le prese in carico di tutti i servizi di urgenza e no, sanitari e no, verso la centrale unica nazionale 144. Questo approccio di costruzione del servizio, decisamente più pragmatico, si riflette anche nella esperienza di navigazione sul sito istituzionale che è, al contrario di quella tedesca, estremamente faticosa a causa della concezione stessa del sito, che offre tutti i servizi in unico hub dal punto di vista meramente formale, ma che dà conto, in un insieme di complessi rivoli informativi, di una struttura organizzativa che in realtà consiste in un mero smistamento e reindirizzamento delle chiamate che pervengono al 144 verso le ulteriori centrali che gestiscono i singoli servizi in base alla tipologia.

Nella Tabella 4 viene riportato un quadro sintetico, relativo ai registri dei numeri armonizzati delle Autorità competenti nei diversi Paesi.

Tabella 4. Registri dei numeri armonizzati in diversi Paesi europei

PAESE	REGISTRO DEI NUMERI ARMONICI	116117
AUSTRIA (AT)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://www.rtr.at/de/tk/socialN)	Assegnato al Notruf Niederösterreich GmbH il 05/03/2013. Operativo dal 01/04/2013
BELGIO (BE)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (www.bipt.be , selezionare "numbering", poi "databank")	Assegnato al Federal Public Service of Health, Food Chain Safety and Environment il 25/02/2011
BULGARIA (BG)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://www.crc.bg/section.php?id=536&lang=bg http://www.mtitc.government.bg/page.php?category=596)	L'NRA può assegnare il numero. Numero disponibile per erogazione del servizio e le domande possono essere inviate
FRANCIA (FR)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://www.arcep.fr/index.php?id=8146)	L'NRA può assegnare il numero
GERMANIA (DE)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (" http://www.bundesnetzagentur.de/cdn_1912/DE/Sachgebiete/Telekommunikation/Unternehmen_Institutionen/Nummerierung/116xyzZugeteilteRufnummernTabelle.html?nn=268384 ")	Assegnato al Kassenärztliche Bundesvereinigung il 15/06/2010. Operativo dal 16/04/2012
PAESI BASSI (NL)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/telecommunicatie/telefoonnummers/nummers-doorzoeken/)	L'NRA può assegnare il numero
ROMANIA (RO)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://www.ancom.org.ro/resurse-denumerotatie_218)	L'NRA può assegnare il numero. Numero disponibile per erogazione del servizio e le domande possono essere inviate
SPAGNA (ES)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://www.minetur.gob.es/TELECOMUNICACIONES/ESES/SERVICIOS/NUMERACION/ARMONIZADOS/Paginas/rangol16.aspx)	La disponibilità del numero è stata resa nota al pubblico tramite le pagine del Ministero. Non ancora attivato al servizio
SVEZIA (SE)	Esiste un registro ed è accessibile al pubblico (http://etjanster.pts.se/telefonin/nuMmertjanster/)	Assegnato ad Inera il 18/05/2010

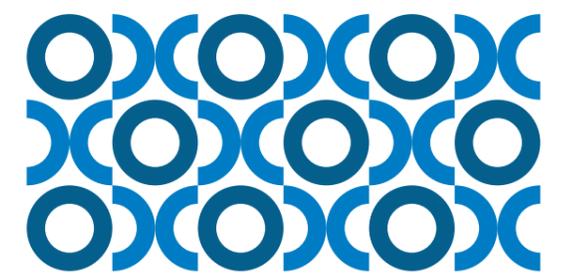
da "Communication Committee working document – Implementation on the reserved 116 numbers – as of 1 May 2015" - COCOMI5-06 del 2015



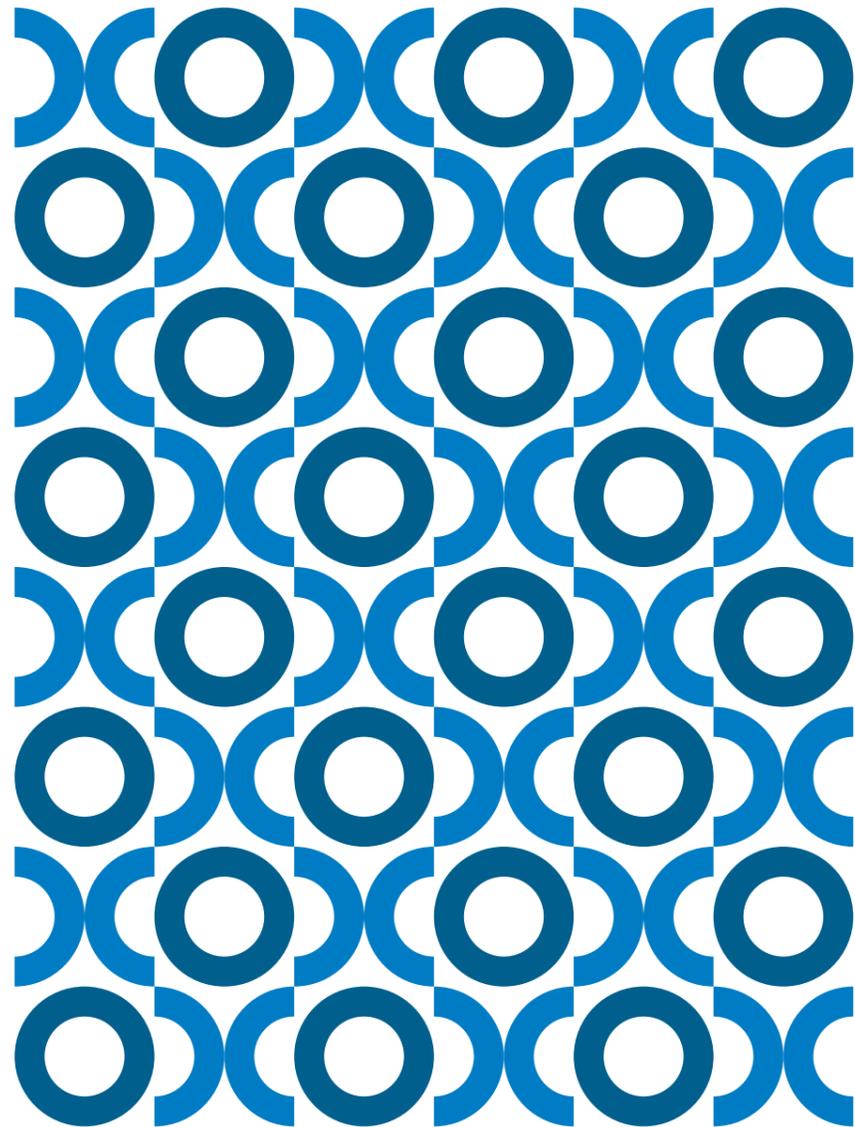
IL SISTEMA NUE 112

a cura di
Alberto Zoli - Direttore Generale AREU, Regione Lombardia





Il Sistema NUE 112



ANALISI NORMATIVA EUROPEA E NAZIONALE DI RIFERIMENTO

Risale a una decisione del Consiglio delle Comunità europee del 29 luglio 1991 (91/396/CEE) l'introduzione di un numero unico europeo per le chiamate di emergenza, allo scopo di agevolare i cittadini che si fossero trovati in situazioni d'improvvisa difficoltà in altri Stati membri, nel prendere contatto telefonico con i servizi nazionali responsabili per ogni tipo di soccorso.

Il provvedimento, in particolare, prescriveva agli Stati membri di introdurre il "112" come numero unico europeo per le chiamate di emergenza, anche parallelamente a ogni altro numero nazionale esistente, assicurando che le chiamate fossero gestite appropriatamente e nella maniera meglio rispondente all'organizzazione nazionale dei sistemi di emergenza.

Il termine per l'introduzione della nuova numerazione era fissato al 31 dicembre 1992, con la possibilità per gli Stati che avessero avuto difficoltà, di rinviare la scadenza, in ogni caso, non oltre il 31 dicembre 1996.

Dopo dieci anni, il 7 marzo 2002, interveniva una Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio dell'Unione europea (2002/22/CE), «relativa al servizio universale e ai diritti degli utenti in materia di reti e di servizi di comunicazione elettronica», ove all'art. 26 veniva imposto agli Stati membri di provvedere affinché:

- tutti gli utenti potessero chiamare gratuitamente il numero d'emergenza unico europeo "112" o qualsiasi numero d'emergenza nazionale a partire da qualsiasi apparecchio telefonico (fisso o mobile), compresi i telefoni pubblici a pagamento;
- le chiamate inoltrate verso il "112" ottenessero una adeguata risposta e fossero trattate nel modo più conforme (non discrimi-

natorio) rispetto alla struttura nazionale dei servizi di soccorso;

- le imprese esercenti le reti telefoniche pubbliche mettessero a disposizione dei servizi di soccorso, nella misura in cui fosse tecnicamente fattibile, le informazioni relative alla ubicazione del chiamante;
- i cittadini fossero adeguatamente informati in merito all'esistenza e all'uso del numero di emergenza unico europeo.

In altri termini, la Commissione prescriveva agli Stati non la semplice adozione di un numero unico europeo per le chiamate gratuite di emergenza, ma l'erogazione di un vero e proprio servizio attraverso la definizione di un "modello" di gestione delle comunicazioni di emergenza, caratterizzato in primis dalla disponibilità da parte dei servizi nazionali di emergenza delle informazioni sulla localizzazione del chiamante.

Il termine per dare attuazione alla direttiva era il 24 luglio 2003.

La Commissione Europea, il 25 luglio 2003, adottava la Raccomandazione n. 2003/558/CE, «sul trattamento delle informazioni relative alla localizzazione del chiamante sulle reti di comunicazione elettronica ai fini della fornitura di servizi di chiamata di emergenza con capacità di localizzazione», con la quale invitava gli Stati membri ad applicare una serie di principi e condizioni nella trasmissione delle informazioni di localizzazione ai servizi di pronto intervento per tutte le chiamate effettuate al numero di emergenza unico europeo "112".

Il decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, recante il «Codice delle comunicazioni elettroniche», con l'intento di dare attuazione alla Direttiva 2002/22/CE, all'art.75 bis, comma 2, all'art.76, riproducendo pedissequamente i



contenuti dell'atto comunitario, affidava al Ministero delle comunicazioni il compito di adottare le misure indispensabili.

Pertanto, il decreto legislativo n. 259 del 2003, incaricando il Ministero delle comunicazioni di dare concreta attuazione alla Direttiva, di fatto demandava a una fonte normativa secondaria (di natura regolamentare oppure amministrativa) il compito di definire i necessari provvedimenti organizzativi e tecnici.

In adempimento dell'indirizzo ricevuto, il Ministero delle comunicazioni emanava il decreto 27 aprile 2006, costituito da un solo articolo, con il quale sanciva: «... il servizio Numero unico europeo di emergenza è individuato quale servizio abilitato in base alla legge a ricevere chiamate d'emergenza provenienti dalle numerazioni 112, 113, 115, 118»; veniva, in definitiva, individuato un unico "servizio" abilitato a ricevere le chiamate provenienti da tutti i numeri di emergenza.

Seguiva il decreto 22 gennaio 2008 con cui il Ministero delle comunicazioni disponeva affinché gli operatori aventi la gestione delle reti telefoniche fisse e mobili mettessero a disposizione unicamente delle sale operative di Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri le informazioni relative all'identificazione della linea e localizzazione del chiamante verso i numeri di emergenza 112 e 113, per il tramite di un sistema informatico ubicato presso il centro elaborazione dati del Ministero dell'interno, prevedendo poi un meccanismo automatico di ripartizione delle chiamate dirette alle numerazioni 112 e 113 tra le sole centrali operative della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri.

Interveniva, infine, il Ministero dello sviluppo economico (che nel frattempo aveva assorbito le competenze del Ministero delle comunicazioni) con il decreto 12 novembre 2009, che estendeva alle sale operative dei Vigili del fuoco e dell'Emergenza sanitaria "118" la possibilità di accedere al servizio di identificazione e localizzazione delle chiamate dirette ai numeri di emergenza 115 e 118, senza modificare il meccanismo automatico di ripartizione delle chiamate alle numerazioni 112 e 113 individuato nel decreto del 2008.

I decreti ministeriali anzidetti, quindi, riguardavano essenzialmente gli aspetti tecnici legati

all'introduzione del numero unico europeo all'interno delle reti pubbliche di comunicazione, mentre non venivano assunte iniziative normative relativamente al modello organizzativo nazionale dei servizi di emergenza che sarebbe stato necessario adottare per rispettare i parametri fissati dal quadro normativo comunitario.

Tale limite era già insito nell'accennato art. 76 del Codice delle comunicazioni digitali, che, affidando unicamente al Ministero delle comunicazioni l'attuazione della direttiva, prefigurava probabilmente che a tal fine fossero sufficienti dei provvedimenti "tecnici", senza che occorresse mettere mano all'organizzazione della struttura nazionale dei servizi di emergenza.

Il Parlamento europeo e il Consiglio dell'Unione europea il 25 novembre 2009 adottavano la Direttiva 2009/136/CE, contenente, tra l'altro, la modifica della Direttiva 2002/136/CE, il cui art. 26 veniva riscritto in prospettiva di un rafforzamento delle disposizioni sul "112".

Con l'intento di individuare un modello organizzativo a livello nazionale che desse esatta attuazione alle indicazioni dell'Europa sul numero unico di emergenza, dal 2003 sono stati varati diversi gruppi di lavoro (interministeriali e interforze) e sperimentati i correlati modelli progettuali che qui di seguito s'illustrano:

○ **"NUE 2007"**. È detto anche "modello Salerno", perché sperimentato in quel capoluogo, e si basava sulla realizzazione di una centrale operativa "NUE 112" "sovrastutturale", costituita dal c.d. "punto d'interconnessione" (reso possibile da un sistema automatico gestito da Telecom per la ripartizione delle chiamate, secondo criteri di territorialità e di prossimità). Le chiamate pervenute sulla numerazione NUE 112 avrebbero ricevuto risposta dalle centrali operative di Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri, le quali avrebbero gestito direttamente l'emergenza e, ove necessario, avrebbero smistato le richieste d'intervento alle centrali operative competenti dei Vigili del Fuoco e del Soccorso sanitario. Il modello non risultava essere in linea con i parametri fissati nella Direttiva, essendo la funzione di localizzazione del chiamante

te disponibile solo alle centrali operative di Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri.

○ **"NUE 2009 INTEGRATO"**. Rappresentava lo sviluppo di quello del 2007, sperimentato a Salerno, ed è stato varato come soluzione temporanea per fare fronte all'emergenza generata dalle censure provenienti dalla Commissione europea in merito alla mancata attuazione della Direttiva 2002/22/CE. Come per il "NUE 2007" Tale sistema prevedeva che le chiamate dirette al 112 e 113 confluissero in un'unica centrale telefonica, c.d. "punto d'interconnessione", per essere gestite congiuntamente, secondo il criterio automatico del modello NUE 2007, secondo la medesima operatività ovvero: dalle centrali operative di Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri (Punto di primo contatto PSAP1) avrebbero gestito la chiamata assicurando direttamente l'intervento di competenza e, se necessario, avrebbero inoltrato la richiesta di intervento (l'utente in linea e i dati di localizzazione) agli enti di soccorso tecnico 115 e sanitario 118 (PSAP di secondo livello). Lo sviluppo rispetto al modello Salerno consisteva essenzialmente nella fruibilità dell'identificazione e localizzazione del chiamante anche per le telefonate dirette al 115 e 118 (numeri per i servizi di emergenza che rimangono attivi), rendendo così utilizzabile detta funzionalità da parte di tutti i servizi di emergenza.

Tale progetto rappresentava un passaggio fondamentale per la realizzazione dell'infrastruttura di base occorrente a supportare la messa a punto del "NUE 112" (riguardo sia alla rete telefonica, sia alle piattaforme tecnologiche dei sistemi di comunicazione e informatici degli enti di soccorso) e da questo punto di vista infrastrutturale si presenta in linea con il futuro progetto definitivo del "call center laico" ora identificato nella Centrale Unica di Risposta (CUR).

Dal punto di vista organizzativo, si osservava peraltro che, estendendo inevitabilmente l'utilizzo della numerazione NUE 112 su tutto il territorio nazionale, il modello "NUE 2009 integrato" avrebbe gravato in misura sempre più rilevante sulle centrali operative del 112 e del 113". In data 21 giugno 2010 è stato avviato, a livel-

lo sperimentale, il "Call center NUE 112 Varese" che, utilizzando l'infrastruttura tecnologica del modello NUE 2009 integrato, ha consentito di superare i punti di debolezza rappresentati dalle soluzioni individuate nei sistemi NUE 2007 e NUE 2009 Integrato.

Il modello realizzato a Varese prevedeva l'istituzione di un call center "laico" per la ricezione delle chiamate inoltrate al NUE 112 e la loro classificazione, localizzazione e smistamento ai competenti enti di emergenza. In particolare, tutti gli attuali numeri di emergenza (112, 113, 115 e 118), pur continuando ad esistere e ad essere quindi "chiamabili" dal cittadino, confluiscono nel NUE 112, attestato presso un risponditore unico costituito da un call center "laico" (PSAP di primo livello).

Il call center svolgeva la funzione di PSAP di primo livello, assicurando unicamente il primo contatto e l'immediato smistamento delle chiamate di emergenza, opportunamente classificate, con i dati di localizzazione del chiamante, alle competenti centrali operative di Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco e Emergenza sanitaria, aventi funzione di PSAP di secondo livello e incaricati della gestione operativa dell'emergenza.

La sperimentazione di Varese ha ottenuto risultati favorevoli con riferimento all'efficienza del servizio e, per tale motivo, il Ministero dell'Interno e la Regione Lombardia, concordavano di estendere il modello a tutto il territorio regionale.

L'estensione si è completata nel 2014.

ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI

La CUR NUE 112 costituisce la centrale di primo livello, che garantisce un'unica "prima risposta" a tutte le chiamate di soccorso (pubblica sicurezza, soccorso tecnico e soccorso sanitario) effettuate nel territorio della Regione componendo gli attuali numeri di emergenza (112, 113, 115 e 118).

Il modello di CUR NUE 112 si basa sulla distinzione tra centrale di primo livello (Public Safety Answering Point o PSAP 1), che riceve tutte le chiamate di emergenza e centrali di secondo livello (PSAP 2) che ne assumono la gestione operativa.

Gli operatori della CUR NUE 112, infatti, classificano il tipo di emergenza, raccolgono, attraverso i dati ricevuti automaticamente dal CED integrati con i dati emergenti dall'intervista telefonica, tutte le informazioni rilevanti (localizzazione del chiamante, motivo della richiesta) e le inoltrano alle centrali operative delle Amministrazioni competenti per funzione e territorio (Pubblica Sicurezza, Polizia di Stato, Arma

dei Carabinieri, Vigili del Fuoco ed Emergenza Sanitaria, Polizia Municipale H24) per la risoluzione dell'emergenza. L'operatore tecnico, per effettuare la localizzazione completa del luogo dell'evento, può avvalersi anche delle coordinate rilevate dall'utilizzo dell'app "Where ARE U" da parte dell'utente.

Figura 3. Contesto Operativo attuale del servizio NUE 112

CONTESTO OPERATIVO ATTUALE

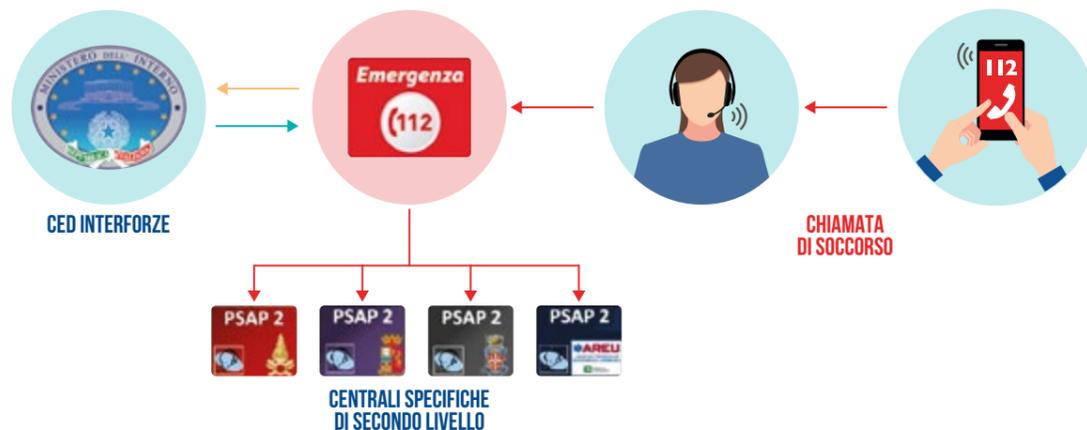
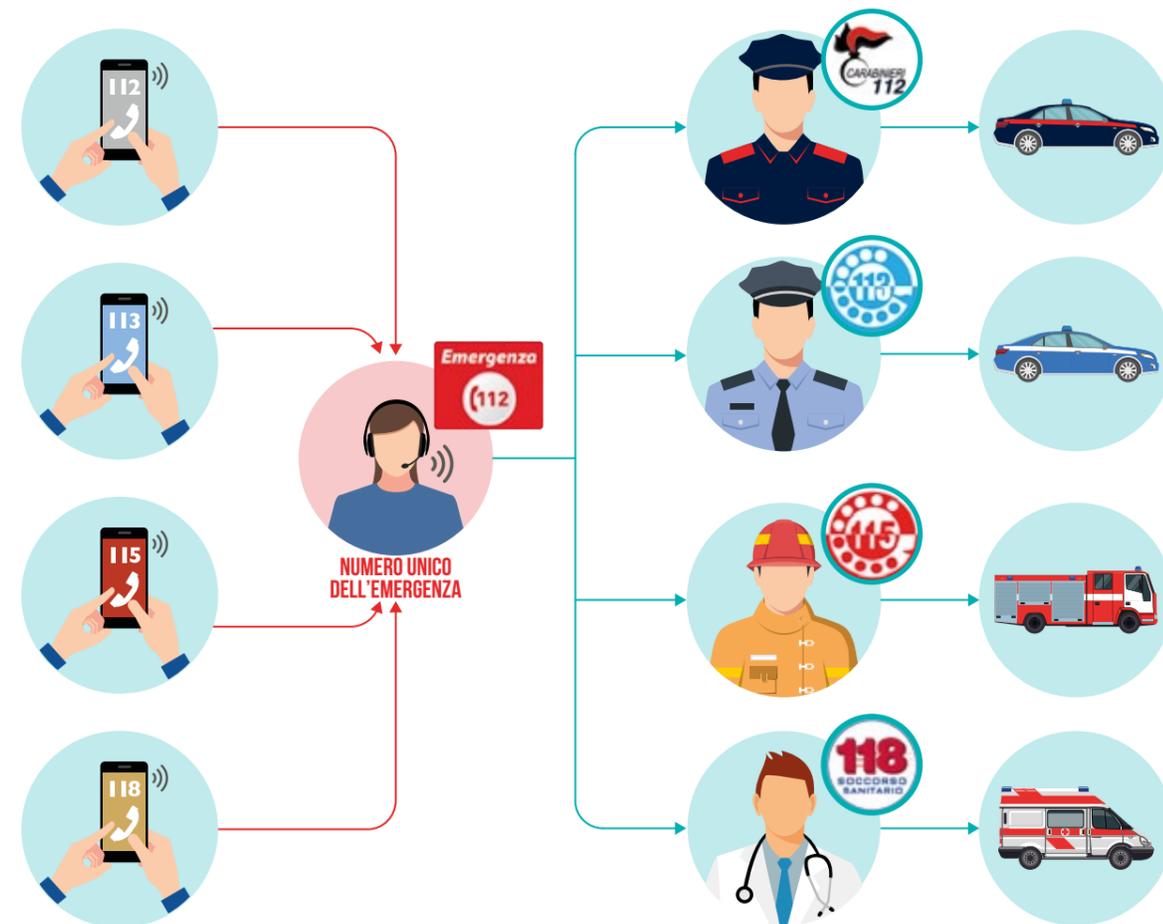


Figura 4. Gestione operativa del servizio in risposta ad una chiamata entrante



Qualunque numero nazionale di emergenza si chiami (113, 112, 115 e 118), la telefonata viene ricevuta dalla Centrale Unica di Risposta (CUR). Quando l'operatore della CUR risponde alla chiamata riceve in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante, che vengono automaticamente inseriti in una scheda in formato digitale (scheda contatto).

In questo modo, si evita anche che gli scherzi, gli errori o le chiamate improprie (come, ad esempio, le richieste di informazioni) arrivino alle Centrali operative di secondo livello che riceveranno solo le effettive chiamate di emergenza. La scheda è poi integrata con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario e trasferita, insieme alla chiamata, alla Centrale operativa di secondo livello a cui compete l'intervento (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Polizia municipale H24, Vigili del Fuoco ed Emergenza Sanitaria). Il processo seguito nella gestione di una chiamata dell'utente è il seguente (vds. schema logico di flusso sottostante):

- l'utente può chiamare da rete fissa e mobile, componendo il numero 112, ovvero il 113, il 115 e il 118, entrando in contatto con l'Operatore della CUR competente;
- l'operatore della CUR:
 - prende in carico la chiamata e, qualora la stessa sia in lingua straniera, attiva un'audio-conferenza per la gestione della conversazione in lingua, che proseguirà col PSAP2;
 - riceve in tempo reale i dati forniti dal Concentratore Interforze relativi all'identificativo e alla localizzazione del chiamante, che vengono automaticamente inclusi nella scheda contatto;
 - effettua l'intervista del chiamante per acquisire:
 - la conferma dei dati CED ricevuti;
 - i dati di localizzazione in caso di eventuale mancata risposta del CED;
 - l'integrazione dei dati di localizzazione messi a disposizione dal CED;
 - ulteriori elementi di localizzazione per le finalità indicate nei punti successivi;

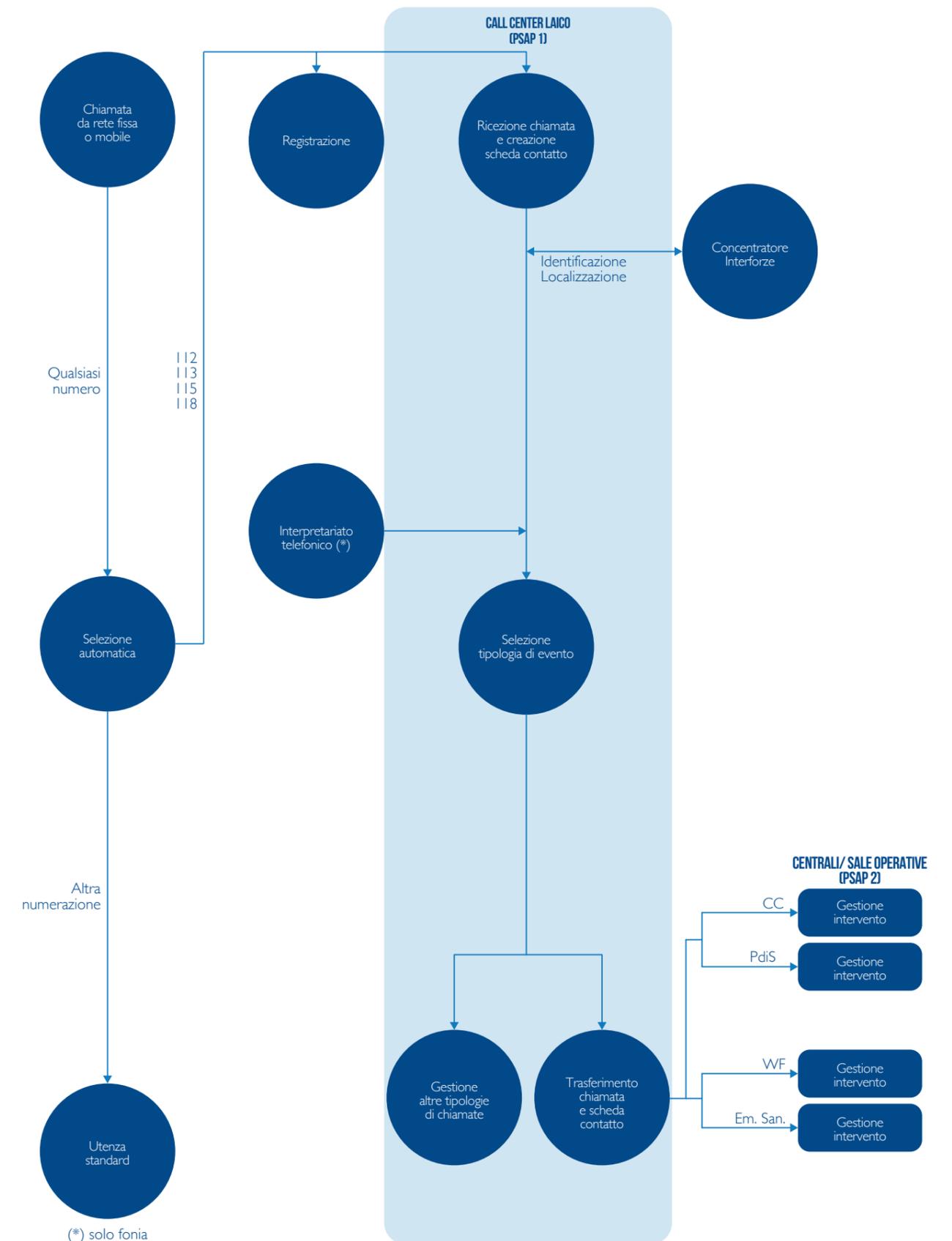
- individua, durante la conversazione e l'intervista con il chiamante, la natura dell'emergenza, in un tempo che deve attestarsi, nel 90% dei casi, in un massimo di 40 secondi dalla risposta;
- integra la scheda contatto con la "tipologia dell'evento", secondo la classificazione già impostata negli applicativi del Sistema NUE 112;
- trasferisce contestualmente la chiamata e la scheda contatto al PSAP2 competente il quale con riferimento alla localizzazione chiede unicamente la conferma, al termine dell'intervista, della localizzazione contenuta nella scheda contatto della CUR;
- trasferisce contestualmente la sola scheda contatto "per conoscenza" ai PSAP2. Gli Enti informati "per conoscenza" dalla CUR intervengono nella gestione dei Soccorsi sul territorio solo se attivati espressamente dai PSAP2 competenti.

Al cittadino vengono garantite:

- la centralizzazione della raccolta di tutte le chiamate di soccorso;
- una risposta coordinata e integrata tra le diverse Forze coinvolte;
- la funzionalità di localizzazione del chiamante;
- la risposta in diverse lingue;
- l'accesso ai cittadini diversamente abili;
- il "filtro delle chiamate improprie", ossia non vengono passate ai PSAP2 quelle chiamate che non sono d'emergenza (scherzi telefonici, richieste d'informazioni). Questa attività consente di ridurre significativamente le chiamate che, senza un preventivo filtro, andrebbero a gravare sui PSAP2. La percentuale delle chiamate che vengono "bloccate" dal PSAP1 corrisponde a circa il 40% delle telefonate totali giornaliere.

L'operatività delle CUR viene realizzata nel rispetto dei principi generali definiti dal "Disciplinare Tecnico Operativo per il funzionamento delle Centrali Unica di risposta" adottato dalla Commissione ex art. 75 bis del D.lgs. n. 259 del 2003.

Figura 5. Schema logico di flusso



Nella gestione delle chiamate d'emergenza assumono rilievo i canali alternativi alla chiamata telefonica che saranno sinteticamente descritti nei capitoli successivi "Requisiti tecnologici per Centrali Operative". Tuttavia, di particolare interesse per la gestione delle chiamate d'emergenza al 112 è il servizio e-Call.

La e-Call è una chiamata d'emergenza che può essere innescata automaticamente dal sistema installato sul veicolo quando viene rilevata una collisione attraverso appositi sensori e, più in generale, tramite l'interfacciamento con l'elettronica di bordo oppure, manualmente, da un occupante del veicolo. Una e-Call è a tutti gli effetti una chiamata di emergenza che segue il percorso di una chiamata al NUE 112.

L'ambito di applicazione dell'e-Call spazia dalla sua versione pubblica, detta "pan-European eCall", a quella privata supportata da organizzazioni private terze e definite come "TPS-e-Call" (Third Party Services supported e-Call).

Nella eCall pan-Europea, i dispositivi a bordo dell'autoveicolo, a seguito di un incidente, rilevato attraverso sensori/processori, avviano una chiamata al numero di Emergenza 112, a cui risponde un operatore della Centrale Unica di Risposta del Servizio NUE 112, che provvede ad inoltrare la chiamata al PSAP 2 più opportuno in base al tipo di emergenza.

Nella TPS-eCall, invece, i sistemi a bordo del veicolo possono rilevare e segnalare sia eventi quali guasto meccanico del veicolo che incidente stradale (eCall), generando di conseguenza una segnalazione di evento che viene gestita da un operatore TPSP (ad es.: TSP-Telematics Service Providers, compagnie assicurative, costruttori auto ecc..) che, in caso di Emergenza, provvede a contattare il PSAP 1 (la CUR). Attualmente le chiamate d'emergenza effettuate sul territorio italiano utilizzando sia il canale e-Call, sia il canale eCall pan-Europea, sia il canale TPS e-Call confluiscono sulla CUR di Varese, in quanto la sola e unica piattaforma certificata dalla competente autorità europea.

MODELLO ORGANIZZATIVO E FABBISOGNO DI PERSONALE

La Legge 4 agosto 2015 di riforma della Pubblica Amministrazione italiana ("legge Madia") pone in capo alle singole Regioni la gestione delle CUR NUE 112, attraverso le quali il servizio NUE 112 viene erogato alla popolazione nell'ambito territoriale di competenza.

Ogni Regione ha realizzato il progetto individuando il soggetto attuatore attraverso una valutazione autonoma funzionale alle proprie specifiche organizzative.

Sul territorio nazionale si ha pertanto un quadro di afferenze non uniforme. Vi sono alcune Regioni che hanno incardinato il NUE 112 nell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale nelle Aziende Sanitarie o in Società regionali che operano in ambito sanitario, altre hanno istituito una specifica Direzione Regionale o inserito il servizio nella rispettiva direzione regionale della Protezione Civile (Tabella 5).

Tabella 5. Identificazione dei soggetti attuatori a livello regionale

REGIONE	SOGGETTO ATTUATORE
Piemonte e Valle d'Aosta	Servizio Sanitario Regionale
Lombardia	Servizio Sanitario Regionale
Liguria	Servizio Sanitario Regionale
Provincia autonoma Trento	Direzione Provinciale della Protezione Civile
Provincia autonoma Bolzano	Direzione Provinciale della Protezione Civile
Friuli-Venezia Giulia	Direzione Protezione Civile
Toscana	Servizio Sanitario Regionale
Marche e Umbria	Sistema Sanitario Regionale
Lazio	Direzione regionale-Dipartimento specifico
Sicilia	Direzione Regionale Salute
Sardegna	Servizio Sanitario Regionale

L'eterogeneità delle scelte effettuate dalle regioni nell'individuare il soggetto responsabile della gestione delle CUR ha portato ad assoggettare il contratto di lavoro degli operatori in servizio presso le Centrali a normative contrattuali differenti a fronte di una identica figura professionale che svolge funzioni sovrapponibili.

PERSONALE

In ciascuna CUR sono inserite, in linea di massima, le seguenti figure:

- Operatore Tecnico o Call-Taker;
- Referente di Turno;
- Amministratore di Sistema NUE 112;
- Coordinatore della CUR NUE 112;
- Responsabile del Servizio NUE 112.

Vengono qui di seguito sintetizzati i principali compiti e le responsabilità che, di norma, sono attribuite alle figure professionali presenti nelle CUR, suddivise in relazione alle attività effettuate.

OPERATORE TECNICO/CALL TAKER (O.T.)

L'operatore tecnico della CUR (Call Taker), ai sensi di quanto previsto dal Disciplinare tecnico operativo per il funzionamento della CUR, assume la qualifica di "incaricato di pubblico servizio" e svolge la propria attività nell'ambito del servizio pubblico di emergenza NUE 112 (servizi pubblici essenziali, art. 1, l: 12 giugno 1990 n.146) con piena professionalità acquisita anche attraverso specifici percorsi formativi, con il supporto di sistemi informativi e applicativi informativi dedicati, ai sensi di quanto previsto dal Disciplinare Tecnico Operativo del 28 marzo 2011.

Nell'ambito del Servizio NUE 112 ha i compiti di seguito riportati:

- assicura la risposta e la gestione delle chiamate che riceve la CUR sulle Numerazioni d'Emergenza Nazionale e su altre Numerazioni, che migreranno sulla CUR in base ad intese locali o nazionali;
- individua, durante la conversazione con il chiamante, la natura dell'emergenza;
- prende in carico la chiamata attivando, se necessario, una audio conferenza per la gestione della conversazione in lingua straniera;
- riceve in tempo reale i dati forniti dal CED relativi all'identificativo e alla localizzazione del chiamante, che vengono automaticamente inclusi nella scheda contatto integrati con l'intervista telefonica e con quelli ricevuti attraverso le applicazioni utilizzate dal chiamante per inviare richieste d'emergenza;

- integra la scheda contatto con la "tipologia dell'evento", secondo la classificazione già impostata nell'applicativo NUE 112;
- trasferisce contestualmente la chiamata e la scheda contatto al PSAP2 competente;
- in breve tempo svolge la propria attività nel rispetto di quanto contenuto nel Disciplinare Tecnico Operativo approvato dalla Commissione Consultiva ex art. 75 bis del D.lgs. 259/2003 e di quanto previsto dalle Istruzioni Operative declinate in ogni Centrale.

REFERENTE DI TURNO (RT)

Nell'arco delle 24 ore l'organizzazione dell'attività degli operatori in ogni turno di servizio (organizzazione della Sala) è affidata ad un operatore esperto denominato "Referente di Turno" (di seguito R.T.).

Il Referente di turno ha i seguenti compiti:

- garantire l'operatività della CUR;
- in caso di urgenza e in assenza del Responsabile di Struttura o del Coordinatore, gestire in modo autonomo le relazioni con i PSAP 2;
- definire le postazioni degli operatori;
- assegnare le attività;
- verificare le presenze;
- pianificare le pause;
- controllare il regolare svolgimento delle attività in sala;
- monitorare il numero di chiamate in ingresso al NUE 112 per una suddivisione equa dei carichi di lavoro;
- intervenire nelle situazioni di difficoltà;
- controllare gli accessi in Centrale Operativa;
- essere di supporto ai colleghi e intervenire nelle situazioni di difficoltà;
- verificare il rispetto e l'applicazione delle procedure e istruzioni operative aziendali.

Il Referente di Turno costituisce, grazie alle competenze acquisite con specifici percorsi di sviluppo professionale e all'esperienza maturata, il punto di riferimento del gruppo (in caso di gestione di chiamate complesse fornisce indicazioni agli O.T., trasmette loro le informazioni per la corretta applicazione delle procedure e delle Istruzioni Operative, si prende carico di problematiche emergenti, della informazione e consulenza tecnica su procedure e istruzioni operative).

AMMINISTRATORE DI SISTEMA NUE 112

L'operatività del NUE 112 sul territorio regionale richiede una forte integrazione e raccordo dal punto di vista infrastrutturale/tecnologico che consente di poter garantire, anche mediante il ricorso alla reperibilità, il funzionamento H24 per 365 giorni/anno senza soluzione di continuità.

Per tale ragione è stato necessario acquisire, nei termini di legge, competenze professionali specifiche, altamente qualificate in grado di progettare e realizzare soluzioni informatiche idonee a garantire, con interventi da effettuarsi anche in tempo reale in caso di guasti, la corretta modalità operativa dell'intera architettura, il suo sviluppo ed implementazione.

A tale fine è stata individuata la figura dell'Amministratore di sistema NUE 112.

L'amministratore di sistema è un operatore con competenze informatiche dedicato alla gestione, aggiornamento e manutenzione ordinaria del sistema informatico utilizzato nell'ambito delle CUR NUE 112.

Nell'esercizio delle sue funzioni, l'Amministratore di sistema si raccorda con il Coordinatore della CUR NUE 112 (o con i soggetti dagli stessi delegati) e con le società esterne incaricate dei servizi di manutenzione.

COORDINATORE DELLA CUR NUE 112

Nell'ambito di ogni CUR NUE 112 è prevista la presenza di una figura di collaboratore con funzione di coordinamento, che supporta il Responsabile della CUR e collabora al coordinamento delle attività della CUR nel rispetto delle disposizioni di AREU. Il Coordinatore in particolare:

- monitora i processi organizzativi, garantendo il corretto svolgimento delle attività;
- riferisce e propone al Responsabile di Struttura soluzioni organizzative per il miglioramento del servizio svolto dalla CUR;
- contribuisce alla definizione del fabbisogno di risorse (umane, tecniche, tecnologiche e strutturali) necessarie a garantire l'efficace erogazione del servizio;
- persegue il miglior clima lavorativo;
- coordina e supervisiona il personale tecnico nelle attività attribuite alla CUR;

- definisce l'organizzazione del lavoro del personale della CUR nella attività di Call-Taker garantendo la copertura dei turni di servizio;
- verifica le competenze e i comportamenti adottati durante l'attività di servizio dal personale tecnico assegnato alla CUR NUE 112;
- promuove la definizione ed è garante dell'applicazione di linee guida, regolamenti e procedure volti a disciplinare le attività;
- mantiene i rapporti con i propri omologhi delle Centrali di Secondo Livello (PSAP2) per quanto attiene gli aspetti relativi alla attività della CUR;
- è Responsabile della corretta gestione delle richieste di accesso alla Documentazione del NUE 112 e della trasmissione della documentazione NUE 112 ai richiedenti;
- promuove e sostiene l'implementazione del sistema di qualità e del rischio della CUR NUE 112;
- riconosce e segnala eventuali situazioni di criticità informando i soggetti competenti individuati nell'ambito della propria organizzazione;
- garantisce, per quanto di competenza e attraverso la rete dei dirigenti/preposti, l'applicazione e il rispetto della normativa in tema di sicurezza ai sensi del D.lgs. n. 81/2008;
- garantisce, per quanto di competenza, il corretto ed efficiente utilizzo delle risorse tecnologiche assegnate;
- verifica l'attività di formazione e di aggiornamento del personale operante in CUR.

RESPONSABILE DEL SERVIZIO NUE 112

Nell'ambito del Servizio NUE 112 è prevista la presenza di un Responsabile (dirigente del ruolo tecnico, amministrativo o sanitario) con competenze organizzative e gestionali che, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, assicura lo svolgimento delle seguenti attività:

- collabora nella definizione delle linee strategiche di attività del NUE 112, individuando e proponendo ambiti di sviluppo e miglioramento;

- pianifica e verifica le attività svolte dalla CUR NUE 112 e ne supporta le necessità organizzative e logistiche;
- predispone la documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative...);
- gestisce le relazioni con gli stakeholder;
- gestisce i reclami e le segnalazioni degli utenti in relazione all'attività di competenza;
- analizza gli eventi critici e individua le azioni di miglioramento.

LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Per garantire l'uniformità del Servizio sul territorio nazionale e assicurarne ottimali livelli di efficienza, le singole CUR e le relative organizzazioni regionali sono dotate di un sistema di rilevazione e monitoraggio dei seguenti dati, ritenuti fondamentali per la misurazione della qualità del Servizio:

- numero delle chiamate in arrivo;
- distribuzione delle chiamate nelle 24 ore;
- numero delle chiamate trasferite a ogni singolo PSAP2;
- tempi di risposta da parte del PSAP1;
- chiamate non risposte (perse/abbandonate) dal PSAP1 entro/dopo 4 squilli;
- numero di chiamate ricevute in trabocco con indicazione della CUR di provenienza;
- chiamate con attesa superiore a 15 secondi con indicazione dei secondi effettivi;
- tempo impegno (secondi) chiamate non inoltrate;
- tempo di processo, sgancio e impegno (secondi) chiamate inoltrate;
- effetto filtro per numerazione di emergenza su cui è stata effettuata la chiamata (percentuali inoltrato/non inoltrato);
- tipologia di utenza da cui pervengono le chiamate (percentuale fisso/mobile/non noto);
- localizzazione delle chiamate tramite CED interforze (percentuale sì/no) distinte per linea fissa o mobile;
- numerazione di emergenza chiamata dall'utenza pervenuta alla CUR (numero e percentuale);
- distribuzione chiamate a PSAP2 per ora (valore per centrale di destinazione);

- tempi di sgancio al PSAP2 (valore per centrale di destinazione);
- tempo di risposta del PSAP2 all'operatore CUR (valore per centrale di destinazione);
- area/provincia di provenienza delle chiamate per ora (valore).

Detto sistema di monitoraggio viene alimentato in modo automatico e con cadenza giornaliera consente ad ogni CUR di poter attuare in tempo reale le azioni in grado di far fronte a situazioni di criticità attraverso uno stretto raccordo con i PSAP2. Inoltre, l'analisi di tali indicatori offre spunti per il miglioramento della qualità operativa sfruttando la miglior sinergia tra le Centrali di primo e secondo livello mediante la condivisione di progetti comuni.

PANORAMICA ESPERIENZE REGIONALI

Il 4 agosto 2015 la Legge di riforma della Pubblica Amministrazione italiana ("legge Madia") stabilisce "l'istituzione del Numero Unico Europeo 1.1.2 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 decreto legislativo n. 259 del 2003".

Il modello organizzativo cui si fa riferimento è quello della Centrale Unica di Risposta (CUR) analogo a quello realizzato a partire dal 2010 in Provincia di Varese e prevede una CUR di Primo Livello, detta anche Public Safety Answering Point di livello 1 (PSAP1), che riceve le chiamate destinate a tutte le numerazioni di emergenza previste dal Piano Nazionale (112, 113, 115, 118); qualunque di questi numeri il chiamante componga, la telefonata confluisce automaticamente verso la CUR del Servizio NUE 1.1.2 competente per territorio.

Il modello CUR riconosciuto dalla "legge Madia" è diverso da quello della Centrale Unica Interforze, che vede seduti in un'unica Centrale gli operatori di tutte le forze del Soccorso, una sorta di confluenza delle rispettive Centrali in un unico sito.

Oggi invece questo coordinamento è garantito dall'infrastruttura tecnologica delle CUR che consente una risposta tempestiva e appropriata indipendentemente dalla collocazione fisica degli operatori.

La CUR è composta da operatori che non appartengono né alle Forze di Polizia, né al Soccorso sanitario né ai Vigili del Fuoco; si tratta di personale dipendente dalle Regioni (da cui il termine "operatori laici") appositamente selezionato e formato per svolgere i compiti specificamente in capo alle CUR. Il personale delle CUR ha maturato una indiscutibile esperienza nella risposta e smistamento delle chiamate di soccorso e ha concorso a sviluppare gli aggiornamenti delle soluzioni procedurali adottate negli anni.

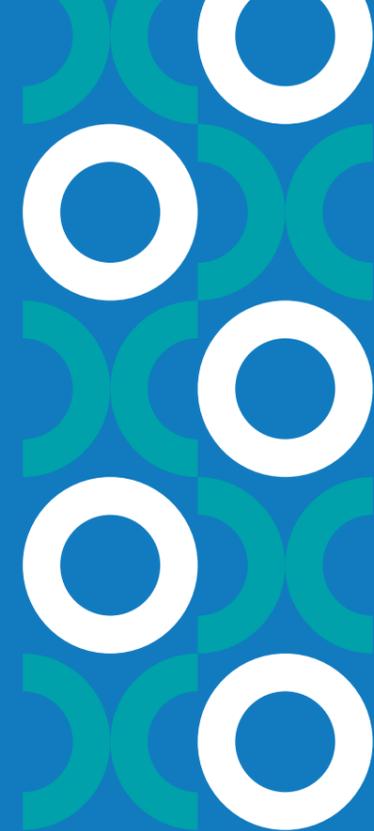
Alla data del 1° giugno 2021 sul territorio nazionale sono attive le seguenti CUR:

- Lombardia: Milano, Varese, Brescia (copertura regionale totale);
- Lazio: Roma Capitale (Distretto telefonico 06);
- Piemonte: Cuneo, Torino e Valle d'Aosta (coperture regionali totali);
- Liguria: Genova (copertura regionale totale);
- Friuli-Venezia Giulia: Palmanova (copertura regionale totale);
- Provincia Autonoma di Trento (copertura provinciale totale);
- Provincia Autonoma Bolzano (copertura provinciale totale);
- Sicilia: Catania e Palermo (copertura regionale totale);
- Marche e Umbria: Ancona (copertura regionale totale);
- Toscana: Firenze (copertura regionale totale).

La copertura della popolazione italiana servita dal modello CUR è ad oggi circa del 60%. Presumibilmente entro la fine del 2021 confluirà nel Servizio nazionale NUE 112 la Regione Sardegna.

Figura 6. Centrali Uniche Regionali 112 sul territorio nazionale





IL SISTEMA DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118

a cura di

Danilo Bono - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza - Agenas

Domenico Antonio Ientile - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza - Agenas

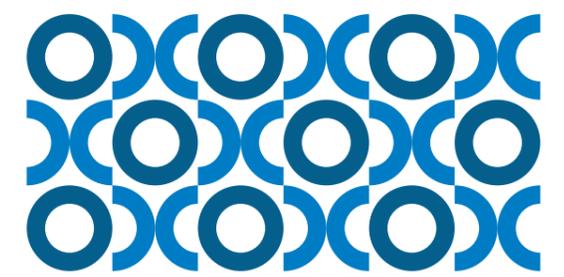
Libero Mileti - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza - Agenas

Paolo Rosi - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza - Agenas

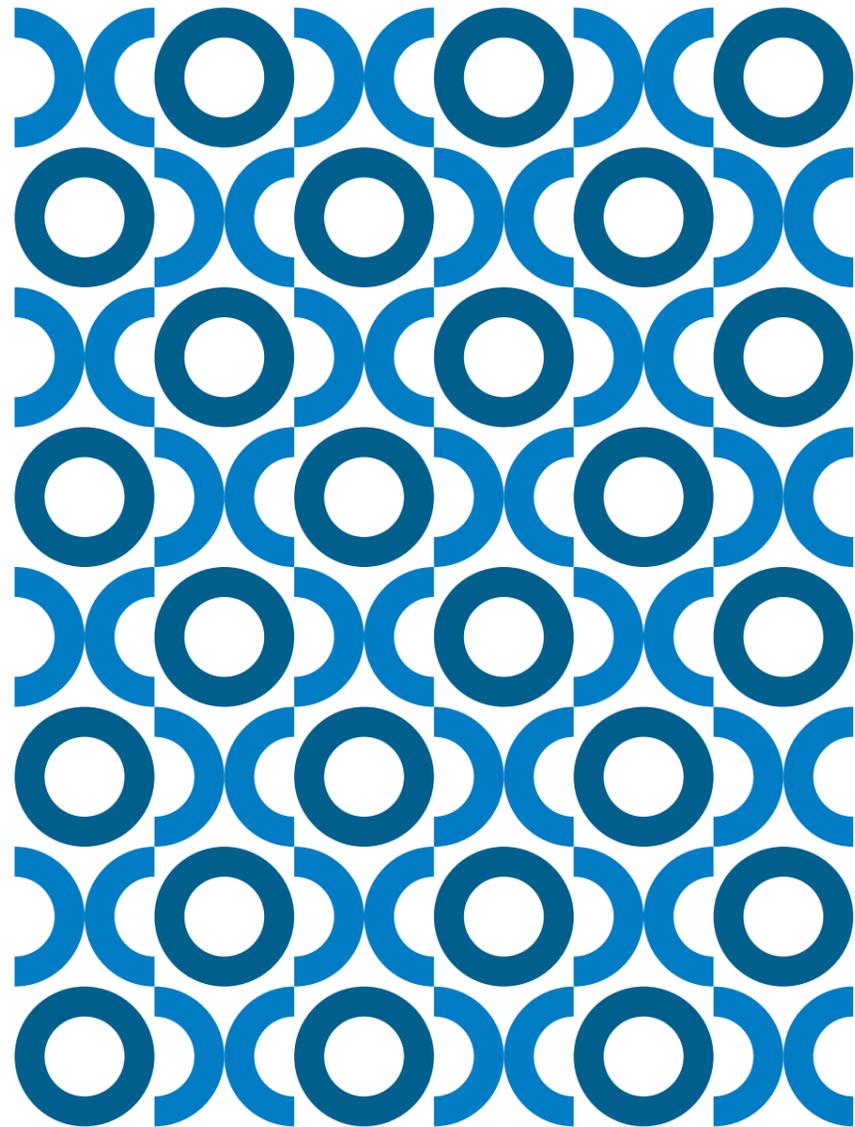
Simone Furfaro - Agenas

Alessandra Nunzia Rita Barone - PonGov Cronicità - Agenas





Il Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118



ANALISI NORMATIVA EUROPEA E NAZIONALE DI RIFERIMENTO

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", l'emergenza sanitaria sul territorio è divenuto un sistema, che consente l'invio del mezzo più adeguato e meglio attrezzato per il così detto trattamento extraospedaliero "Stay and Play", così da incidere sull'intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguato soccorso (Therapy Free Interval) prima del trasporto all'ospedale più idoneo.

Il citato DPR, infatti, prevede di costruire un sistema integrato di emergenza-urgenza basato su:

- un sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità;
- un sistema di allarme e di emergenza territoriale, attivato dal numero telefonico unico e gratuito "118", le cui componenti base sono le Centrali Operative (CO 118) e le Postazioni Territoriali di Emergenza (PET) con il relativo personale e mezzo di soccorso.

Nel corso degli anni, inoltre, il legislatore nazionale e la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno adottato numerosi provvedimenti per consentire al sistema 118 di avere uno sviluppo omogeneo sull'intero territorio nazionale.

Tale attività ha consentito sia di rispondere a quanto richiesto dal Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, che inserisce le prestazioni rese in emergenza-urgenza tra le prestazioni rientranti nei LEA, sia di migliorare la capacità e l'unitarietà di risposta in caso di interventi su territori di confine e in caso di maxi-emergenze.

Il primo atto di indirizzo, con il compito di stabilire i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti coinvolti, è il DM Sanità del 15 maggio 1992 recante "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza". Con l'Intesa tra lo Stato e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 17/05/1996 sono state approvate dall'ex Ministero della Sanità, oggi Ministero della Salute, le "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992", nel quale sono stati definiti criteri ed indirizzi uniformi sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza. Nel tempo, con il progredire delle diverse esperienze regionali, sono stati approvati diversi atti che hanno consentito di:

- Definire le caratteristiche tecniche dei mezzi adibiti al trasporto, al trattamento e al monitoraggio dei pazienti. DM del Ministro dei trasporti e della navigazione n. 487 del 20/11/1997 "Regolamento recante la normativa tecnica ed amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali" (G.U. n. 14 del 19.01.1998).
- Individuare specifiche attività formative per i Medici, Infermieri, Soccorritori e Tecnici operanti nel sistema di emergenza-urgenza. Accordo del 22/05/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" (GU Serie Generale n.196 del 25-08-2003 - Suppl. Ordinario n. 139).



- Costruire un flusso informativo, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute, diretto ad acquisire i dati relativi alle prestazioni erogate dal Sistema 118 e dal Pronto Soccorso, al fine di monitorarne le attività, analizzare i volumi di prestazioni, le caratteristiche dell'utenza e i pattern di trattamento. DM del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". (GU Serie Generale n.9 del 13-01-2009), aggiornato con il DM Salute del 06/08/2012 "Modifiche al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (G.U. Serie Generale, n. 196 del 23 agosto 2012).
- Definire il modello organizzativo del Sistema dell'Emergenza-Urgenza sanitaria articolandolo in CO 118, rete territoriale di soccorso, con PET e servizio integrato di elisoccorso (JAR-OPS 3, Operation of Helicopters Certified for Flight in Limited Icing Conditions, 20.05.2007) e rete ospedaliera dell'emergenza, individuando strutture di diversa complessità assistenziale come Pronto Soccorsi Ospedalieri, Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Accettazione (DEA). DM n.70 del 02 aprile 2015, (G.U. n. 127 del 4 giugno 2015), "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

AMBITO DI RILEVAZIONE FLUSSI INFORMATIVI EMERGENZA-URGENZA

L'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza (EMUR) avviene in risposta all'esigenza di acquisire informazioni necessarie per il monitoraggio dell'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza, per l'analisi del volume delle prestazioni e le valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento, allo scopo di supportare la verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Con l'adozione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, a seguito del parere favorevole espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 20 novembre 2008, il Sistema EMUR è entrato nella fase operativa di rilevazione dei dati.

In particolare, il flusso informativo per le prestazioni di emergenza-urgenza da parte del Sistema 118, dettagliato nel disciplinare tecnico del suddetto decreto, fa riferimento alle seguenti informazioni:

- identificazione della Centrale Operativa 118;
- dati relativi alla chiamata telefonica al numero 118;
- dati relativi alla missione di soccorso attivata dalla Centrale Operativa 118;
- identificazione dell'assistito;
- dati relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso;
- dati relativi all'esito dell'intervento.

Nella Tabella 6 si riporta, in particolare, la rappresentazione grafica e tabellare dei volumi di attività relative alle chiamate telefoniche alle CO 118, rilevate dal flusso EMUR negli anni 2018 e 2019, da cui si può evincere come ancora oggi, in riferimento ad alcune regioni il flusso spesso non è completo.

Tabella 6. Volumi attività Centrali Operative 118, anno 2018/2019.
Fonte: Ministero della Salute, NSIS. Elaborazione Agenas



	N° CHIAMATE 2018	N° CHIAMATE 2019	DELTA 2019/2018
ABRUZZO	219.500	217.680	-1.820
BASILICATA	55.398	69.930	14.532
CALABRIA	94.760	62.347	-32.413
CAMPANIA	346.933	725.028	378.095
EMILIA ROMAGNA	539.966	464.613	-75.353
FRIULI VENEZIA GIULIA	293.685	294.769	1.084
LAZIO	439.019	548.156	109.137
LIGURIA	593.836	642.824	48.988
LOMBARDIA	1.097.362	1.134.177	36.815
MARCHE	246.232	238.052	-8.180
MOLISE	29.072	29.737	665
PIEMONTE	407.113	435.880	28.767
PROV. AUTON. BOLZANO	49.679	61.621	11.942
PROV. AUTON. TRENTO	92.395	50.218	-42.177
PUGLIA	332.276	340.852	8.576
SARDEGNA		18.436	18.436
SICILIA	279.790	444.699	164.909
TOSCANA	808.837	821.205	12.368
UMBRIA	115.395	114.130	-1.265
VALLE D'AOSTA	30.953	29.758	-1.195
VENETO	689.456	700.392	10.936
ITALIA	6.761.657	7.444.504	682.847

Nella Tabella 7 i volumi di chiamate suddivise secondo due macro-tipologie:

- *Soccorso / Trasporto / Altro*: intervento in corso, ricerca posti letto, richiesta di soccorso, trasporto secondario urgente e altro;
- *Continuità Assistenziale / Informazioni*: continuità assistenziale e informazione all'utenza.

Tabella 7. Volumi chiamate, anno 2019, per soccorso/trasporto e Continuità Assistenziale delle Regioni italiane

TIPOLOGIA DI CHIAMATA	2018	2019	% 2018	% 2019	
ABRUZZO	Soccorso/Trasporto/Altro	169.154	171.017	77,06%	78,56%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	50.346	46.663	22,94%	21,44%
BASILICATA	Soccorso/Trasporto/Altro	52.870	67.571	95,44%	96,63%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	2.528	2.359	4,56%	3,37%
CALABRIA	Soccorso/Trasporto/Altro	91.752	59.428	96,83%	95,32%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	3.008	2.919	3,17%	4,68%
CAMPANIA	Soccorso/Trasporto/Altro	320.820	669.228	92,47%	92,30%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	26.113	55.800	7,53%	7,70%
EMILIA ROMAGNA	Soccorso/Trasporto/Altro	536.790	464.506	99,41%	99,98%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	3.176	107	0,59%	0,02%
FRIULI VENEZIA GIULIA	Soccorso/Trasporto/Altro	293.073	294.475	99,79%	99,90%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	612	294	0,21%	0,10%
LAZIO	Soccorso/Trasporto/Altro	429.731	522.846	97,88%	95,38%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	9.288	25.310	2,12%	4,62%
LIGURIA	Soccorso/Trasporto/Altro	414.107	447.439	69,73%	69,61%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	179.729	195.385	30,27%	30,39%
LOMBARDIA	Soccorso/Trasporto/Altro	1.013.608	1.052.990	92,37%	92,84%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	83.754	81.187	7,63%	7,16%
MARCHE	Soccorso/Trasporto/Altro	192.370	188.014	78,13%	78,98%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	53.862	50.038	21,87%	21,02%
MOLISE	Soccorso/Trasporto/Altro	26.798	27.660	92,18%	93,02%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	2.274	2.077	7,82%	6,98%
PIEMONTE	Soccorso/Trasporto/Altro	401.882	430.898	98,72%	98,86%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	5.231	4.982	1,28%	1,14%
PROV. AUTON. BOLZANO	Soccorso/Trasporto/Altro	49.678	61.619	100,00%	100,00%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	1	2	0,00%	0,00%
PROV. AUTON. TRENTO	Soccorso/Trasporto/Altro	80.392	42.216	87,01%	84,07%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	12.003	8.002	12,99%	15,93%
PUGLIA	Soccorso/Trasporto/Altro	329.735	339.168	99,24%	99,51%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	2.541	1.684	0,76%	0,49%
SARDEGNA	Soccorso/Trasporto/Altro		18.436	0,00%	100,00%
	Continuità Assistenziale/Informazioni				
SICILIA	Soccorso/Trasporto/Altro	279.790	444.699	100,00%	100,00%
	Continuità Assistenziale/Informazioni			0,00%	0,00%
TOSCANA	Soccorso/Trasporto/Altro	535.136	551.022	66,16%	67,10%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	273.701	270.183	33,84%	32,90%
UMBRIA	Soccorso/Trasporto/Altro	97.078	96.853	84,13%	84,86%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	18.317	17.277	15,87%	15,14%
VALLE D'AOSTA	Soccorso/Trasporto/Altro	19.523	19.701	63,07%	66,20%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	11.430	10.057	36,93%	33,80%
VENETO	Soccorso/Trasporto/Altro	634.015	651.430	91,96%	93,01%
	Continuità Assistenziale/Informazioni	55.441	48.962	8,04%	6,99%

Si nota come in alcune regioni la percentuale dell'attività delle chiamate di tipo informativo e di continuità assistenziale sia di oltre il 20%.

SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE 118

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 si inquadra come tassello fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale, ad elevata complessità gestionale e deputato alla gestione, sul territorio nazionale, del soccorso sanitario.

Quest'ultimo si intende riferito a situazioni cliniche molteplici e di crescente ordine di complessità, inquadrabili in:

- eventi acuti minori o urgenze minori, ossia situazioni acute che non presentano caratteristiche cliniche di potenzialità evolutiva, che produca instabilità immediata delle funzioni vitali;
- urgenze o acuzie inquadrabili in contesti clinici che definiscono un paziente che presenti funzioni vitali instabili, quindi in potenziale pericolo di vita;
- emergenze o acuzie inquadrabili in contesti clinici che vedano il paziente con funzioni vitali assenti o gravemente compromesse, quindi in imminente pericolo di vita;
- incidenti maggiori, situazioni cliniche di acuzie che vedano colpite, in misura variabile, secondo dinamiche di diversa natura, convenzionale o non convenzionale, più persone, in misura non superiore convenzionalmente a 20 pazienti;
- maxi-emergenze situazioni cliniche di acuzie in contesti improvvisi di sovrimento delle normali capacità di risposta dei Sistemi Sanitari Locali, che vedano colpite, in misura variabile, secondo dinamiche di natura convenzionale o non convenzionale, quantità significative di persone, convenzionalmente in misura superiore a 20 pazienti.

Al Sistema 118 competono anche attività istituzionali quali il trasporto urgente di sangue e d'organo.

Oltre a queste funzioni istituzionali, negli anni, sono state assunte dal Sistema 118 altre attività di fondamentale importanza, quali:

- la collaborazione con le Strutture di Neonatologia per il Servizio Trasporto Emergenza Neonatale S.T.E.N. e il trasporto assistito materno S.T.A.M.;
- la collaborazione con le strutture di riferimento per le sinergie connesse alle attività trapiantologiche;
- l'organizzazione e l'assistenza sanitaria per

situazioni di emergenza-urgenza in corso di manifestazioni di pubblico interesse, di rimozioni di ordigni bellici e di emergenze umanitarie;

- l'attività formativa in tema di primo soccorso per la popolazione, gli enti, le scuole, gli ambienti di lavoro;
- le fasi di coordinamento, verifica di qualità dei progetti di defibrillazione di comunità con autorizzazione all'utilizzo del defibrillatore.

L'organizzazione per la funzione di emergenza sanitaria territoriale viene espletata con le finalità di seguito descritte:

- viene perseguita l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in emergenza-urgenza con attenzione alla definizione e applicazione di procedure per il controllo ed il monitoraggio dell'attività e della spesa. La base dei dati che costituisce supporto per l'analisi degli interventi è desunta dal flusso EMUR, e può permettere la messa in opera di meccanismi di correzione verso gli standard attesi;
- è valutata e continuamente incrementata l'appropriatezza delle prestazioni attraverso il recupero e la corretta gestione di eventi a bassa criticità con sempre maggior interazione con le cure primarie, la continuità assistenziale e la nuova articolazione dei Centri di Assistenza Primaria. Inoltre, con l'istituzione e la piena operatività delle Centrali Operative NEA 116117, dovranno essere condivisi percorsi di assistenza alle cronicità, alle comorbilità, alla palliazione ed alle fragilità socioassistenziali;
- viene periodicamente verificata la puntuale applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, in particolare per le patologie tempo dipendenti al fine di sostenere il corretto indirizzamento dei pazienti verso i profili di cura stabiliti a livello nazionale e regionale;
- i protocolli di operatività per l'ospedalizzazione del paziente verso l'ospedale più idoneo e più vicino dovranno armonizzarsi con la riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera nell'area di riferimento;
- i diversi sistemi regionali implementano protocolli operativi interregionali e tran-

sfrontalieri al fine di ottimizzare i tempi di intervento e di valorizzare i meccanismi di compensazione;

- deve essere affrontata la ridefinizione e l'aggiornamento degli accordi quadro per le attività di assistenza sanitaria, con le associazioni e gli enti aventi titolo, per una migliore programmazione e sostenibilità normativa ed economica;
- è prevista l'integrazione nella rete dei trasporti secondari inter-ospedalieri protetti di paziente critico, fino alla completa presa in carico;
- devono essere completati i percorsi in materia di maxi-emergenza, finalizzati alla piena integrazione delle diverse componenti del S.S.R., alla pianificazione in continuità tra la fase extraospedaliera e quella ospedaliera, in raccordo con i meccanismi previsti dal Dipartimento della Protezione Civile;
- deve essere prevista la definizione della rete regionale o interregionale di elisuperfici e siti di pubblica utilità per massimizzare l'impiego dell'elisoccorso anche per impegno transfrontaliero.

Il sistema dell'emergenza urgenza sanitaria territoriale 118 si impernia su due elementi strutturali e funzionali, fondamentali ed indispensabili per lo svolgimento della propria mission:

- la Centrale Operativa Emergenza Sanitaria;
- le Postazioni Territoriali 118.

LA CENTRALE OPERATIVA 118 DELL'EMERGENZA URGENZA (CO 118)

In ossequio al documento d'intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014 e al D.M. n.70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", la centrale operativa 118 è preposta alla ricezione delle richieste di soccorso, all'attivazione dell'intervento più appropriato ed al coordinamento delle risorse disponibili mediante protocolli, procedure di attivazione e coordinamento unificato di risorse professionali e tecniche, che valorizzano, nel

rispetto dei diversi ruoli e delle differenti competenze degli Enti preposti alla gestione dell'emergenza, tutte le sinergie finalizzate alla razionalizzazione degli interventi ed all'ottimizzazione dell'impiego dei mezzi e del personale disponibile. La CO 118 svolge pertanto un'attività a carattere tecnico e organizzativo, le cui principali funzioni sono riassumibili nel processo delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, supporto del team di soccorso nello svolgimento dell'intervento fino all'eventuale conferimento ospedaliero.

Il sistema deve garantire affidabilità assoluta rispetto alla capacità di fare intervenire nel più breve tempo possibile il mezzo più idoneo nella sede dell'evento e di garantire il trasporto assistito del paziente all'ospedale più adeguato, nei tempi più brevi, compatibili con un trattamento pre-ospedaliero aderente alle linee guida nazionali ed internazionali.

Nell'ambito di ottimizzazione delle risorse, della valorizzazione dell'assistenza al trasporto e della definizione di percorsi appropriati e condivisi, si è rivelata opportuna la gestione dei trasporti secondari urgenti, sia in continuità di soccorso che nei trasferimenti protetti tra le strutture ospedaliere a diversa complessità assistenziale.

Di estremo rilievo le attività di collegamento in rete con le altre centrali operative di altri settori d'emergenza (VVF, Polizia, Carabinieri, Protezione Civile).

La Centrale dell'emergenza sanitaria (CO 118) si interfaccia con la CO 112, che ove presente, concentra tutte le richieste di soccorso e le smista dopo la processazione (individuazione numero chiamante, geo-localizzazione del target ed individuazione del bisogno) ai PSAP2 ovvero alle centrali degli enti chiamati a gestire direttamente la richiesta di soccorso tra le quali figura la CO 118.

Alla centrale operativa 118 sono assegnate, altresì, le funzioni di coordinamento

sanitario in occasione di maxi-emergenza (*Decreto ministeriale del 13 febbraio 2001: criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi - e s.m.i.*) anche con le funzioni di C.R.O.S.S. (Centrale Remota Organizzazione Soccorsi Sanitari) come definito dalla Direttiva 24 giugno 2016 del Dipartimento della Protezione Civile. In estrema sintesi l'istituzione delle Centrali Operative del 118 ha risposto alle motivazioni tecnico-organizzative che prevedevano l'obiettivo di garantire:

- la costituzione di un unico interlocutore per l'utenza;
- la valutazione sanitaria della richiesta di soccorso;
- la gestione dei mezzi di emergenza territoriale;
- il coordinamento con tutti gli altri "attori" coinvolti nell'emergenza;
- la condivisione dei percorsi di idoneo conferimento ospedaliero in riferimento alla criticità e alla patologia.

La CO 118 facilita l'accesso dell'utente, opera la valutazione della tipologia e del grado di complessità dell'evento segnalato, attiva le risorse territoriali e coordina l'intervento, fornendo, se necessario, dettagliate istruzioni pre-arrivo utili al paziente.

LE POSTAZIONI TERRITORIALI DI EMERGENZA (PET)

Le postazioni territoriali di emergenza (PET) costituiscono le sedi presso le quali stazionano gli equipaggi dei mezzi di soccorso in attesa della loro attivazione da parte della CO 118 dell'emergenza sanitaria territoriale competente per territorio, cui spetta il coordinamento di quest'ultimi.

Le PET possono ospitare uno o più mezzi di soccorso di svariata tipologia e sono distribuite su tutto il territorio regionale in modalità tale da garantire l'adeguata copertura dello stesso, mediante il rispetto degli standard relativi ai tempi di intervento. Queste, inoltre, garantiscono il ripristino del mezzo di soccorso sia in termini di sanificazione che di rifornimento del materiale sanitario necessario all'effettuazione dei soccorsi.

Tenuto conto dell'assenza di indicazioni in materia in ambito nazionale, si ritiene opportuna

una proposta di definizione di requisiti minimi delle PET in modo da standardizzare ed uniformare su tutto il territorio la loro configurazione, iniziando dalle postazioni di nuova acquisizione e adeguando le rimanenti in un arco temporale ragionevolmente ampio.





IL SISTEMA PER LE CURE MEDICHE NON URGENTI NEA 116117

a cura di

Francesco Enrichens - Project Manager PonGov Cronicità - Agenas

Alice Borghini - Dirigente Organizzazione modelli sanitari territoriali - Agenas

Lorena Martini - Dirigente UOS Fabbisogni standard

e modelli organizzativi delle professioni sanitarie - Agenas

Danilo Bono - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza - Agenas

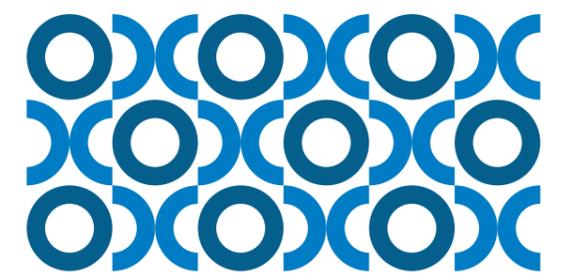
Michela Santurri - PonGov Cronicità - Agenas

Antonio Paris - PonGov Cronicità - Agenas

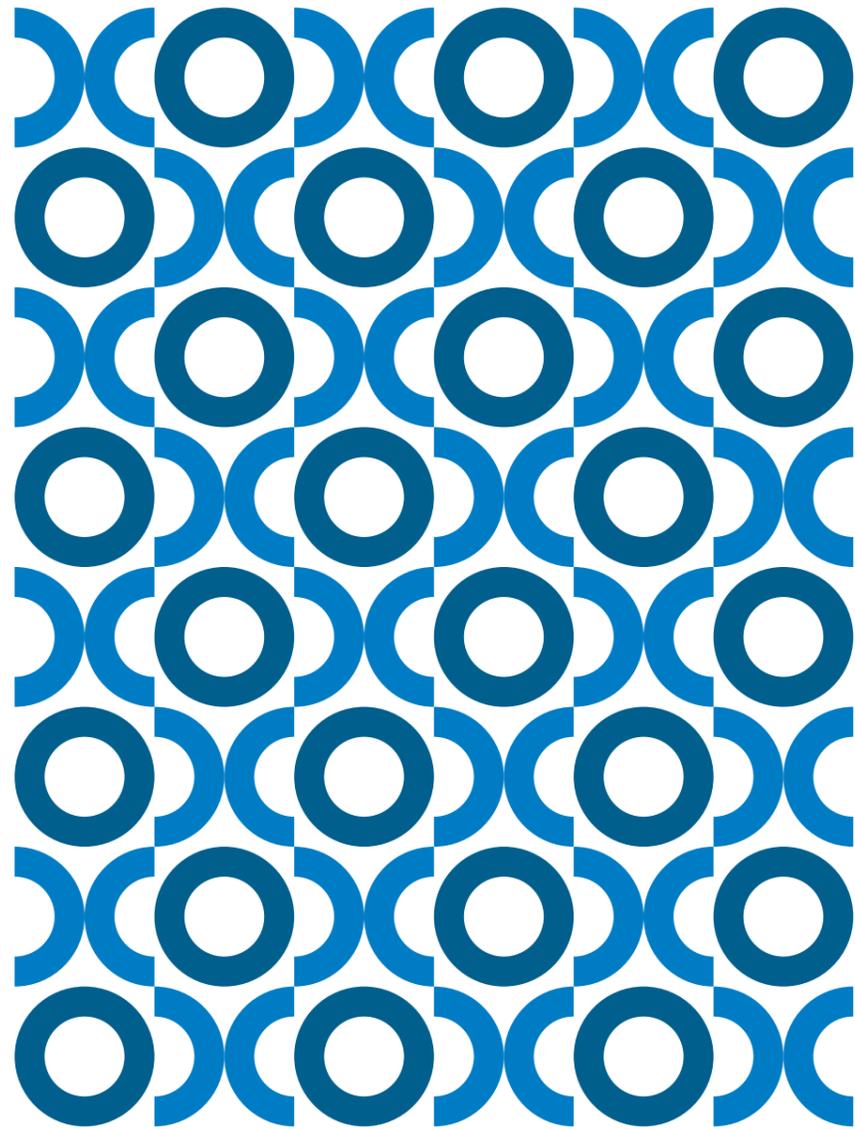
Patrizia Botta - PonGov Cronicità - Agenas

Donato Nolè - PonGov Cronicità - Agenas

Francesco Mariotti - Ministero della Salute



Il Sistema per le cure mediche non urgenti NEA 116117



ANALISI NORMATIVA EUROPEA E NAZIONALE DI RIFERIMENTO

L'introduzione della numerazione 116 (intesa come l'arco di numerazione nazionale con il 116 iniziale), riservata ai numeri armonizzati e servizi armonizzati su scala europea a valenza sociale, è stata introdotta dalla normativa comunitaria 2007/116/CE del 15 febbraio 2007 e successive modifiche e integrazioni (Decisione della Commissione europea n. 884 del 30 novembre 2009).

In attuazione del provvedimento europeo, l'Autorità per le Garanzie nella comunicazione (AGCOM) ha assegnato al Ministero della Salute, in qualità di Ministero competente, il NEA 116117 quale Numero Europeo Armonizzato a valenza sociosanitaria.

Con la Direttiva 2009/136/CE del 25 novembre 2009, recante modifica della Direttiva Servizio Universale 2002/22/CE, è stato introdotto l'articolo 27 bis che specifica, in modo più dettagliato, l'utilizzabilità da parte degli Stati membri delle numerazioni con radice 116.

In particolare, la Direttiva prevede che: a) si promuovano i numeri specifici nell'arco della numerazione che inizia con il "116" e si favoriscano le prestazioni, nel loro territorio, dei servizi per cui tali numeri sono riservati; b) si provveda a facilitare il più possibile gli utenti finali disabili nell'accesso ai servizi forniti nell'arco della numerazione che inizia con il "116"; c) si provveda ad informare la popolazione circa l'esistenza e le modalità di utilizzo dei servizi forniti con la numerazione "116", in particolare mediante iniziative specificatamente destinate a persone che viaggiano tra gli Stati membri.

Tale orientamento andrebbe a conformarsi alla necessità della "awareness" paneuropea dei servizi resi attraverso la numerazione "116",

in forte analogia con quello della numerazione "112".

In attuazione di quanto previsto dalla Commissione Europea con la decisione del 2007/116/CE del 2009 e con la nota del 25 luglio 2011 (prot. 25287 DGPROG), il Ministero della Salute ha provveduto a chiedere all'Autorità per le Garanzie delle Comunicazioni (nota n. prot. n. 16245 DGPROGS del 10.6.2014) l'assegnazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117. La stessa AGCOM ha rapidamente proceduto (nota prot. n. 16789 DGPROGS del 7/6/2014) ad assegnare il numero al Ministero della Salute in qualità di Ministero competente. Il recepimento a livello italiano è arrivato con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 07/02/2013 la quale ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale" introducendo importanti novità, volte a garantire nelle 24 ore la continuità di cura al paziente a bassa complessità assistenziale, con l'adozione di sistemi di ricezione delle richieste.

Successivamente la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/11/2016 definisce e approva il documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117".

Inoltre, l'art.1, comma 8, del DL 34/2020, convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, prevede che per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le Regioni e le Province Autonome provvedano all'attivazione di centrali operative che svolgano le funzioni in accordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

LA CENTRALE OPERATIVA NEA 116117 (CO NEA 116117)

Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti 116117 è destinato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità o priorità.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO NEA 116117) offre un servizio di front desk, per un bacino di utenza di 500.000 abitanti. Il servizio è aperto e gratuito, attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore, sanitario o laico opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

Tra i servizi erogati dalla CO NEA 116117, definiti "servizi erogabili obbligatori":

- centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale (almeno su base provinciale);
- piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli condivisi.

La CO NEA 116117 può svolgere funzioni di supporto nel coordinamento organizzativo delle attività sovra distrettuali.

ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI

Al fine di uniformare a livello nazionale la risposta che il numero NEA 116117 garantisce alla popolazione, sono state individuate le attività e quindi i "servizi erogabili obbligatori" e "servizi erogabili aggiuntivi opzionali". I servizi obbligatori a loro volta sono distinti in due tipologie a seconda del tipo di risposta: informativa o operativa. Per maggiori dettagli si rimanda alla Tabella 8.

Sono da considerarsi risposte di tipo informativo sia quelle in cui è prevista la mera informazione del chiamante sia un eventuale trasferimento di chiamata al servizio che è in grado di erogare l'informazione.

Sono invece da considerarsi risposte di tipo operativo quelle risposte che direttamente o tramite il trasferimento di chiamata sono in grado di erogare la prestazione.

Tabella 8. Servizi da erogare dalle CO NEA 116117 - estratto da Accordo Stato Regioni 24 novembre 2016

NUMERO 116117 PER CURE MEDICHE NON URGENTI – SERVIZI OBBLIGATORI			
MACRO CATEGORIA	CATEGORIA	TIPO DI RISPOSTA	
		OBBLIGATORIA	CONSIGLIATA
PI – Mediche non urgenti (Prioritarie)	Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di C.A.	Risposta di tipo operativo	
	Modalità di accesso ai MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento	Risposta di tipo informativo	Risposta di tipo operativo
	Consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di C.A. e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	Risposta di tipo informativo	Risposta di tipo operativo
	Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Territoriale 118	Risposta di tipo operativo	
	Modalità di accesso Guardia Turistica	Risposta di tipo informativo	Risposta di tipo operativo

Rientrano, invece, tra i servizi aggiuntivi opzionali una serie variegata di attività erogate a differenti livelli da diversi attori del sistema sanitario e da altri enti pubblici e non, la cui risposta deve essere almeno di tipo informativo e che dipendono dal livello di condivisione del servizio delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Per maggiori dettagli sui servizi aggiuntivi opzionali erogabili dalla CO NEA 116117 si rimanda all'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 novembre 2016.



NUMERO 116117 PER CURE MEDICHE NON URGENTI – SERVIZI AGGIUNTIVI OPZIONALI	
MACRO CATEGORIA	CATEGORIA
Integrazione sociosanitaria	Assistenza non autosufficienti
	Assistenza o per ausili/protesi/alimenti
	Assistenza disabili/agevolazioni trasporto/contributi
	Assistenza alle dipendenze
Sanità Pubblica	Parei/autorizzazioni/accertamenti/ verifiche
	Certificati/vaccinazioni
	Servizio veterinario
Anagrafe sanitaria/assistenza primaria	Iscrizione SSN/tessera sanitaria/ricette mediche/fascicolo sanitario elettronico
	Modalità di scelta/revoca MMG/PLS
	Assistenza sanitaria all'estero/soggiorno temporaneo in Italia
Strutture sanitarie	Ricoveri (ordinari, day hospital/day surgery, etc.)
	Rilascio documentazione sanitaria
Consultorio familiare	Modalità di accesso ai servizi
Educazione e promozione alla salute	Campagne di prevenzione, formazione ed informazione
Partecipazione alla spesa: ticket/esenzioni/pagamenti/rimborsi	Esenzioni per patologia, reddito/età, gravidanza, crisi terremoto, alluvione etc.
	Ticket/pagamenti/rimborsi
	Farmaci gratuiti/pagamento/generici
Visite/esami/terapie/interventi	Modalità di accesso a visite/esami/terapie/interventi Prenotazione/cambio/disdetta visite/esami urgenti, agende, tempi di attesa, presso strutture pubbliche, private accreditate in libera professione, a domicilio
Strutture sociosanitarie	Strutture e operatori sociosanitari/tel., orari, indirizzi
Salute mentale	Strutture e operatori servizi di salute mentale/tel., orari, indirizzi
Reclami	Reclami/lamentele/segnalazioni
Trasporto sanitario	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze a carico SSN
	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze NON a carico SSN
A.R.P.A.	Segnalazioni fenomeni di inquinamento che arrecano grave ed immediato danno all'ambiente
Fauna	Soccorso medico veterinario alla fauna selvatica
	Soccorso medico veterinario animali affetto/protetti/reddito Codice della strada modificato (art. 31 della legge 29 luglio 2010, n. 120)
Aspetti etici/deontologici	Trapianti, donazioni, DAT
Altre	

Tra i servizi aggiuntivi opzionali, ma che potremmo anche definire integrativi, troviamo alcune delle attività erogate direttamente dalle Centrali Operative Territoriali a livello distrettuale.

Pertanto, è necessario definire e predisporre delle modalità di comunicazione e condivisione delle informazioni tra le due tipologie di struttura, Centrale Operativa NEA 116117 e Centrale Operativa Territoriale, in modo da poter assicurare una presa in carico reale ed integrata della persona.

MODELLO ORGANIZZATIVO E FABBISOGNO DI PERSONALE

A livello nazionale, le normative di riferimento individuate per la CO NEA 116117 indicano soltanto i criteri generici su cui è attualmente basato il dimensionamento delle postazioni e i bacini di riferimento dei centri di risposta.

Sul territorio nazionale sono evidenziabili significative differenze fra le varie regioni, con il risultato di un disomogeneo utilizzo delle risorse per tipologia e quantità.

Pur in presenza dell'applicazione di modelli organizzativi diversi, l'obiettivo rimane quello di affrontare la non emergenza non come semplice instradamento delle richieste verso operatori sul territorio, ma come razionalizzazione di interventi e di risorse.

Deve essere quindi contemplata una Centrale Operativa NEA 116117 presidiata h 24 e con il compito di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio. In relazione al modello organizzativo ed alle aree di attività che si intendono contemplare nella CO NEA 116117, si possono ipotizzare tipologie di profili professionali e standard minimi di personale. Prendendo in considerazione i servizi da erogare obbligatoriamente, esposto nel precedente paragrafo, la CO NEA 116117 potrebbe articolare il servizio su due livelli, declinandoli come segue:

Livello 1: informativo. Rappresenta il primo contatto con l'utente, in grado di effettuare un filtro, in base alla richiesta per quanto concerne la componente informativa e procedurale. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati, capaci di registrazione dei dati su gestionale informatico,

e che attraverso un'intervista telefonica strutturata e l'accesso a precise schede di azione, condivise con i servizi regionali e delle aziende sanitarie, sono in grado di fornire una risposta diretta all'utente, di tipo informativo, risoltrice del quesito o che fornisca i dati necessari per indirizzarsi verso il servizio competente in materia.

Livello 2: cure mediche non urgenti h 24. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati, capaci di registrazione dei dati su gestionale informatico, e che, attraverso un'intervista telefonica strutturata e l'accesso a precisi e oggettivi algoritmi decisionali, individuano la tipologia di fabbisogno attivando il servizio di cure primarie competente o indirizzano l'utente verso strutture presenti sul suo territorio per la risoluzione specifica della problematica quali: AFT, UCCP, Struttura Ambulatoriale, Casa della Comunità, Postazione di Continuità Assistenziale, altri servizi gestiti dalle Centrali Operative Territoriali (COT). Da menzionare a seguito della situazione epidemiologica COVID 19 le correlazioni con i SISP e i Centri Vaccinali.

Visti i diversi modelli organizzativi già presenti sul territorio nazionale finalizzati alla gestione della CO NEA 116117, si ritiene di indirizzare ad un modello organizzativo esaustivo nell'offrire risposte qualificate e fornire assistenza adeguata alle problematiche esposte.

Evidente la necessità di utilizzare risorse di personale adeguatamente formato e collegamenti strutturati con le opportune figure professionali ai fini di una risposta completa alle diverse tematiche.

Quanto sopra esposto permetterebbe un efficace filtro relativamente alle richieste degli utenti per quanto riguarda strutture, servizi, prestazioni e modalità procedurali fornendo al contempo un effettivo supporto alle diverse professionalità sanitarie che operano direttamente sul territorio.

Il modello organizzativo deve portare alla valorizzazione delle competenze professionali e permettere di realizzare una rete interdipendente, diversificando anche le tipologie di risposte sociosanitarie a seconda del livello crescente di organizzazione del territorio.

PERSONALE

L'operatore della CO NEA 116117, indipendentemente dalla qualifica professionale, per le funzioni che espleta, assume la qualifica di "incaricato di pubblico servizio", in quanto svolge la propria attività nell'ambito del servizio pubblico di non emergenza 116117 Numero Unico Europeo, compreso tra i "servizi pubblici essenziali", individuati dalla legge 12 giugno 1990.

Le risorse principali coinvolte, direttamente o con idonee procedure di collegamento, nel funzionamento della Centrale Operativa NEA 116117 possono essere raggruppate nei seguenti profili:

- operatori laici con formazione dedicata;
- operatori sanitari (Medici e Infermieri);
- psicologi;
- assistenti sociali;
- personale amministrativo.

Per ogni Centrale Operativa NEA 116117 dovrà essere individuato un Responsabile di Centrale, dotato di autonomia tecnica professionale ed organizzativa a cui è affidata la gestione delle risorse umane e dell'organizzazione del servizio ed un Coordinatore del Personale e della gestione della Sala Operativa.

Sulla base delle esperienze maturate in ambito dei Servizi di Emergenza 118 e successivamente con i Servizi NUE 112, potranno essere definiti inizialmente rapporti indicativi con la popolazione residente nel territorio di riferimento, quali ad esempio nell'orario della continuità assistenziale:

- n.1 medico in turno ogni 500 - 700 mila utenti, con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo;
- n.1 infermiere in turno ogni 250 - 350 mila utenti con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo;
- n.1 operatore tecnico laico in turno ogni 150 - 250 mila utenti, con un minimo di due per turno, opportunamente ridotto negli orari di servizio informativo. Nel caso dell'operatore tecnico la numerosità è correlata con il livello di interazione e integrazione con le altre professionalità sanitarie e dalla loro numerosità nei turni di attività.

I fabbisogni individuati, relativi al personale presente per ogni turno di lavoro, rivestono carattere di provvisorietà, non essendo spesso

disponibili dati effettivi di traffico relativi al servizio, necessari per individuare i carichi di lavoro e dati relativi al tempo di occupazione per ogni chiamata. La stima iniziale, relativa alla necessità di personale, potrà comunque essere rimodulata a fronte dell'analisi dell'attività svolta con cadenza periodica.

Per una più puntuale ipotesi di dimensionamento del personale: si rimanda al gruppo di lavoro sulla "Metodologia degli standard del personale" istituito dal Ministero della Salute, AGENAS e Regioni.

LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Nel definire la progettazione di una Centrale Operativa NEA 116117 e successivamente permettere la costruzione di valori di riferimento per un sistema di monitoraggio, risulta appropriato far riferimento alle attività che si prevedono di erogare nella CO NEA 116117 e al flusso delle chiamate in arrivo per lo specifico bacino di utenza, partendo dallo storico dei dati disponibili e successivamente con un'analisi della reale attività.

È opportuno, di conseguenza, analizzare e contestualizzare indicatori di valutazione per tipologia di attività prevista, a seguito riportati:

Chiamate:

- numero chiamate entranti (totale, prefestivi, festivi);
- numero chiamate entranti per fascia oraria;
- numero chiamate gestite sul totale degli accessi;
- numero chiamate gestite per fascia oraria;
- numero chiamate abbandonate (10, 25, 60 sec, 60-120 sec, oltre 120) sul totale delle chiamate;
- tempo medio chiamata risposta;
- tempo medio intervista telefonica;
- trend temporale delle chiamate.

Tipologia delle chiamate:

- numero chiamate gestite dalla CO NEA 116117;
- numero chiamate inoltrate al Servizio di Emergenza 118;
- numero chiamate inoltrate ad altri servizi attivi COT, SISP, ALTRO;
- numero chiamate che generano segnalazione successiva ad altri servizi;

- numero chiamate pervenute da altri Enti.

Modalità di gestione delle chiamate da parte della CO NEA 116117:

- numero chiamate gestite come informazione telefonica;
- tipologia delle informazioni.

Continuità Assistenziale:

- numero procedure Assistenziale chiusa da Infermiere;
- numero chiamate per consulto Medico di Centrale;
- numero richieste assegnate alle Postazioni Territoriali.

Fornendo un esempio pratico, laddove possibile il recupero dei dati, deve essere fatta un'analisi delle chiamate pervenute dall'utenza secondo uno schema, che evidenzia la numerosità delle richieste nelle varie fasce orarie in rapporto alla popolazione servita come rappresentato a titolo puramente indicativo nella Tabella 10.

Tabella 10. Template di schema per la raccolta dei volumi di attività

CHIAMATE Pervenute AL/AI SERVIZI – ANNO DI RIFERIMENTO – PROVINCIA/E ABITANTI				
MESE	CHIAMATE TOTALI	SERVITE	FUORI ORARIO C.A.	RIAGGANCI
Gennaio	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx
Altri mesi	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx
Totale	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx

Di particolare interesse, per il dimensionamento dell'attività diurna, il recupero dei dati relativi alle chiamate dell'utenza verso i diversi servizi che si intendono far confluire nel NEA 116117 nelle fasce orarie nelle quali non è attivo il servizio di Continuità Assistenziale.

L'analisi prosegue con la definizione sul territorio di competenza della istituenda Centrale Operativa delle aree di riferimento a cui fornire la copertura, siano queste Comuni, Frazioni, Quartieri, Rioni, Aree a diversa denominazione ricadenti nelle Aziende Sanitarie Locali (e relativi Distretti Sanitari) per conto delle quali verrà erogato il servizio.

Vanno altresì censite le postazioni territoriali che erogano le prestazioni inerenti al NEA 116117 al fine di dimensionare la consistenza delle risorse in risposta alla domanda attesa:

- numero delle sedi di continuità assistenziale definite, loro categoria (ordinaria, temporanea, turistica) e relativi orari di attività;
- numero di medici, postazioni territoriali, attivi sulle sedi per ciascun turno.

Tabella 11. Template per l'analisi dell'attività di postazioni territoriali

SEDE GUARDIA MEDICA	ZONE ASSEGNATE	ABITANTI ZONA	MEDICI NOTTE	ABITANTI PER MEDICO NOTTE	MEDICI GIORNO	ABITANTI PER MEDICO GIORNO	KMQ AREA	INTERVENTI AREA 2019	INTERVENTI AREA 2020
Sede 1	Comuni di riferimento	xxxx	x	VALORE	xx	VALORE	yyyy	xxxx	xxxx
	Quartieri	xxxx							
	Rioni	xxxx							
	Circoscrizioni	xxxx							
	Aree diverse	xxxx							
Totale abitanti		xxxx							
Sede 2	Comuni di riferimento	xxxx	x	VALORE	xx	VALORE	yyyy	xxxx	xxxx
	Quartieri	xxxx							
	Rioni	xxxx							
	Circoscrizioni	xxxx							
	Aree diverse	xxxx							
Totale abitanti		xxxx							

Completa il quadro di insieme l'analisi delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento, secondo le principali tipologie di risposta:

- informazione sanitaria;
- consulto medico;
- trasmissione e intervento della postazione competente territorialmente per intervento ambulatoriale o domiciliare;

- trasmissione agli ambulatori di cure primarie, nei periodi e orari di attività;
- trasmissione al curante MMG / PLS;
- attivazione della CO 118 per situazione di emergenza.

Tabella 12. Template di schema per l'analisi delle prestazioni erogate nei diversi periodi di riferimento

MESE	INFORMAZIONI	CONSULTO	INTERVENTI POSTAZIONI TERRITORIALI	AMBULATORI	ATTIVAZIONE 118	ATTIVAZIONE MMG/PLS	TOTALE
Gennaio	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Altri mesi	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Totale	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx

La centralizzazione provinciale delle attività di ricezione e presa in carico delle richieste sanitarie a bassa intensità, la presenza di infrastrutture tecniche e logistiche già consolidate sul territorio, rappresentano la base per la programmazione del numero delle Centrali Operative nell'ambito di un territorio regionale nel passaggio alla numerazione 116117.

Relativamente all'attività di continuità assistenziale a livello delle diverse Aziende Sanitarie Locali si rende necessario acquisire un set minimo di dati per la quantificazione delle attività e delle conseguenti risorse tecnologiche e gestionali.

Per concludere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si elencano alcuni dei dati, a diversi livelli, che potrebbero essere identificati come base di un flusso di continuità assistenziale dedicato.

AREA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE			
ORGANIZZATIVO	Struttura	Postazioni della Centrale Operativa CA previste	
	Performance	Postazioni della Centrale Operativa CA attive	
	Struttura	Ore di attività della Centrale Operativa CA previste	
	Performance	Ore di attività della Centrale Operativa CA effettive	
	Struttura		Numero delle sedi territoriali di continuità assistenziale attive
			Numero delle sedi territoriali di continuità assistenziale attive per 100.000 abitanti
			Numero delle sedi territoriali di continuità assistenziale attive per modalità operativa, domiciliare, ambulatoriale, entrambe
			Numero di medici/postazioni attivi, in servizio per ogni turno, per sede territoriale
			Numero di medici/postazioni attivi, in turno, per sede territoriale per 100.000 abitanti
			Numero di ore di attività previste della Continuità Assistenziale
	Performance		Numero di ore di attività previste della Continuità Assistenziale per 100.000 abitanti
			Numero di ore di attività effettive della Continuità Assistenziale
	Processo		Numero di chiamate entranti al 116117
			Numero di chiamate entranti al 116117 per ora
		Numero di chiamate entranti al 116117 per 100.000 abitanti	
		Numero di chiamate entranti al 116117 con risposta	
Performance		Numero di chiamate entranti al 116117 senza risposta	
		Tempo di risposta per le chiamate entranti al 116117	
		Numero di chiamate entranti al 116117 in attesa ≥ 40 secondi	
		Numero di chiamate entranti al 116117 in attesa > 1 minuto	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'consulto telefonico'	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'consulto telefonico' per 100.000 abitanti	
Processo		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento al Presidio Territoriale Cont. Ass.'	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento a Presidio Territoriale Continuità Assistenziale' * 100.000 abitanti	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'informazioni sui servizi'	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'informazioni sui servizi' * 100.000 abitanti	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento al Servizio Emergenza Territoriale 118'	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento al Servizio Emergenza Territoriale 118' * 100.000	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento ad altro servizio territoriale di ASL'	
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa CA con esito 'trasferimento ad altro servizio territoriale di ASL' * 100.000	
		Numero di chiamate trasferite al Presidio Territoriale CA con esito 'consulto telefonico' da parte del Presidio	
		Numero di chiamate trasferite al Presidio Territoriale CA con esito 'visita ambulatoriale in sede' da parte del Presidio	
		Numero di chiamate trasferite al Presidio Territoriale CA con esito 'visita domiciliare' da parte del Presidio	
		Numero di chiamate trasferite al Presidio Territoriale CA con esito 'richiesta di trasferimento al SET 118' da parte del Presidio	
	Numero di chiamate trasferite al Presidio Territoriale CA con esito 'richiesta di trasferimento ad altro servizio di ASL' da parte del Presidio		

AREA INFORMATIVA		
ORGANIZZATIVO	Struttura	Postazioni diurne informative previste in Centrale Operativa
	Performance	Postazioni diurne informative in Centrale Operativa attive
	Struttura	Ore di attività informative in Centrale Operativa previste
	Performance	Ore di attività informativa in Centrale Operativa effettive
OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate entranti informative al 116117
		Numero di chiamate entranti informative al 116117 per ora
		Numero di chiamate entranti informative al 116117 per 100.000 abitanti
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa con esito 'informazione telefonica'
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa con esito 'informazione telefonica' per 100.000 abitanti
		Numero di chiamate entranti gestite dalla Centrale Operativa con esito 'trasferimento ad altro servizio ASL'
		Numero di chiamate entranti informative diurne gestite dalla Centrale Operativa con esito 'trasferimento al Servizio Emergenza Territoriale 118'
		Numero di chiamate entranti informative diurne gestite dalla Centrale Operativa con esito 'trasferimento al Servizio Emergenza Territoriale 118' * 100.000

AREA SUPPORTO PSICOLOGICO (qualora attivato)		
ORGANIZZATIVO	Struttura	Postazioni della Centrale Operativa di Supporto Psicologico previste
	Performance	Postazioni della Centrale Operativa di Supporto Psicologico attive
	Struttura	Ore di attività della Centrale Operativa di Supporto psicologico previste
	Performance	Ore di attività della Centrale Operativa Supporto Psicologico effettive
	Processo	Numero di chiamate passate al Supporto psicologico totali per ASL, per distretto
OPERATIVO	Performance	Numero di chiamate passate al Supporto psicologico per ora
		Numero di chiamate passate al Supporto psicologico per 100.000 abitanti
		Numero di chiamate uscenti dalle postazioni di Supporto psicologico con risposta
		Numero di chiamate uscenti dalle postazioni di Supporto psicologico senza risposta
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per ASL, per distretto
		Numero di interventi conclusi entro il primo, secondo, terzo supporto psicologico (max tre)
		Numero di chiamate di Supporto psicologico con esito 'attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 118' * 100.000
		Numero di chiamate di Supporto psicologico con esito 'attivazione di altro servizio ASL' * 100.000
Numero di chiamate di monitoraggio con esito 'attivazione di servizi sociali' * 100.000		

PANORAMICA ESPERIENZE REGIONALI

Recentemente, con il Decreto Rilancio (D.L. n. 34 art. 1 comma 8 del 19 maggio 2020), al fine di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, è stato previsto che le Regioni e le Province Autonome provvedano all'attivazione di centrali operative regionali CO NEA 116117, che svolgano le funzioni in accordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

Allo stato attuale le CO NEA 116117 risultano attive nelle seguenti regioni:

- **Lombardia:** il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale e, a seconda delle diverse necessità, il medico o l'operatore valutano se è possibile rispondere direttamente o trasferire la richiesta al servizio di riferimento, compreso 118 o 112. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00, festivi e prefestivi h24.
- **Piemonte:** sono attivate 4 CO NEA 116117. Il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria e sociosanitaria ed altri servizi. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.
- **P.A. di Trento:** il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria ai villeggianti (Ex Guarda Medica Turistica) e per le prenotazioni dei trasporti sanitari in ambulanza. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.

Nelle seguenti regioni, a cui è stata rilasciata già l'autorizzazione, il NEA 116117 è in fase di sperimentazione:

- **Sardegna:** il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00, festivi prefestivi h24. Sta per terminare la fase di sperimentazione con numero già attivo in alcune aree;
- **Lazio:** a breve terminerà la fase di sperimentazione;
- **Basilicata:** otterrà l'approvazione da parte del Ministero della Salute ad iniziare la sperimentazione entro la fine dell'anno.



LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Francesco Enrichens - Project Manager PonGov Cronicità - Agenas

Alice Borghini - Dirigente Organizzazione modelli sanitari territoriali - Agenas

Lorena Martini - Dirigente UOS Fabbisogni standard
e modelli organizzativi delle professioni sanitarie - Agenas

Simone Furfaro - Agenas

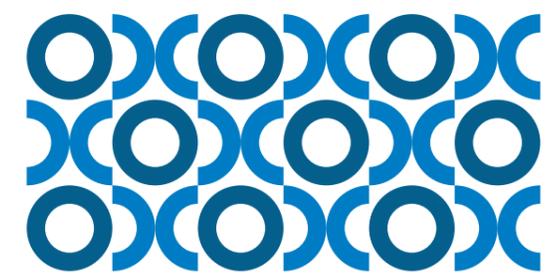
Michela Santurri - PonGov Cronicità - Agenas

Antonio Paris - PonGov Cronicità - Agenas

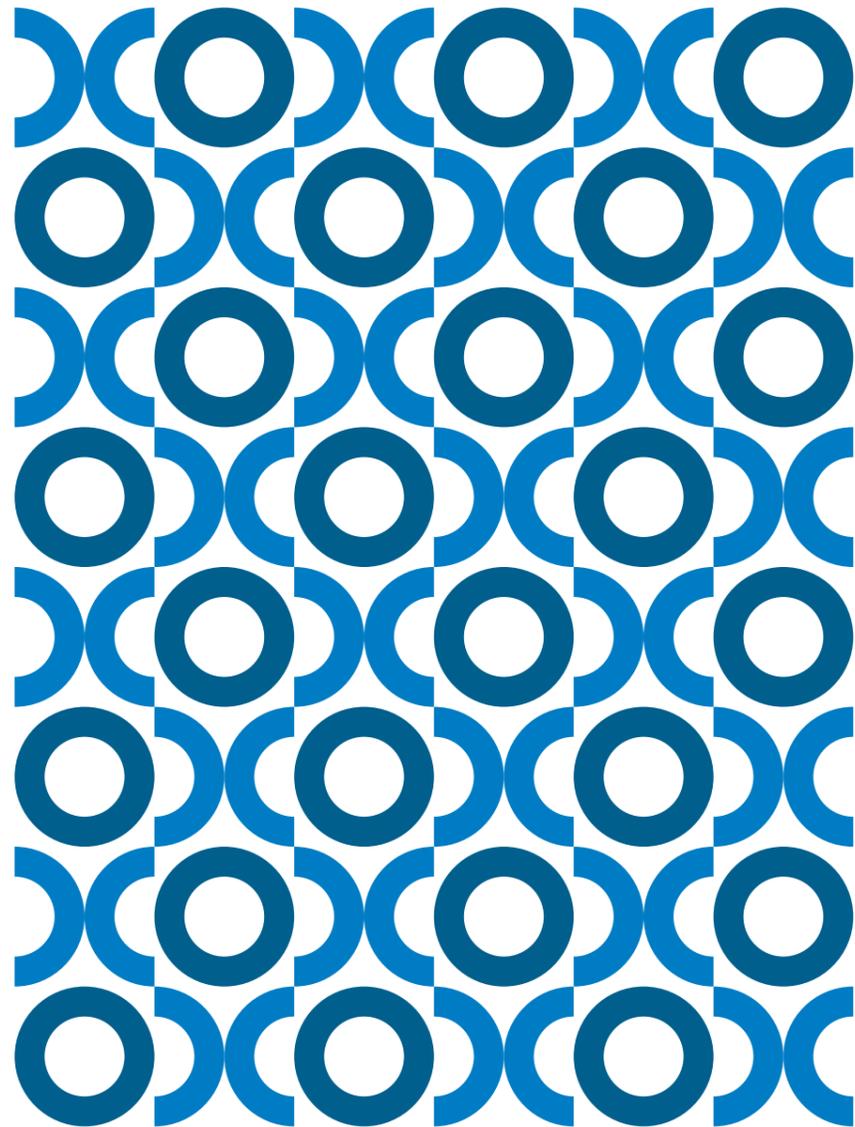
Francesco Mariotti - Ministero della Salute

Libero Mileti - Gruppo Esperti Emergenza Urgenza Agenas





La Centrale Operativa Territoriale (COT)



La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con CO NEA 116117 regionali.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

Dal punto di vista operativo le COT afferiscono a un coordinatore, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento.

ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- **Coordinamento della presa in carico della persona** tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- **Coordinamento/ottimizzazione degli interventi** attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- **Tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- **Supporto informativo e logistico, ai professionisti** della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- **Monitoraggio** dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

MODELLO ORGANIZZATIVO E FABBISOGNO DI PERSONALE

Nel corso dell'ultimo anno l'emergenza pandemica ha favorito la diffusione e l'implementazione del modello organizzativo delle centrali operative, sia a livello di Regioni e Province Autonome italiane. Infatti, promuovendo e facilitando l'integrazione tra le diverse strutture e i differenti servizi aziendali, così come la comunicazione tra i diversi professionisti, o ancora la connessione dei vari processi, tale servizio migliora la presa in carico del paziente che diventa integrata e coordinata.

Attualmente, nella maggior parte delle realtà italiane le centrali operative hanno un ruolo chiave nella gestione dei pazienti positivi al Sars-CoV-2 e ciascuna Regione e Provincia autonoma ha interpretato e declinato tale modello rispetto alle proprie realtà ed esigenze allargando il panorama di attività e servizi anche a tutti i pazienti non affetti da Covid-19.

Come previsto dal "Decreto rilancio" convertito con la Legge n. 77/20, sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) le figure basilari per potenziare le cure domiciliari e per continuare a fare fronte all'emergenza in corso.

Tale figura fortemente orientata alla gestione proattiva della salute, in prospettiva opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime al livello comunitario, oltretutto individuale e familiare, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto a coloro che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari

operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute, così si spiega la sua presenza all'interno delle COT.

PERSONALE

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono l'interazione di figure professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di Personale amministrativo. La responsabilità della COT è affidata ad un professionista afferente alle Professioni Sanitarie Infermieristiche di cui alla L. n. 251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale. La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore;
- n. 5 Infermieri;
- n. 2 unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcuni dei dati, a diversi livelli, che potrebbero essere identificati come base di un flusso di monitoraggio clinico, telemedicina dedicato nella COT (Tabella 13).

Tabella 13. Monitoraggio clinico, telemedicina dedicato nella COT

ORGANIZZATIVO	Struttura	Postazioni di telemedicina previste
	Performance	Postazioni di telemedicina attive
	Struttura	Ore di attività di telemedicina previste
	Performance	Ore di attività di telemedicina effettive
OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina totali per ASL, per distretto
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per ora
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti Numero di chiamate uscenti con risposta
	Performance	Numero di chiamate uscenti senza risposta
		Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito "collegamento con struttura specialistica di riferimento"
	Processo	Numero di pazienti assegnati per ASL, per distretto e per codice di gravità
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per ASL, per distretto
		Attinenza ai periodi di monitoraggio
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 118" * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione di altro servizio ASL" * 100.000
	Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione di servizi sociali" * 100.000	

PANORAMICA ESPERIENZE REGIONALI

Attualmente l'attivazione di modelli organizzativi riconducibili a quello delle Centrali Operative Territoriali risulta frammentata e incompleta su tutto il territorio nazionale e anche all'interno delle stesse regioni, in cui le Aziende procedono con diversi livelli di velocità all'attivazione delle stesse.

Dalla ricerca emerge che tre Regioni (Toscana, Umbria, Veneto) avevano attive, già da prima dell'inizio dell'emergenza Covid 19, modelli organizzativi per la gestione della transizione ospedale-territorio e delle dimissioni protette di pazienti anziani e/o fragili; due di queste regioni hanno ampliato l'operatività delle COT alla gestione delle attività territoriali legate alla presa in carico dei casi Covid.

Sulla scorta dell'art. 1 D.L. 34/2020, durante l'emergenza epidemiologica, in alcune regioni è stato attivato un modello organizzativo simile a quello della COT; tuttavia, tali esperienze sono per lo più dedicate alla gestione dell'assistenza dei casi Covid 19. Si auspica, anche in considerazione dei Piani regionali di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale, che alle COT già attive sia affidata la funzione di integrazione ospedale-territorio.

Si evidenzia che la presente ricognizione non vuole in alcun modo essere esaustiva di tutte le esperienze attive a livello nazionale (Tabelle 14-25).

Tabella 14. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

ABRUZZO	
UCAT – UNITÀ DI COORDINAMENTO TERRITORIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Ad essa spetta, nel contrasto all'emergenza COVID-19, il coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal SISP, dai MMG, PLS, CA e dalle USCA e l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, di responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti. Ne è istituita una in ogni azienda.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	L'UCAT svolge le seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> • attività di collegamento con il SISP e con gli operatori di sanità pubblica; • supporto ai MMG, PLS e CA per la risoluzione di eventuali problematiche gestionali che coinvolgono le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria o quarantena obbligatoria; • interazione con il sistema territoriale del 118; • monitoraggio delle attività delle USCA territorialmente competenti, finalizzato alla elaborazione di report settimanali; • punto di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e USCA; • monitoraggio dell'attività del numero unico aziendale o altro sistema di accesso informativo da parte dell'utenza ai servizi della Azienda Sanitaria; • attività di facilitazione del rapporto tra MMG/PLS/CA e medici USCA con gli specialisti ambulatoriali convenzionati; • consulenza e proposta in merito a protocolli operativi aziendali e eventuali soluzioni tecnologiche di teleassistenza; • rapporto con l'Unità di Crisi Aziendale con compiti di monitoraggio e consulenza.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 15. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

BASILICATA	
CENTRALE OPERATIVA PER LE DIMISSIONI PROTETTE	
A fine 2017 l'AOR San Carlo di Potenza e l'ASP (Azienda Sanitaria Potenza), condividendo la necessità di trovare un accordo per la dimissione dall'ospedale di tutti i pazienti fragili, condividevano un protocollo che istituiva la Centrale Ospedaliera per le Dimissioni Protette.	
FUNZIONI PRINCIPALI	La Centrale Operativa, operante 5 giorni su 7, dalle 08.00 alle 18.00 ha il compito di gestire, tramite un cruscotto preliminarmente istituito e condiviso, delle dimissioni programmate.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	Le strutture attivate sul territorio, oltre all'Assistenza Domiciliare Integrata per i pazienti domiciliabili, comprendono: <ul style="list-style-type: none"> • Istituti di Riabilitazione, soprattutto per i pazienti post-chirurgici in particolare quelli sottoposti a chirurgia ortopedica; • Istituti per Lungodegenze, soprattutto per pazienti con problematiche neurologiche significative ma a basso codice riabilitativo; • RSA per pazienti con problematiche assistenziali di tipo internistico; • Hospice per i pazienti oncologici di una certa complessità; • Fisiopatologia Respiratoria per le problematiche respiratorie destinata ai pazienti con patologie respiratorie che necessitano della ventilazione domiciliare. È opportuno precisare che la Regione Basilicata non dispone di strutture riabilitative di 3° livello.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutti i pazienti fragili verso le strutture sanitarie del territorio della Provincia di Potenza.
PERSONALE ADDETTO	I referenti sono stati individuati, per la parte ospedaliera del AOR San Carlo, nel direttore della UOC di Geriatria mentre per l'ASP, nel responsabile delle cure domiciliari e palliative. Operatori sanitari.
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 16. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

CALABRIA	
COT – CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Per la gestione delle attività relative all'assistenza ai casi Covid-19 sono state istituite le Centrali Operative Territoriali nelle ASP, come strumento strategico per la presa in carico dei bisogni sanitari generali della persona raccordando i soggetti della rete assistenziale-territoriale rappresentati da: dipartimento di prevenzione, medici di assistenza primaria, servizio di emergenza-urgenza, unità speciali di continuità assistenziale (Usca). È programmata l'istituzione della Centrale Operativa Regionale.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	Monitoraggio del fabbisogno giornaliero di tamponi molecolari nei punti prelievo pubblici e privati in cui si effettuano i test e gestione della domanda e smistamento delle scorte; <ul style="list-style-type: none"> • attivazione USCA; • attivazione I18; • attivazione cure domiciliari.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Personale infermieristico e amministrativo e, qualora necessario, assistente sociale.
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 17. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

LAZIO	
COA – CENTRALE OPERATIVA AZIENDALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	ASL ROMA I
FUNZIONI ACCESSORIE	Relativamente all'emergenza epidemiologica Covid-19, la COA: <ul style="list-style-type: none"> • gestisce, in accordo con l'Unità di crisi regionale, il flusso centralizzato dei pazienti Covid positivi asintomatici/paucisintomatici o in via di guarigione, autosufficienti e non autosufficienti eleggibili all'ospitalità presso strutture appositamente organizzate; • monitora i trasferimenti dai Reparti ospedalieri di area critica alle Residenzialità intensive territoriali (RI) appositamente organizzate nella fase emergenziale.
ATTIVITÀ/SERVIZI	<p>ATTIVITÀ EMERGENZA COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • facilitazione dei rapporti MMG-SISP, supporto MMG su aggiornamenti normativi; • presa in carico dei pazienti positivi senza MMG per sorveglianza Covid (sorveglianza telefonica e mediante kit di monitoraggio a distanza); • organizzazione prestazioni USCAR (visite e tamponi domiciliari) e prenotazione tamponi presso strutture ASL; • equipe scuola; • organizzazione ed effettuazione delle vaccinazioni a domicilio. <p>ONDATE DI CALORE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuazione dei pazienti a rischio e monitoraggio.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 18. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	
CENTRALE TERRITORIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Da quanto programmato nel Piano di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale la Centrale NUE 116117 assorbirà anche la Centrale operativa territoriale di cui all'art. 1 D.L. 34/2020. Sia nel contesto di emergenza che a regime, la piattaforma dovrà consentire la pianificazione e attivazione di percorsi longitudinali "dalla segnalazione di un bisogno all'erogazione di un piano di cura", a partire dalle segnalazioni e informazioni inserite.
ATTIVITÀ/SERVIZI	<p>Rispetto alla gestione dell'emergenza Covid-19 sul territorio, la centrale operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • offre un servizio di tipo informativo con eventuale messa in contatto degli utenti con gli operatori dei servizi delle Cure primarie e del Dipartimento di prevenzione; • gestisce, tramite personale dedicato, in modo unitario tutte le funzioni necessarie di segnalazione, monitoraggio, supporto, consulenza a pazienti e professionisti; • mantiene le connessioni dirette con tutti i territori, con gli obiettivi primari di mantenere unica e centrale la responsabilità di processo (non clinica) sulla gestione dei casi Covid 19 e mantenere il massimo controllo sulla qualità delle informazioni relative alla popolazione contagiata in isolamento.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari e operatori laici
BACINO D'UTENZA	Provinciale

Tabella 19. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

PIEMONTE	
C.O.C.A. - CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Ad oggi questa tipologia di Centrale è attiva nell'ASL di Alessandria. Il Servizio intende promuovere e presidiare l'integrazione dei percorsi, dei pazienti residenti sul territorio ASL AL, tra reparti ospedalieri e servizi territoriali, con la garanzia di un coordinato svolgimento delle attività di presa in carico, promuovendo reti di continuità assistenziali integrate a diversi livelli: <ul style="list-style-type: none"> • Reti Ospedali - Territorio; • Reti Interdistrettuali (tra i Distretti dell'ASL AL); • Reti Interstrutturali (dal domicilio su richiesta del MMG per i pazienti già in Cure Domiciliari); • Reti Interaziendali (tra ASL AL e altre Aziende Sanitarie).
ATTIVITÀ/SERVIZI	Garantisce le funzioni di regia e di raccordo favorevoli, nei vari ambiti territoriali, la presa in carico di ogni paziente da un setting ospedaliero a quello territoriale, ricoprendo il ruolo di collettore per il coordinamento dei processi operativi, uniformando i comportamenti organizzativi a livello aziendale.
UTENTE DEL SERVIZIO	Degenti ospedalieri o residenziali
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 20. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

PUGLIA	
CENTRALE OPERATIVA REGIONALE PER LA TELEMEDICINA DELLE CRONICITÀ E DELLE RETI CLINICHE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Con la DGR 1088/2020 è stata istituita una Centrale operativa regionale. Inoltre, è stata progettata una Control room potenziata di sorveglianza sanitaria dei pazienti Covid domiciliati.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	-
UTENTE DEL SERVIZIO	-
PERSONALE ADDETTO	-
BACINO D'UTENZA	Regionale
NOTE	È stata rilevata nella regione l'attivazione di Centrali per la gestione delle attività connesse alla pandemia Covid-19 nelle ASL di Foggia e Bari.
E.I.C. – EPIDEMIC INTELLIGENCE CENTER	
FUNZIONI PRINCIPALI	Per la gestione delle attività relative all'assistenza ai casi Covid-19 è stato istituito nell'ASL di Bari.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	L'EIC garantisce l'implementazione dei flussi informativi regionali, i contatti telefonici e telematici con gli utenti, con i MMG e PLS per trasferire informazioni sui percorsi previsti dalla ASL nella gestione di casi sospetti, casi confermati, contatti stretti, sorveglianza sanitaria e contact tracing. Il team provvede alla comunicazione delle prescrizioni per l'isolamento e all'invio dei referti dei test per la ricerca del Sars-Cov-2.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari (medico, infermiere, assistente sanitario)
BACINO D'UTENZA	Aziendale

Tabella 21. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

SARDEGNA	
COR.SA. – CENTRALE OPERATIVA REGIONALE SANITARIA	
FUNZIONI PRINCIPALI	È stata istituita la Cor.Sa., centrale operativa regionale per il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali in relazione all'emergenza Covid-19. La Centrale affianca le due Centrali territoriali collocate a Sassari per la Sardegna settentrionale e a Cagliari per quella meridionale.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio del fabbisogno giornaliero di tamponi molecolari nei punti prelievo pubblici e privati in cui si effettuano i test e gestione della domanda e smistamento delle scorte; • monitoraggio dell'attività dei laboratori al fine di garantire l'efficienza e la rapidità delle analisi, eventualmente indirizzando i tamponi, in caso di difficoltà per un laboratorio, verso gli altri centri disponibili; • supervisione e organizzazione delle USCA; • monitoraggio in tempo reale, tramite la figura del 'bed manager', dei posti letto e degli spostamenti dei pazienti, sia in ambito ospedaliero, sia nelle strutture recettive destinate ai pazienti Covid; • supervisione del numero verde regionale 800.311.377; • collegamento tra ospedale e territorio per la dimissione protetta, in coordinamento con le USCA, il bed manager regionale e le centrali operative territoriali.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari
BACINO D'UTENZA	Regionale

Tabella 22. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

SICILIA	
CENTRALE TELECOVID-19 SICILIA	
FUNZIONI PRINCIPALI	Con D.A. 381/2020 in Regione Sicilia è stato avviato un progetto di telemedicina, coordinato dall'IRCCS Bonino Pulejo di Messina. La Centrale offre un servizio completo per la condivisione delle informazioni al fine di favorire la gestione del processo partendo dalla comunicazione e screening della popolazione, passando per la gestione presso le strutture sanitarie, fino ad arrivare all'assistenza da remoto piuttosto che alla quarantena domiciliare. È quindi uno strumento di supporto alla presa in cura e alla sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da Covid19, dimessi, o non ricoverati e in isolamento fiduciario, nonché per i pazienti fragili e cronici.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	<p>I servizi offerti sono articolati in 6 aree di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • area statistico-epidemiologica: compilazione cartella clinica, raccolta dati, contact tracing; • area clinico-strumentale: piani terapeutici, visite e follow-up, prescrizione e valutazione esami di laboratorio e strumentali; • area di terapia: monitoraggio della terapia farmacologica; • area di servizio psicologico: consulenza e supporto psicologico, psicoterapia, riabilitazione cognitiva; • area riabilitativa: stesura del PRI; • area per il reinserimento sociale e/o lavorativo: valutazione del follow-up clinico e diagnostico dei pazienti Covid.
UTENTE DEL SERVIZIO	Tutta la popolazione
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari e laici (epidemiologi e statistici)
BACINO D'UTENZA	Regionale

Tabella 23. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

TOSCANA	
ACOT - AGENZIA DI CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO	
FUNZIONI PRINCIPALI	La D.G.R. 679/2016 introduce la ACOT - Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio come strumento è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio. Questa garantisce la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione dall'ospedale, attraverso una programmazione della stessa. L'ACOT agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonali di riferimento operando con una logica di sistema che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.
FUNZIONI ACCESSORIE	Le ACOT svolgono anche attività legate all'emergenza Covid-19 per agevolare il percorso di dimissione dei pazienti dall'ospedale
ATTIVITÀ/SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM (Unità di valutazione multidisciplinare) zonale competente; • coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti; • si raccorda con le zone/distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zonali di competenza dell'Agenzia; • coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il medico di famiglia; • coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace; • attiva la procedura di fornitura degli ausili necessari affinché la consegna al domicilio avvenga prima della dimissione.
UTENTE DEL SERVIZIO	Degenti ospedalieri e residenziali
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista)
BACINO D'UTENZA	Distrettuale

Tabella 24. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

UMBRIA	
COT – CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	Questa tipologia di Centrale è attiva dal 2017 nell'Azienda USL Umbria I come strumento di raccolta e classificazione del bisogno espresso, di prima analisi della domanda, di attivazione delle risorse e delle strutture più appropriate della rete assistenziale e di garanzia delle transizioni da un luogo di cura all'altro.
FUNZIONI ACCESSORIE	-
ATTIVITÀ/SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi e accoglienza del bisogno della persona con dimissione protetta, servendosi di strumenti informatici per la Valutazione Multidimensionale del paziente; • facilitazione per l'accesso del dimesso in condizioni di fragilità ai vari percorsi della rete dei servizi territoriali; • tutela della presa in carico della complessità per l'assistenza domiciliare; • coordinamento e monitoraggio della transizione da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico-assistenziale all'altro.
UTENTE DEL SERVIZIO	Degenti ospedalieri e residenziali
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari (medico, infermiere, assistente sociale)
BACINO D'UTENZA	Aziendale

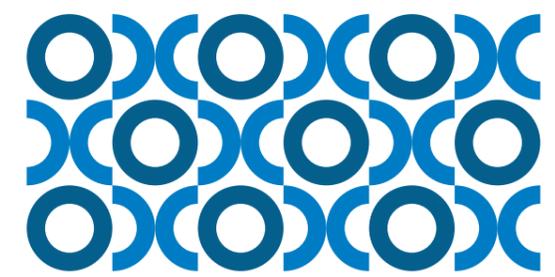
Tabella 25. Specifiche Centrali Operative Territoriali implementate regionalmente.
Rilevazione Agenas all'11 marzo 2021

VENETO	
COT - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
FUNZIONI PRINCIPALI	<p>La D.G.R. 2271/2013 introduce la COT come strumento innovativo per l'integrazione ospedale-territorio in tutte le ULSS della Regione.</p> <p>Nel sistema delle cure questa assume il compito di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto", svolge una funzione di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale. Tale funzione si esplicita nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccolta, decodifica e classificazione del bisogno; • pianificazione e coordinamento degli interventi, attivando se necessario le risorse più appropriate; • programmazione e pianificazione degli interventi, con attivazione dei soggetti/risorse della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA; • tutela (tracciando e monitorando) delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. <p>Nella regione sono attive 10 COT, 1 per ogni ULSS (ad eccezione della ULSS 1 in cui ne sono attive 2).</p>
FUNZIONI ACCESSORIE	<p>Relativamente all'emergenza epidemiologica Covid 19, le COT svolgono inoltre le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presa in carico delle segnalazioni Covid dal territorio; • monitoraggio dei pazienti dimessi; • presa in carico delle schede Brass dei pazienti degenti in area Covid e no Covid; • dimissione dei pazienti da area Covid e da area no Covid; • organizzazione dei servizi a domicilio per i pazienti Covid dimessi.
ATTIVITÀ/SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento della transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo, residenziale o domiciliare protetto; • coordinamento della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali; • coordinamento della transizione (ammissione/dimissione) e sorvegliare sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie; • sorveglianza della presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.
UTENTE DEL SERVIZIO	Degenti ospedalieri e residenziali
PERSONALE ADDETTO	Operatori sanitari (infermiere e assistente sanitario)
BACINO D'UTENZA	Aziendale

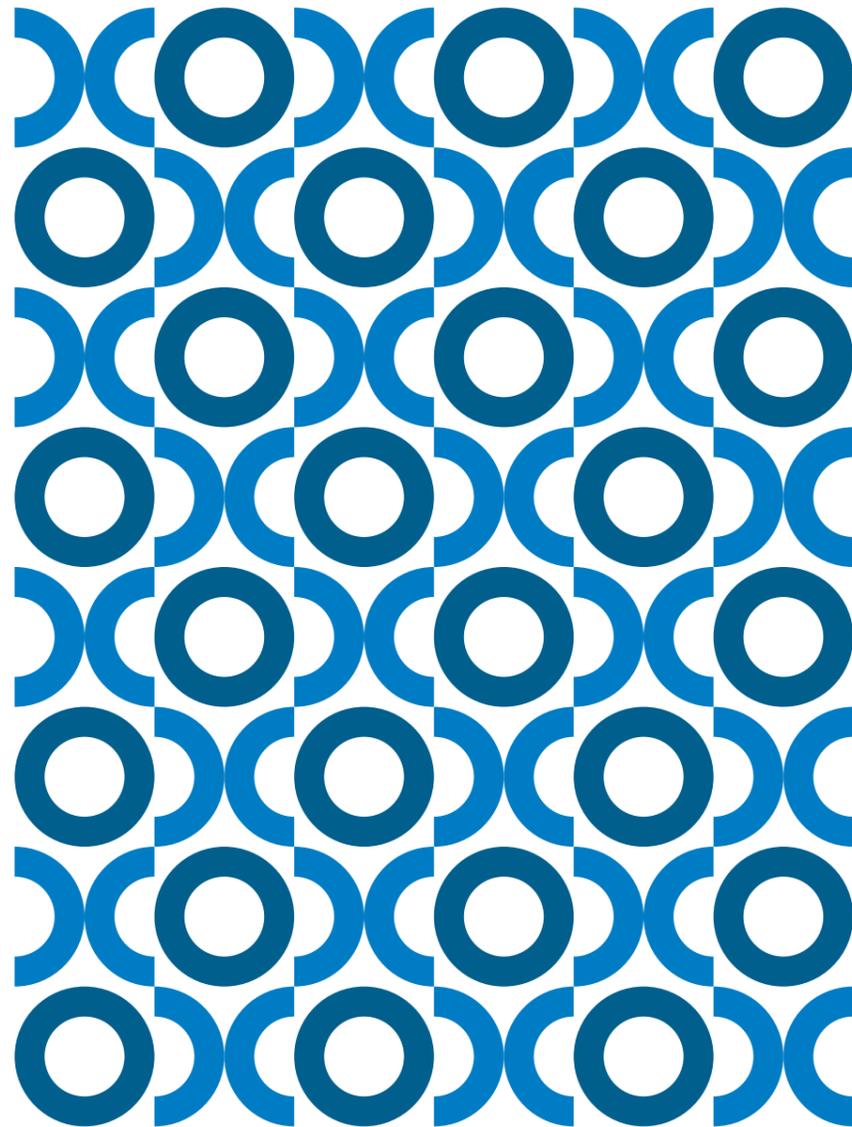


LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI UNA CENTRALE OPERATIVA

a cura di
Lorena Martini - Dirigente UOS Fabbisogni standard
e modelli organizzativi delle professioni sanitarie - Agenas
Alessia Sciamanna - Agenas



La Formazione degli operatori di una Centrale Operativa



I programmi di formazione degli operatori per le diverse Centrali Operative sono definiti in base a specifiche variabili che dipendono dal modello organizzativo, dalle attività previste e in modo particolare dal fatto che si tratti di operatori laici o professionisti sanitari.

Tali programmi dovranno essere riferiti, in particolare, alle seguenti aree di conoscenze e competenze:

- organizzazione socio-sanitaria;
- gestione di protocolli decisionali elaborati dalla Centrale Operativa per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con gli altri servizi pubblici (es. 118, Distretti, Casa della Comunità);
- gestione degli strumenti informatici, di fonìa, applicativi ed orografici;
- tecniche di comunicazione efficace con l'utenza.

Come sempre accade, infatti, quando si appropria un cambiamento nei modelli organizzativi legati alla erogazione di un servizio, è necessario che il personale coinvolto acquisisca competenze specifiche sui diversi aspetti in cui operativamente si dipana il nuovo processo organizzativo.

A partire dal contesto, anche normativo di riferimento, passando per le specifiche caratteristiche e funzionalità tecniche delle infrastrutture di rete e degli applicativi utilizzati dall'utente, fino agli aspetti più squisitamente comunicativi-relazionali, molte e diverse tra loro sono le dimensioni coinvolte nella ristrutturazione del processo di presa in carico attraverso le CO.

Trattandosi di un vero e proprio processo di change management, inoltre, particolare rilevanza assumerà la formazione legata agli aspetti del time management, alla gestione dei team e dei flussi comunicativi.

La gestione degli aspetti comunicativi-relazionali assume infatti gioco-forza un ruolo fondamentale, in quanto il servizio offerto dalle centrali è per sua natura legato alla ricezione di una serie di informazioni veicolate da diversi mezzi, provenienti da diverse fonti e destinate a diversi target, che devono essere correttamente acquisite, catalogate, interpretate, rielaborate, reindirizzate e spesso restituite in termini di comunicazione esterna. Altro aspetto da considerare è la complessità della filiera e del sistema di integrazione delle centrali, stante l'attuale assetto normativo, per la quale risulta infatti fondamentale anche la comunicazione di servizio sia interna tra i diversi operatori e team della centrale, sia esterna con gli altri sistemi complementari della rete socio-assistenziale.

Per questo l'organizzazione di percorsi formativi dovrà altresì prevedere momenti interdisciplinari, in particolare tra operatori della CO NEA 116117, delle COT, MMG, PLS, medici della CA e dei distretti, 118 oltre che con il sistema del NUE 112.

Particolarmente delicato risulta l'aspetto legato al processo comunicativo con l'utenza, specialmente nelle CO NEA 116117, dove è necessario che gli operatori comprendano l'importanza di rappresentare il primo punto di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale e come una corretta gestione della comunicazione con l'utente possa rappresentare il valore aggiunto di questa nuova modalità di approccio alla persona, attivando inoltre un processo virtuoso legato all'appropriatezza della risposta assistenziale e riducendo gli accessi impropri in P.S. proprio grazie ad un approccio efficace e risolutivo della gestione delle situazioni di urgenza differibile negli appropriati setting di presa in carico.

Naturalmente per quanto riguarda nello specifico le CO NEA 116117, man mano che questo modello organizzativo sarà oggetto di autorizzazione su tutti i territori regionali, anche grazie alla forza propulsiva rappresentata dal PNRR in termini di manifestazione di intenti, di unitarietà di obiettivi e di risorse finanziarie per sostenere la riforma del territorio, sarà possibile approcciare in maniera più sistematica la formazione per gli operatori delle centrali operative, che allo stato attuale è necessariamente destinata solo al personale che ivi verrà impiegato nelle regioni che sono in sperimentazione.

Al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione ed aggiornamento, si rimanda ad un ulteriore documento che verrà successivamente predisposto. Alla luce, appunto, dello stato di attuazione del processo di implementazione e riforma in atto, sarà possibile trasformare in una leva sistemica di portata nazionale quella che inizialmente costituisce una iniziativa formativa fondamentale, ma necessariamente di rilievo territoriale e tendenzialmente caratterizzata da una distribuzione a macchia di leopardo.

In questa fase, però, è già possibile pensare alla costruzione di una fisionomia complessiva di riferimento dei professionisti che gravitano intorno alle centrali operative, cercando di individuare gli elementi fondanti di un set minimo di conoscenze e competenze che sono imprescindibili per un'efficace implementazione dei diversi modelli organizzativi: una fase quasi sperimentale di formazione, che nella stagione di riforme e investimenti in essere senza precedenti per la sanità italiana ed europea, potrà essere successivamente sistematizzata e standardizzata su base nazionale.

Nel corso del medio e lungo periodo questo investimento in risorse umane in termini di capacity building attraverso una formazione mirata e continua, consentirà l'acquisizione e il rafforzamento di conoscenze e competenze. In tal modo, attraverso un processo anche bottom up, si potrà sostenere e accompagnare la transizione digitale, una delle cifre distintive della missione 6 del PNRR, che vede proprio nelle centrali operative uno snodo strutturale imprescindibile per l'ammodernamento ed efficientamento del SSN.

Si può pertanto ipotizzare di pianificare una formazione con carattere modulare e scalabile trasversale di base comune a tutti i profili e tipologie di centrali, che preveda poi moduli aggiuntivi legati sia alle singole professionalità sia alle specificità dei modelli organizzativi che, in una logica di life long learning, potrà essere mantenuta periodicamente mediante edizioni di refresh di quanto acquisito nel corso delle precedenti edizioni, sviluppando così programmi di upskilling e reskilling secondo una logica di miglioramento continuo delle competenze.

Sarà in tal modo possibile garantire un costante allineamento tra l'avanzamento delle riforme e l'attuazione del nuovo assetto delle centrali operative, anche in adesione alle revisioni normative in atto sul territorio e sull'organizzazione ospedaliera, cosicché gli operatori possano essere un ganglio non solo funzionante, ma strategico in quanto davvero coinvolto nella migliore espressione della leadership partecipativa in una crescita costante dell'amministrazione della sanità.

La costruzione dei moduli standard e trasversali a tutti i modelli dovrebbe altresì, nella medesima logica motivazionale del personale e in una logica di efficacia nel design dei processi, tenere conto di adeguati meccanismi di intercambiabilità e flessibilità nei ruoli ove possibile, senza snaturare i funzionigrammi delle singole amministrazioni, che mantengano alto l'interesse e la partecipazione del personale e che consentano efficaci sistemi di sostituzione, fondamentali per garantire il corretto funzionamento delle centrali 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

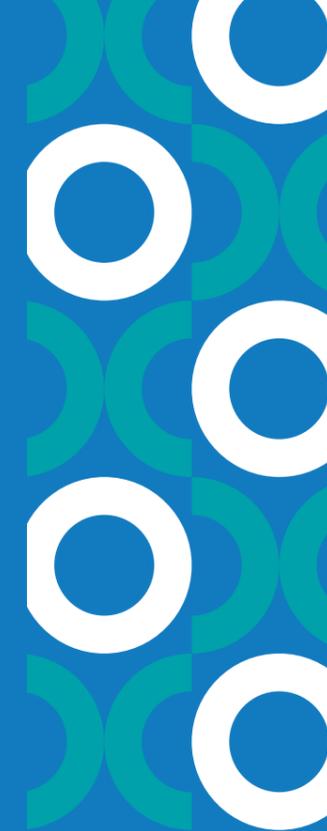
Una programmazione così strutturata potrà agevolmente garantire un'adeguata scalabilità anche sui territori, consentendo di replicare per un numero tendenzialmente illimitato di edizioni la medesima formazione con un impegno di spesa contenuto, raggiungendo in potenza tutti gli operatori coinvolti nel processo quando il servizio delle centrali, in particolare NEA 116117, sarà operativo su tutto il territorio nazionale.

In termini di velocità di penetrazione del target, da ultimo, si può osservare come l'erogazione di questa tipologia di formazione in modalità FAD possa risultare la più efficiente in termini di analisi costo-beneficio, avendo

le potenzialità, per sua natura, di raggiungere nello stesso arco temporale un numero molto elevato di utenti e si presti molto bene soprattutto all'aggiornamento continuo.

In termini invece di stretta efficacia, almeno nella fase iniziale e per i contenuti più tecnici, potrà essere più incisiva una formazione almeno in parte in presenza o quanto meno in modalità online, che garantisca la necessaria interazione tra docenti e discenti allo scopo di verificare che la dimensione delle conoscenze possa trasformarsi attraverso un processo culturale nella dimensione delle competenze.

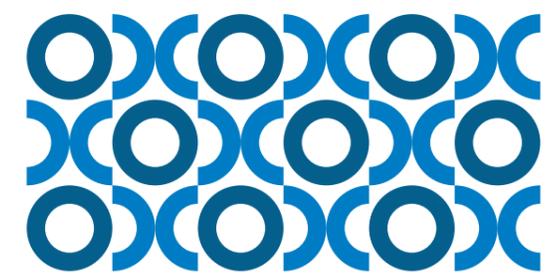
Sarà opportuno infine considerare la formazione per i professionisti sanitari strettamente connessa al mondo della formazione continua in medicina, proponendo specifici obiettivi legati a questa importante sfida per il futuro.



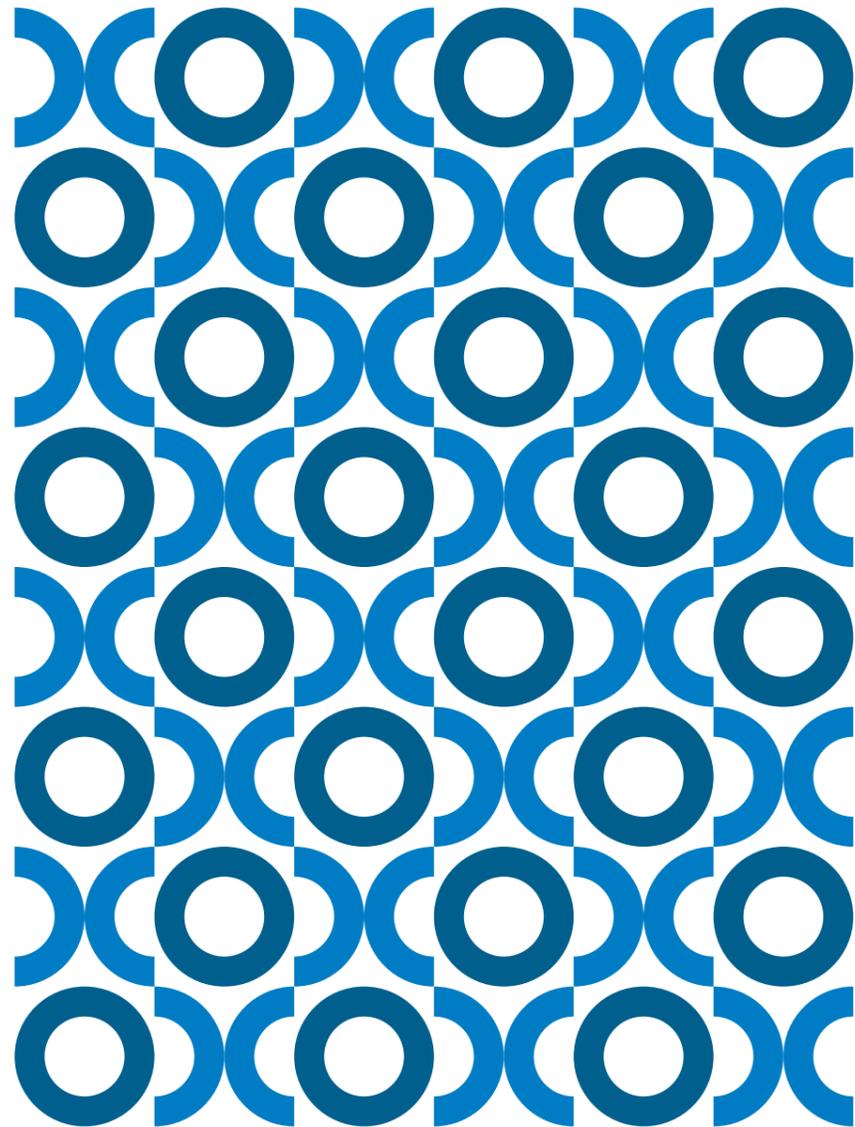
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI DI CENTRALI OPERATIVE

a cura di
Michela Santurri - PonGov Cronicità - Agenas
Federica Riano - PonGov Cronicità - Agenas
Caterina Petrigni - Istituto Superiore di Sanità





Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici di Centrali Operative



Ad oggi non esiste ancora una normativa nazionale di riferimento su come debba essere configurata una centrale operativa in termini di specifiche strutturali (numero, destinazione d'uso e layout/ubicazione dei locali e loro dimensione minima), impiantistiche e tecnologiche. Si è proceduto, quindi, ad una ricognizione delle normative nazionali cogenti, delle normative regionali esistenti soprattutto in tema di autorizzazioni e accreditamento nonché delle indicazioni delle società scientifiche di riferimento in modo da fornire degli standard minimi di riferimento per la parte strutturale, nonché tecnologica ed impiantistica per la realizzazione di nuove centrali e/o l'adeguamento di quelle già presenti sul territorio nazionale. La pandemia da COVID19 ha, inoltre, stigmatizzato le criticità della distribuzione e separazione degli spazi negli ambienti di lavoro in termini di grandezze fisiche che possono incidere, anche considerevolmente, la qualità dell'aria indoor.

L'attività svolta dagli operatori delle centrali operative NUE 112, 118, NEA 116117 è prevalentemente riconducibile a quella di videoterminale. In considerazione di ciò, si fa riferimento ai contenuti delle pubblicazioni INAIL (Indicazioni INAIL Videoterminali, 2010) e alle disposizioni del testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DI UNA CENTRALE OPERATIVA

Una Centrale Operativa deve rispettare i requisiti di adeguamento al corpus normativo in materia di igiene, sicurezza sismica, prevenzione incendi, sicurezza elettrica, contenimento energetico e abbattimento delle barriere architettoniche.

Deve essere ubicata in un'area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, esterna alle zone/raggi di sicurezza derivanti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).

La viabilità deve essere di facile accesso e deve essere prevista un'area di parcheggio riservata al personale operante in centrale sia in condizioni ordinarie sia di emergenza, con la possibilità di accesso riservato in caso di condivisione della sede con altre aziende sanitarie/enti.

Le Centrali Operative devono prevedere aree di supporto quali:

- la Sala Operativa, area nella quale sono ubicate le postazioni di lavoro;
- uffici direzionali, di segreteria, di amministrazione, di archivio e di deposito dotati di arredi e attrezzature idonei allo svolgimento dell'attività e le cui dimensioni devono essere definiti in funzione dei volumi di attività;
- locali di ristoro e relax del personale, le cui dimensioni dovranno essere correlate alla numerosità del personale;
- locali spogliatoio per il personale, servizi igienici suddivisi per sesso in numero proporzionale al personale che vi afferra. Tali servizi devono ricomprendere anche quelli per portatori di disabilità, come da normativa vigente;
- locali tecnici per le installazioni telefoniche, radio e informatiche;

- locale di supporto/stoccaggio per i servizi di manutenzione e pulizie;
- locali riunioni, aree da destinare alla formazione/addestramento del personale idonee anche alla formazione a distanza;
- aree di parcheggio commisurate al personale operante nella Centrale Operativa.

ESEMPLIFICAZIONE DEGLI STANDARD MINIMI STRUTTURALI DI UNA SALA OPERATIVA TIPO E DELLE RELATIVE POSTAZIONI DI LAVORO

La Sala Operativa è l'area che accoglie le postazioni di lavoro, che devono essere pari almeno al numero massimo di operatori presenti per turno. È necessario prevedere delle postazioni di ridondanza pari indicativamente al 30% di quelle ordinarie, per consentire di fronteggiare eventuali necessità temporanee d'incremento di attività o comunque per garantire le normali funzioni lavorative in caso di manutenzioni e adeguamenti.

Le postazioni devono essere preferibilmente collocate secondo uno schema ad "isola singola" o "isola multipla", ossia ubicate singolarmente o in gruppo, mantenendo una distanza l'una dall'altra sufficiente ad impedire che vi possa essere vicendevole interferenza durante l'operatività.

Per ogni operatore si considera una superficie non inferiore a 7 mq. Tale valore rispetta quanto prescritto dal punto 1.2 dell'allegato IV al D.lgs. 81/08 in termini di limite minimo di superficie da garantire a ogni lavoratore.

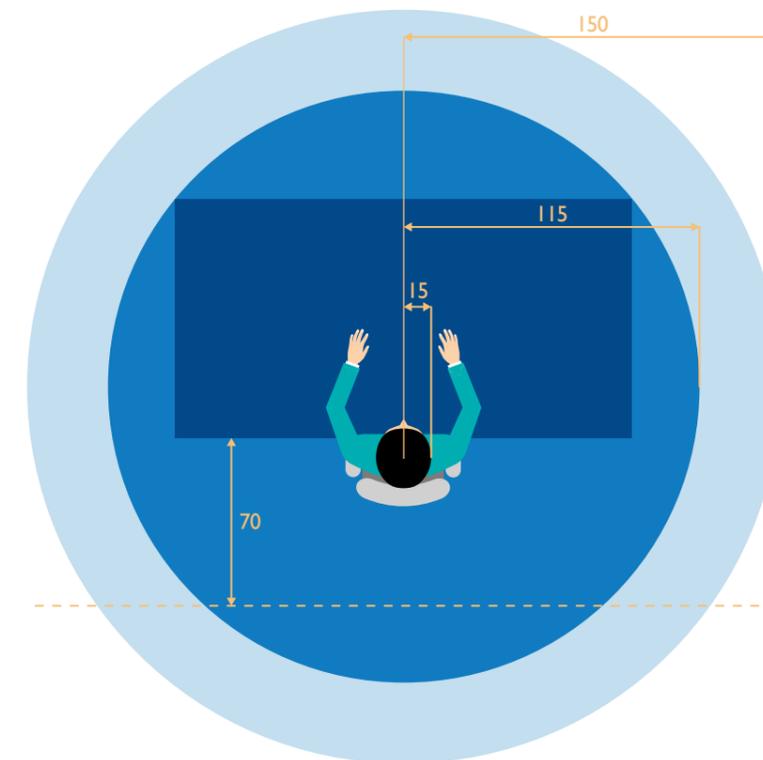
Il valore proposto è stato ottenuto tenendo anche conto dell'attuale emergenza pandemica, è necessario definire un'area di sicurezza intorno ad ogni individuo, identificabile in un cerchio di 115 cm di raggio, per garantire un distanziamento fisico accettabile tra due o più postazioni ai fini della prevenzione da contagio.

Tale area è composta da un cerchio interno di raggio 15 cm, che indica la testa e i suoi possibili movimenti, ed una corona circolare esterna, di raggio pari a 100 cm aggiuntivi rispetto al cerchio interno, che rappresenta l'area di distanziamento minima. Nel caso di posizione seduta, il centro del cerchio viene fatto coin-

cidere con l'intersezione tra bordo anteriore della scrivania/tavolo ed il piano mediano della sedia. L'area di distanziamento di un individuo è sovrapponibile con quella di un individuo vicino, purché non si sovrappongano i cerchi interni (raggio 115 cm). In questo modo la distanza interpersonale minima di 1 metro viene assicurata.

Dato che, per consentire i movimenti, alle spalle della scrivania bisogna avere uno spazio non inferiore a 70 cm, il raggio della circonferenza in questione deve essere maggiorato di 35 cm per un totale di 150 cm (Figura 8).

Figura 8. Schema di calcolo per lo standard per l'area di sicurezza interpersonale



Per ogni operatore si è, quindi, calcolato una superficie minima della postazione di lavoro di 7 mq (area cerchio: $1,50m \times 1,50m \times 3,14(\pi)$) da intendersi al netto dei passaggi laterali di comunicazione per potersi spostare ed evacuare la sala.

Il piano di lavoro di ogni postazione deve presentare dimensioni sufficienti per permettere una disposizione flessibile e funzionale alle diverse attrezzature. Una corretta postura sul lavoro da video terminalista prevede che le braccia possano appoggiare comodamente sul piano di lavoro in modo che tra braccio e avambraccio si formi un angolo di almeno 90° , lo stesso per la coscia e la parte inferiore della gamba.

Per consentire quindi agli operatori di diversa corporatura di mantenere una postura corret-

ta, sono consigliati arredi ergonomici come tavoli regolabili in altezza e sedie con schienali reclinabili.

Nei diversi casi è opportuno installare tra le postazioni pannelli divisorii fonoassorbenti per limitare la propagazione delle onde sonore e per garantire che i vari sistemi di collegamento utente/centrale siano udibili. Questi sistemi di insonorizzazione si rendono maggiormente efficaci se anche i soffitti e i pavimenti vengono schermati, rivestiti o protetti da materiali fonoassorbenti.

L'illuminazione generale e specifica deve garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.

Bisogna evitare i riflessi sullo schermo ed eccessivi contrasti di luminosità e abbagliamen-

ti all'operatore, disponendo la postazione di lavoro in funzione dell'ubicazione delle fonti di luce naturale e artificiale (in particolare le postazioni dovrebbero essere posizionate in modo da avere la luce naturale di fianco e utilizzare lampade a griglia antiriflesso o almeno schermate).

Occorre tenere conto della posizione di finestre, pareti trasparenti o traslucide, pareti e attrezzature di colore chiaro che possono determinare fenomeni di abbagliamento diretto e/o indiretto e/o riflessi sullo schermo.

Le superfici dei locali (soprattutto pareti e pavimento) dovranno presentare una limitata capacità riflettente ed essere di colore tenue ed opaco.

La direzione principale dello sguardo dell'operatore deve essere parallela rispetto alle finestre, che devono essere munite di dispositivi di oscuramento regolabile (per es. veneziane o tende di tessuto pesante). L'illuminamento sul piano di lavoro (monitor o tavolo) per la Sala Operativa e gli uffici può essere regolabile e, comunque, fissato tra 300 e 500 lux. Per la lettura delle informazioni direttamente dal monitor sono necessari 300 lux; se invece occorre leggere un documento sono necessari 500 lux. Nei paragrafi che seguono si riportano i requisiti strutturali minimi specifici distinti per le diverse centrali, ad integrazione di quelli appena richiamati.

SPECIFICHE MINIME STRUTTURALI PER CENTRALI OPERATIVE 118 DELL'EMERGENZA URGENZA

Per le CO 118 dovrebbe essere prevista, oltre alla sala operativa e tutte le aree di supporto sopra indicate, anche **un'area per le maxi-emergenze**, destinata alla gestione di situazioni di maxi-emergenza o di gestione di grandi eventi. Tale zona dovrà essere dotata di un numero idoneo di postazioni di lavoro dedicate, analoghe a quella ordinarie, separabili all'occorrenza. Il loro numero dovrà essere funzionale alla gestione di un piano di rischio dell'area di competenza territoriale o sovra territoriale a seconda della progettazione regionale, interregionale o nazionale come nel caso delle C.R.O.S.S. (Centrale Operativa Remota per le

Operazioni di Soccorso Sanitario). Inoltre, se prevista dalla programmazione regionale, è possibile ipotizzare un'area destinata all'inse-diamento e all'attività dell'unità di crisi.

Relativamente alle Postazioni Territoriali di Emergenza (PET) 118, che costituiscono le sedi presso le quali stazionano gli equipaggi dei mezzi di soccorso in attesa della loro attivazione da parte della CO 118 dell'emergenza sanitaria territoriale competente, cui spetta il coordinamento, dovrebbero essere dotate di aree di parcheggio di pertinenza attrezzate anche per garantire il ripristino del mezzo di soccorso sia in termini di sanificazione sia di rifornimento del materiale sanitario necessario.

SPECIFICHE MINIME STRUTTURALI PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Trattandosi di servizi distrettuali, le postazioni per gli operatori delle COT potrebbero anche non essere allocate in ambienti open-space ma in stanze adibite a ufficio. Essendo, inoltre, le postazioni in numero ridotto (per ogni COT, indicativamente, n. 4 postazioni di lavoro e n. 1 ufficio per il coordinatore) rispetto a quelle previste per le altre centrali operative ed essendo molto ridotto il flusso di telefonate, perché a servizio di bacini di utenza più piccoli, non si pone il problema di dover necessariamente insonorizzare gli ambienti.

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI DI UNA CENTRALE OPERATIVA

Le strutture che ospitano Centrali Operative, la cui ubicazione non presenta vincoli territoriali, devono rispettare i seguenti requisiti minimi impiantistici:

- **impianto antincendio** rispondente alla normativa vigente in materia; in particolare tutti i sistemi di spegnimento automatico (ad esempio in locali quali CED e magazzini) devono essere realizzati con sistemi sicuri per i lavoratori (aerosol o similari) senza sottrazione di ossigeno;
- **impianto elettrico** dimensionato secondo le necessità di assorbimento in grado di poter sostenere la contemporaneità di più alimentazioni, con presenza di gruppi

di continuità e di gruppo elettrogeno, che assicurino il corretto funzionamento della centrale in ogni sua parte essenziale (sistema informatico, sistema di comunicazione e di sicurezza, apparecchiature e strumentazione, ecc.) sia l'illuminazione d'emergenza e di sicurezza. Per la sicurezza elettrica dell'impianto si rimanda alla norma CEI 64-8 per la sicurezza degli impianti elettrici civili.

L'impianto dovrà prevedere tre sezioni:

- **utenze normali:** Cucina, prese di servizio, condizionatori dei locali non essenziali, ascensori. Tali utenze potranno essere alimentate dalla normale rete elettrica fornita dal gestore locale, senza l'utilizzo di sistemi di soccorso.
- **utenze privilegiate:** Luci. Per tali utenze si potrà tollerare una breve interruzione (10 – 15 s) e si dovrà prevedere l'alimentazione mediante un gruppo di soccorso in grado di intervenire in breve tempo.
- **utenze in continuità:** PdL, luci di emergenza, apparati centrali di rete, possibilmente PC di ufficio. In questi casi l'alimentazione non dovrà mai mancare e sarà indispensabile un gruppo di continuità (UPS) che veda a monte la presenza di un gruppo elettrogeno, che intervenga comunque ad assicurare la permanenza dell'alimentazione oltre l'autonomia dell'UPS.
- **impianto idrotermosanitario**, nonché impianto di condizionamento e climatizzazione tale da garantire le condizioni di comfort termo-igrometrico richiamato nel d.lgs.81/08 e descritto nella UNI EN ISO 7730:2006 da prevedere con particolare riguardo nella sala operativa e negli ambienti che presentano particolari esigenze di climatizzazione;
- **impianto di illuminazione** regolabile dedicato all'utilizzo dei videoterminali secondo la normativa UNI EN 12464-1;
- **Impianto di telefonia fissa;**
- **Rete dati;**
- **Impianto TV;**
- **Impianto di prevenzione incendi e annessi dispositivi antincendio;**
- **Sistema di controllo degli accessi sia all'edificio che alla sala operativa;**
- **Sistema di video sorveglianza spazi esterni all'edificio.**

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI DI UNA CENTRALE OPERATIVA

Il Sistema di telefonia, il sistema informatico ed il sistema radio costituiscono il cardine tecnologico del funzionamento di una intera Centrale Operativa (NUE 112, 118 dell'Emergenza Urgenza, NEA 116117). Una netta distinzione tra i tre sistemi è difficile da farsi in quanto essi si integrano fra di loro ed ognuno di essi può utilizzare le componenti degli altri sistemi.

Una Centrale Operativa, quindi, deve possedere i seguenti requisiti minimi tecnologici:

- sistema CTI (Computer Telephony Integration): per permettere interazioni tra un telefono e un computer consentendo agli operatori di pilotare il proprio telefono direttamente dall'interfaccia grafica dell'applicativo. Agendo esclusivamente con il mouse sarà quindi possibile rispondere ad una chiamata in coda (non necessariamente la prima arrivata), effettuare il trasferimento della chiamata, mettere in *call hold* la chiamata, coinvolgere il *call-center* multilingua esterno, coinvolgere un secondo operatore, effettuare una chiamata, ecc.;
- sistema di visualizzazione sul monitor del computer dell'operatore telefonico delle informazioni della scheda di contatto e della scheda operativa visualizzate, consentendo di fornire supporto, informazioni o assistenza;
- rete telefonica che permetta l'interconnessione stabile di tutte le CO, compatibile con la rete telefonica regionale e basata sui due seguenti centralini:
 - interno: connesso con la propria Sala Operativa, le altre Centrali Operative, Rete Ospedaliera, Enti ed Istituzioni che partecipano all'attività di assistenza/emergenza;
 - esterno: in grado di connettersi con il sistema di comunicazione mobile e fisso e fornito di strumenti integrati che permettano le comunicazioni da/verso pazienti fragili e/o disabili.
- centralino telefonico (PBX) che gestisce le chiamate telefoniche come servizio attraverso la rete LAN e Internet, permettendo l'accodamento delle chiamate in ingresso

che verranno successivamente prese in carico dagli operatori e/o professionisti e gli eventuali accodamenti per le chiamate trasferite qualora si rivelasse necessario parcheggiarle in attesa della risposta da parte del relativo servizio;

- server di backup telefonico reciproco tra i diversi centralini;
- sistema telefonico aggiuntivo di emergenza dedicato alla ricezione delle chiamate nel caso in cui ambedue i centralini vadano in avaria;
- servizio di interpretariato per la ricezione di chiamate da parte di cittadini stranieri;
- tecnologie per la ricezione di chiamate da parte di utenti diversamente abili (ad es. fax dedicato alle richieste di sordomuti, sistema di ricezione e invio di SMS, ecc.);
- rete privilegiata o sistema di collegamento diretto tra le diverse Centrali Operative;
- sistema di registrazione basato su due livelli:
 - di sala, a disposizione dell'Operatore di Centrale per il riascolto immediato e rapido delle ultime chiamate;
 - di sistema, per l'archiviazione ed il riascolto per fini operativi (debriefing), formativi e medico legali (a disposizione dell'Autorità Giudiziaria).
- sistemi archiviazione dei file audio, duplicati;
- sistema di interfacciamento automatico dei dati di chiamata con i dati territoriali (toponomastica);
- sistema per l'invio dati ed immagini dal chiamante alla Centrale Operativa;
- sistema di integrazione con sistema informativo ospedaliero e territoriale finalizzato a garantire la continuità del soccorso e i dati di esito dell'intervento per consentire la programmazione organizzativa basata sui dati reali di operatività;
- tecnologie per creazione, adattamento e implementazione, in formato digitale, dei processi innovativi ritenuti necessari per rispondere a nuove esigenze strategiche e/o aderire ai bisogni della popolazione, tali da consentire e monitorare, in tempi rapidi, le nuove strategie clinico organizzative;
- tecnologie per la dematerializzazione della documentazione cartacea;

- apparati per il backup automatico di tutti dati di attività in altra struttura istituzionale (server Aziendale, Centrale Vicaria etc.);
- sistemi di allerta via SMS a gruppi di utenti;
- sistema per la gestione integrata da video del sistema telefonico, con accesso al sistema di registrazione delle chiamate;
- maxischermo/televisioni, in numero adeguato alla grandezza dell'ambiente, per fare in modo che tutti prendano visione real-time del numero di chiamate in entrata, in coda e processate.

Nei paragrafi che seguono si riportano i requisiti tecnologici minimi specifici distinti per le diverse centrali, ad integrazione di quelli appena richiamati.

SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI UNICHE REGIONALI 112

Si riportano di seguito le specifiche tecnologiche minime caratterizzanti le Centrali Uniche Regionali 112:

- piano di Disaster Recovery, reinstradamento telefonico sui PSAP2 o su Call Center alternativi;
- piattaforma gestionale integrata con sistema GIS con le seguenti funzionalità:
 - visualizzazione in tempo reale della posizione del chiamante e dell'evento oggetto della chiamata. L'output cartografico viene generato sulla base delle informazioni reperite dal Centro Elaborazione Dati (CED) Interforze e/o dei dettagli ulteriormente forniti dal chiamante durante la fase di Call Taking;
 - sovrapposizione di layer per l'arricchimento del contenuto informativo della mappa per la rappresentazione di specifici POI (Point of Interest) come Ospedali, Centri Commerciali, aree pericolose e vulnerabili (acqua, gas, elettricità e telefonia), impianti soggetti a rischi antropici e naturali etc. L'arricchimento del contenuto informativo della mappa può risultare estremamente utile durante il Call Taking nel momento in cui il chiamante non è in grado di fornire un indirizzo esatto ma può solo descrivere ciò che vede (edifici, corsi d'acqua, linee ferroviarie, altro);

- inserimento, modifica e cancellazione di nuove categorie di punti personalizzati con l'associazione di un'anagrafica per ciascun punto;
- visualizzazione, ove applicabile, delle icone dinamiche rappresentanti mezzi di soccorso in movimento;
- calcolo dei percorsi e definizione delle distanze/tempi ad essi associati effettuato sulla base dei criteri reali di navigabilità delle strade con misura totale della lunghezza del percorso e del tempo stimato per la sua percorrenza.

- sistema radio per assicurare il costante collegamento tra la Centrale Operativa e i mezzi di soccorso;
- sistema di monitor, videowall o similari da ubicarsi in sala operativa e sala maxi-emergenze tali da assicurare la fruizione a tutto il personale operativo delle informazioni indispensabili allo svolgimento delle attività;
- sistema di video collegamento tra le Centrali Operative e le unità di crisi nonché tra enti impegnati nello svolgimento dell'attività di soccorso;
- disponibilità della connettività verso i PSAP di 2° livello e verso il Concentratore Interforze attraverso l'infrastruttura di base del modello attuato a livello nazionale "NUE 2009 Integrato";
- canali di comunicazione alternativi o evoluti:
 - servizio e-Call: la e-Call è una chiamata d'emergenza che può essere innescata automaticamente dal sistema installato sul veicolo quando viene rilevata da una collisione attraverso appositi sensori e, più in generale, tramite l'interfacciamento con l'elettronica di bordo oppure, manualmente, da un occupante del veicolo. A differenza però di una chiamata ordinaria una **e-Call è caratterizzata da un pacchetto dati relativo all'incidente**. All'invio di una e-Call, attivata sia in modalità automatica che manuale, il sistema IVS sul veicolo invia al PSAP 1 un pacchetto dati (MSD – Minimum Set of Data), contenente le informazioni rilevanti sull'evento che consentiranno di facilitare l'intervento sul luogo dei servizi di emergenza

nonché di accelerarne la risposta. I dati trasmessi dalla chiamata e-Call sono i seguenti:

- tipo di chiamata (se effettuata automaticamente dal sistema o manualmente premendo il pulsante);
- esatta collocazione temporale della chiamata (data, ora e minuti);
- informazioni di localizzazione del veicolo ottenute tramite sistema GPS nel momento dell'incidente (latitudine e longitudine);
- direzione di marcia del veicolo;
- tipo di veicolo (veicolo passeggeri, bus, per il trasporto commerciale, moto, ecc.);
- identificativo del veicolo (VIN);
- tipo di motore: benzina, diesel, a gas, elettrico (per far sapere se ci possono essere rischi di incendio o di contatto elettrico).

Ulteriori informazioni potrebbero essere inserite opzionalmente dal costruttore nel messaggio e-Call quali ad esempio:

- numero di passeggeri in base al numero di cinture allacciate;
- indicazione di quali sensori sono stati attivati per capire se si tratta di urto frontale, di ribaltamento, ecc.;
- service provider (nel caso l'utente abbia sottoscritto un apposito contratto aggiuntivo);
- paese di immatricolazione del veicolo che suggerisce quale sia la lingua parlata dall'utente;
- informazioni su veicoli speciali.
- applicazioni dedicate: Applicazione nazionale "Where ARE U", del Ministero dell'Interno, per la chiamata geolocalizzata al NUE. "Where ARE U" consente una più precisa localizzazione delle chiamate di emergenza di competenza degli Enti deputati al Soccorso (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco e Soccorso Sanitario). "Where ARE U", applicazione per i dispositivi mobili con sistemi operativi Android e iOS, permette di effettuare una chiamata d'emergenza e di inviare automaticamente la posizione esatta, rilevata tramite GPS o A-GPS dal dispositivo mobile.

È possibile effettuare, oltre alla chiamata vocale, anche una chiamata muta o una chiamata con richiesta di contatto via chat. Una volta scelta la modalità di chiamata, l'utente deve selezionare la tipologia di emergenza in corso: Emergenza Sanitaria, Soccorso tecnico, Forze dell'Ordine;

- SOS Sordi: Il servizio è raggiungibile al numero 800 800 112, in attesa dell'attivazione di specifico numero nazionale di pubblica utilità (chiamata che innescava un alert specifico sull'applicativo di sala operativa e che non ha bisogno di interventi in fonìa). Alla ricezione dell'alert, l'operatore:
 - accede al portale web riservato, dedicato alle centrali operative, attraverso cui poter inviare un SMS contenente un link, che consente alla persona sorda di accedere ad una speciale pagina web attraverso cui interagire con il cittadino. L'invio dell'SMS può avvenire anche attraverso le API di integrazione, così da velocizzare l'attività dell'operatore di centrale;
 - la pagina web in cui il cittadino sordo "atterra", dopo aver seguito il link inviato dalla sala operativa permette di acquisire in continuo la posizione GPS (per una migliore localizzazione della persona) e consente di interagire in modo sicuro e riservato con l'operatore attraverso una chat testuale, oltre che lo scambio di immagini, foto, pittogrammi e GIF animate in lingua dei segni;
 - qualora l'utente sordo non sia di lingua italiana viene attivata una traduzione tramite l'integrazione sul sistema di chat di strumenti di traduzione. All'utente viene presentata in icona la bandiera della lingua con cui intende proseguire la comunicazione.
- AML (Advanced Mobile Location): nuovo sistema di localizzazione in corso di attivazione nei telefoni cellulari recenti che stanno effettuando una chiamata ad un numero di emergenza (es. 112). Al momento della telefonata di emergenza la logica AML si attiva lato

smartphone e calcola la posizione del chiamante, occupandosi di attivare automaticamente i dispositivi di localizzazione (es GPS) nel caso non siano ancora in funzione. In maniera del tutto silente e trasparente al chiamante, quindi, viene determinata la posizione ed inviata ai server AML preposti attraverso due possibili canali:

- via SMS, mediante un messaggio opportunamente codificato e documentato;
- via HTTP(s), mediante invocazione ai servizi WEB via rete dati (per ora solo Google).

I dati relativi alle localizzazioni vengono resi disponibili ai fruitori (Centrali di Emergenza) per un periodo di tempo configurabile (per esempio mezz'ora), passato il quale vengono "archiviati".

Le postazioni di lavoro Call Taking (PdL) dell'operatore NUE 112 saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n. 2 monitor (22"/24") che permettano le seguenti funzioni:
 - l'uso dell'interfaccia gestionale dell'applicativo operatore (i.e. la visualizzazione e compilazione della "scheda contatto");
 - la visualizzazione delle mappe di cartografia;
- n. 2 telefoni digitali (a più linee) in tecnologia VoIP e uno in tecnologia TDM (da usare in caso di indisponibilità della tecnologia VoIP);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere.

Figura 9. Esempificazione di una postazione di Call Taking operatore (PdL) 112



SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI OPERATIVE 118

Si riportano di seguito le specifiche tecnologiche minime caratterizzanti le Centrali Operative 118:

- sistema di georeferenziazione e di trasmissione dati e immagini con i mezzi di soccorso e le strutture ospedaliere, in grado di sfruttare le implicazioni delle tecnologie 5G e realtà aumentata;
- Piano di Disaster Recovery;
- sistema radio per assicurare il costante collegamento tra la Centrale Operativa e i mezzi di soccorso;
- sistema di monitor, videowall o similari da ubicarsi in sala operativa e sala maxi-emergenze tali da assicurare la fruizione a tutto il personale operativo delle informazioni indispensabili allo svolgimento delle attività;
- sistema di video collegamento tra le Centrali Operative e quelle di crisi nonché tra enti impegnati nello svolgimento dell'attività di soccorso;
- sistema informatico in grado di disporre di dati, aggiornati in tempo reale, relativi a:
 - disponibilità ed ubicazione mezzi sul territorio;
 - dislocazione risorse dedicate all'emergenza;
 - riferimenti geografici e percorsi.
- sistema informatico che permetta:
 - il riconoscimento del chiamante (n° telefonico ed ubicazione, con l'individuazione sulla cartografia del luogo dell'evento);
 - la disponibilità delle risorse territoriali del SET-118 (mezzi e postazioni) settorializzate per ubicazione;
 - la localizzazione continua del posizionamento dei mezzi;
 - la localizzazione dei presidi ospedalieri e la disponibilità di alte specialità;
 - il supporto al mezzo di soccorso per la viabilità, il supporto all'équipe del mezzo per lo status clinico;
 - lo scambio di dati e l'integrazione massima dei percorsi operativi e clinico assistenziale dei percorsi dal SET-118, dalle strutture di area critica della rete ospedaliera e dalle istituzioni che partecipano alla attività di emergenza;

- la gestione dei flussi Informativi delle prestazioni di Emergenza-Urgenza del SET-118 sia verso il livello regionale che verso il livello nazionale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
 - sistema radio che utilizzi le coppie di frequenze rese disponibili in forma gratuita ed esclusiva dal Ministero della Salute ai Servizi 118 su scala nazionale in base al D.M. 6-10-1998 "Assegnazione delle coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti nella banda 450 MHz, al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" e deve avere adeguata copertura del territorio di riferimento.
 - AML (Advanced Mobile Location): nuovo sistema di localizzazione in corso di attivazione nei telefoni cellulari recenti che stanno effettuando una chiamata ad un numero di emergenza (es. 112). Al momento della telefonata di emergenza la logica AML si attiva lato smartphone e calcola la posizione del chiamante, occupandosi di attivare automaticamente i dispositivi di localizzazione (es. GPS) nel caso non siano ancora in funzione. In maniera del tutto silente e trasparente al chiamante, quindi, viene determinata la posizione ed inviata ai server AML preposti attraverso due possibili canali:
 - via SMS, mediante un messaggio opportunamente codificato e documentato;
 - via HTTP(s), mediante invocazione ai servizi WEB via rete dati (per ora solo Google).
- I dati relativi alle localizzazioni vengono resi disponibili ai fruitori (Centrali di Emergenza) per un periodo di tempo configurabile (per esempio mezz'ora), passato il quale vengono "archiviati".

Le postazioni di lavoro per gli operatori delle CO 118 saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n. 2 monitor (22"/24") che permettano le seguenti funzioni:
 - l'uso dell'interfaccia gestionale dell'applicativo operatore (i.e. la visualizzazione e compilazione della "scheda contatto");
 - la visualizzazione delle mappe di cartografia;
- n. 1 telefono digitale (a più linee);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere.

Figura 10. Esempificazione di una postazione di operatore 118



SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI OPERATIVE NEA 116117

Il Servizio NEA 116117 essendo ad esclusiva di cure non urgenti potrà prevedere anche, dal punto di vista della dotazione tecnologica:

- un risponditore automatico (IVR, Interactive Voice Responder) utilizzato per rispondere immediatamente alle chiamate in ingresso con messaggi preregistrati per l'informazione sui tempi previsti di attesa e/o l'indirizzamento, da parte dell'utente, della chiamata verso l'operatore e/o professionista in base ad una scelta (input) digitata dalla tastiera del telefono. Utile per smistare in modo automatico le chiamate senza alcun filtro umano;
- sistema di integrazione con sistema Geographic Information System (GIS):
 - localizzazione dei Point of Interest (presidi ospedalieri, COT, AFT, ASL, Case della Comunità, Ospedali di comunità, altro);
 - inserimento, modifica e cancellazione di nuove categorie di punti personalizzati con l'associazione di un'anagrafica per ciascun punto;

- database contenente i dettagli sulle Località/Vie/Tronchi (anch'esso identificato in precedenza come "stradario") grazie al quale viene velocizzato e verificato, come già descritto, l'inserimento manuale dei dati di localizzazione.

Le postazioni di lavoro saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n. 2/3 monitor (22"/24") purché permettano le seguenti funzioni:
 - la visualizzazione e compilazione della "scheda contatto" del chiamante, anagrafica, anamnesi...;
 - la visualizzazione di una scheda operativa utile a guidare l'operatore nelle diverse fasi della chiamata;
 - interfaccia cartografica;
- n.1 telefono digitale (a più linee);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere.

SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Si riportano di seguito le specifiche tecnologiche minime caratterizzanti le Centrali Operative Territoriali:

- una piattaforma comune integrata principalmente con gli applicativi di gestione dell'ADI e cure palliative domiciliari, Guardia Medica, Psichiatria/DSM ed in generale con i software del Territorio;
- un software con accesso, visualizzazione e alimentazione nel Fascicolo Sociosanitario Elettronico degli interventi effettuati;
- un sistema che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.

Le postazioni di lavoro saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n.1 monitor (22" /24");
- n.1 telefono digitale (a più linee);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere.

Figura 11. Esempificazione di una postazione di lavoro per operatore CO 116117

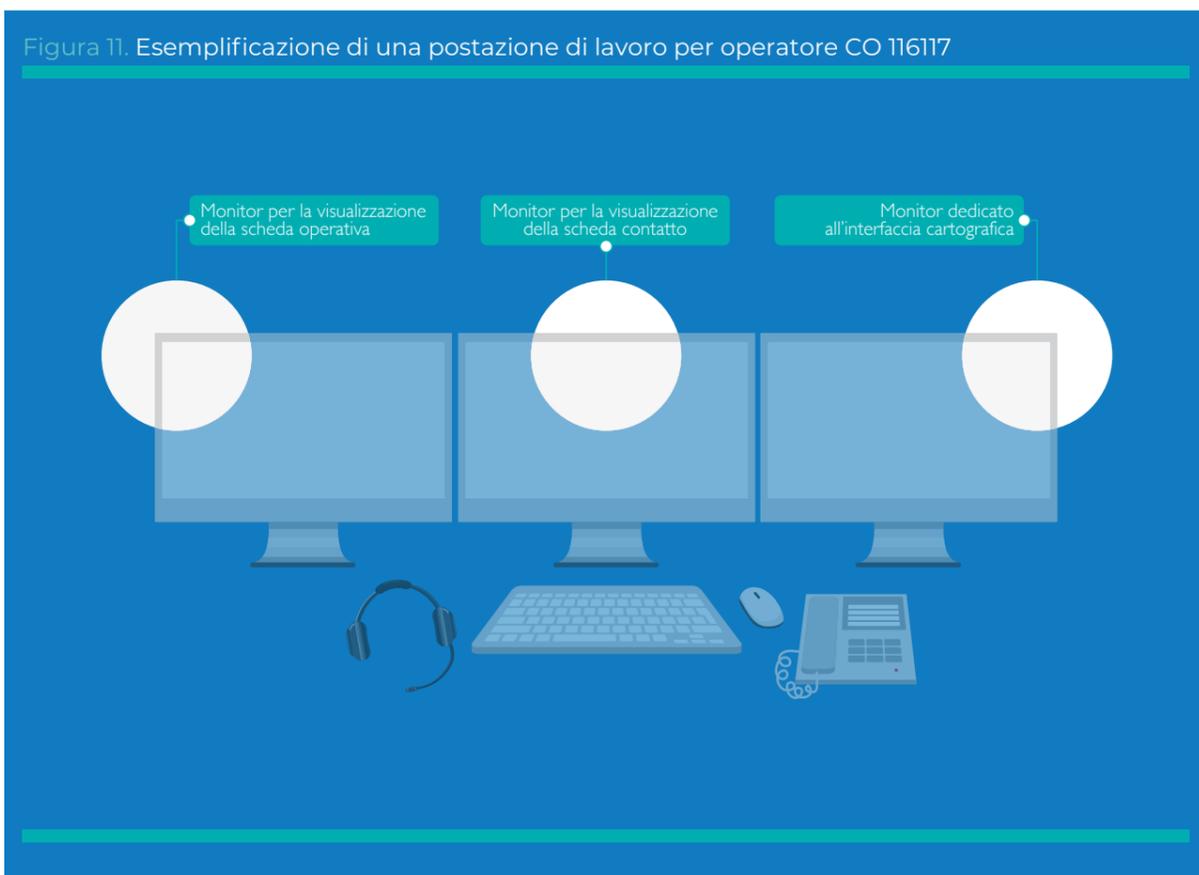
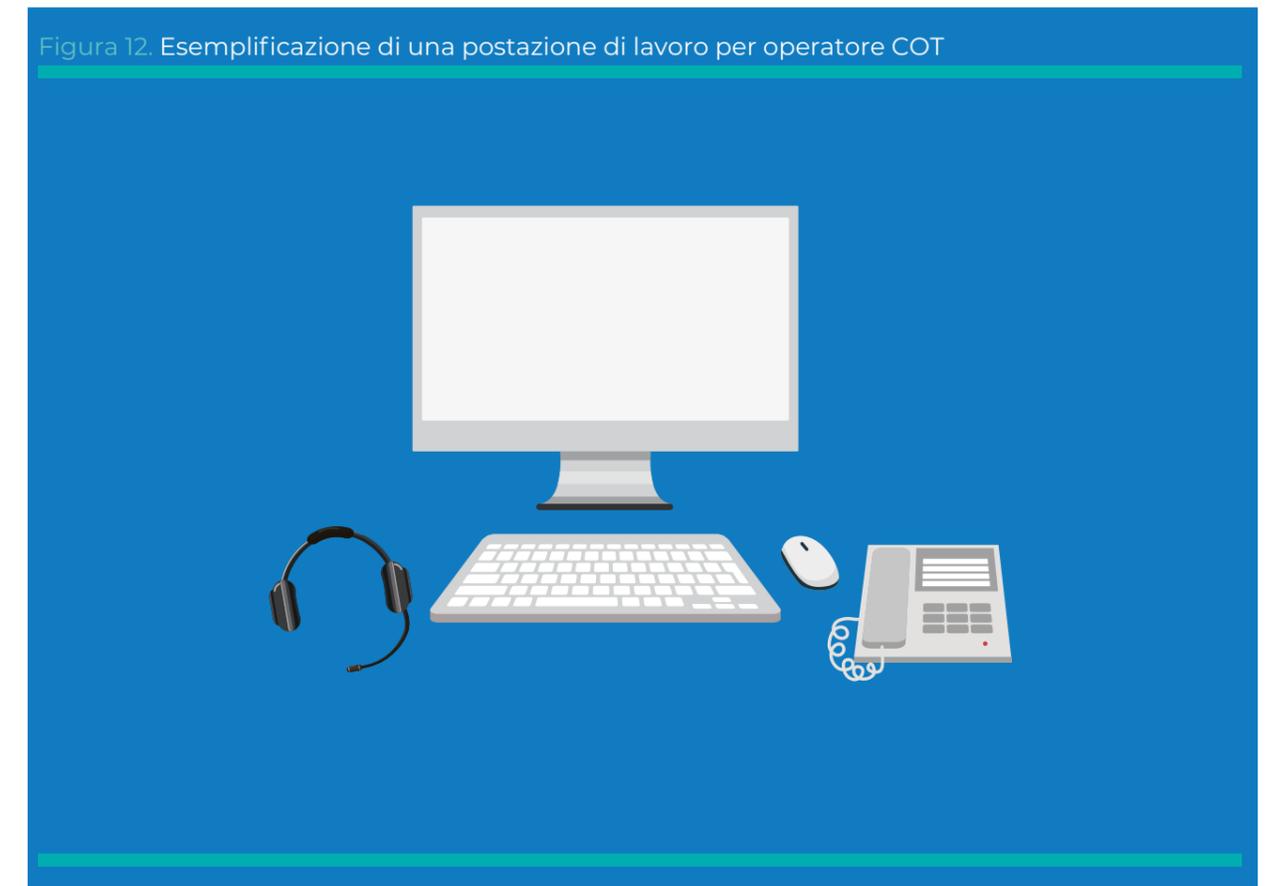


Figura 12. Esempificazione di una postazione di lavoro per operatore COT





PRINCIPI PER LA REMUNERAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE

a cura di

Alberto Zoli - Direttore Generale AREU, Regione Lombardia

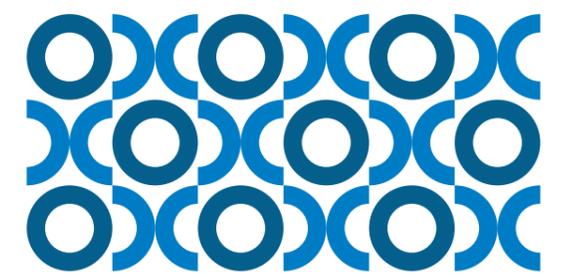
Simone Furfaro - Agenas

Antonio Paris - PonGov Cronicità - Agenas

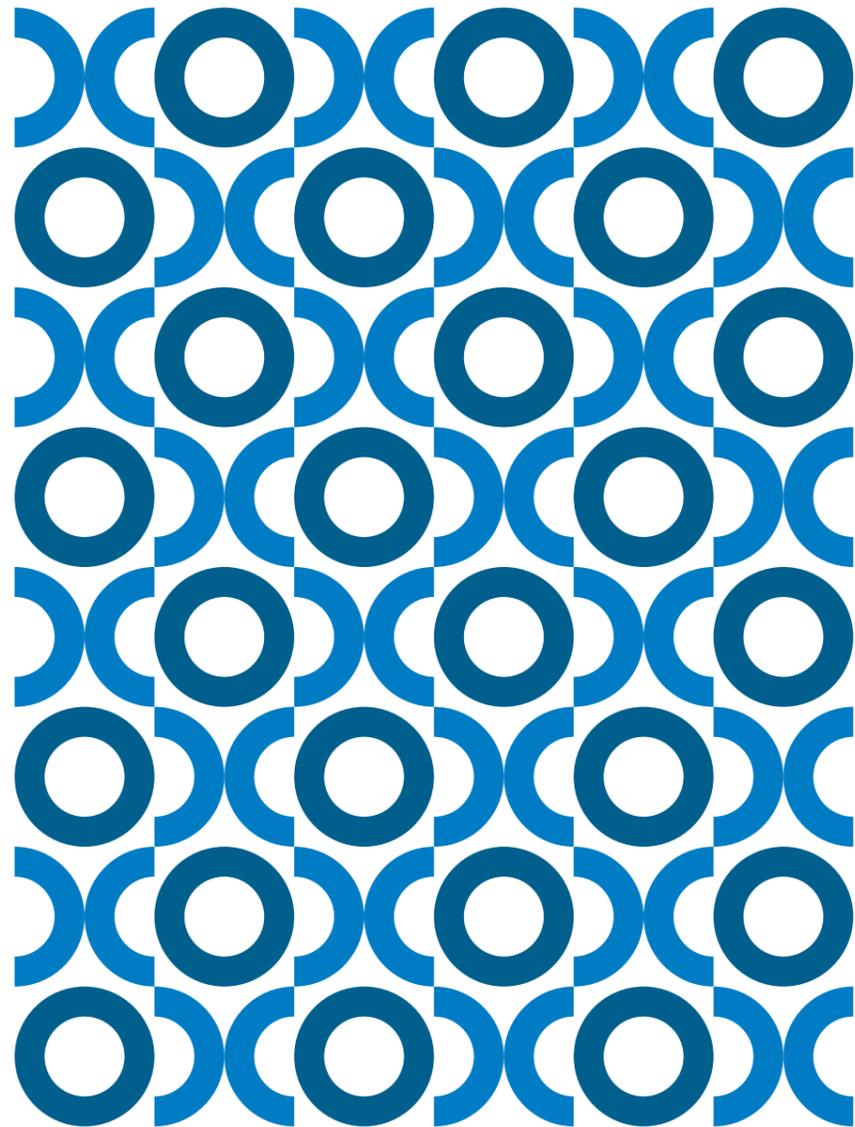
Adelaide Ippolito - PonGov Cronicità - Agenas

Francesco Mariotti - Ministero della Salute





Principi per la remunerazione delle Centrali Operative



CENTRALI UNICHE REGIONALI 112

Al fine di favorire l'estensione dell'operatività del servizio del Numero Unico Europeo 112, con la Legge di Bilancio n. 145 del 30 dicembre 2018, è stato istituito un apposito fondo denominato "Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112", con una dotazione di 5,8 milioni di euro per l'anno 2019, 14,7 milioni di euro per l'anno 2020 e di 20,06 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021. Le risorse sono destinate a contribuire al pagamento degli oneri connessi alla retribuzione del personale delle Regioni, impiegato per il funzionamento del servizio relativo al numero unico europeo 112.

Successivamente, in considerazione del significativo incremento di Regioni in fase di avvio e dell'abbreviamento dei tempi per la realizzazione nazionale del servizio, si è reso necessario incrementare la dotazione per consentire la copertura dei costi per 47 milioni di cittadini all'atto dell'avvio delle CUR, la cui attivazione è pianificata entro l'anno 2021 e per l'intera popolazione nazionale a partire dal 2022.

La norma pertanto incrementa la dotazione prevista dalla Legge 145/2018 per supportare l'estensione nazionale del sistema, con la previsione secondo la quale "al comma 984 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, le parole: «pari a 5,8 milioni di euro per l'anno 2019, a 14,7 milioni di euro per l'anno 2020 e a 20,6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021» sono sostituite dalle seguenti: «pari a 47 milioni di euro per l'anno 2021 e a 63 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022».

Per comprendere i criteri di ripartizione di detto fondo alle Regioni, occorre precisare che, sulla base dell'esperienza operativa accumulata dall'avvio del servizio, il costo medio di rea-

lizzazione dello stesso da parte delle amministrazioni regionali, incaricate dell'attivazione ed operatività delle Centrali Uniche di Risposta (CUR), è stato consuntivato in 1 €/anno per cittadino residente, con un'incidenza del costo del personale addetto pari al 70% di detto costo medio.

L'analisi dei costi diretti correlati alla gestione del servizio in Lombardia conferma quanto sopra indicato. Il costo complessivo, infatti, calcolato sulla popolazione di circa 10 milioni di cittadini (dati ISTAT), si attesta sui 10 milioni di euro, con un'incidenza delle diverse componenti rappresentata nel prospetto in Tabella 26.



Tabella 26. Incidenza sul costo complessivo correlato alla gestione del servizio in Lombardia delle diverse componenti

Infrastruttura tecnologica	22,43%
Servizio mediazione linguistico culturale	1,66%
Costo sedi	3,90%
Costo servizi e beni	6,27%
Costo personale	65,75%
Totale costi diretti	100%

Poiché il fondo specifico del bilancio statale arriva progressivamente a finanziare il 70% del fabbisogno complessivo, risulta garantita a regime la copertura dei costi del personale direttamente impiegato nell'erogazione del servizio.

Per l'anno 2020, la Legge 17 luglio 2020 n. 77 di conversione del DL 34/2020 (Decreto Rilancio) prevede che "Allo scopo di concorrere alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale delle centrali uniche di risposta del Numero unico europeo dell'emergenza regionale 112 direttamente impiegato nelle attività di contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro". I fondi di che trattasi sono stati distribuiti nell'anno 2020 applicando lo stesso criterio di distribuzione del fondo unico, vale a dire quello della popolazione servita dai distretti telefonici delle regioni dove è attivo l'112.

La ripartizione e l'erogazione dei fondi alle Regioni avvengono annualmente con provvedimento del Ministero dell'Interno.

Possibili evoluzioni

Poiché già nell'ultima Legge di Bilancio è stata prevista l'istituzione di un sottocapitolo, PG2 (Piano Gestionale 2) destinato alla manutenzione, funzionamento e potenziamento del Numero Unico Europeo 112, al momento privo di finanziamento, si auspica che per l'anno 2022 possa essere prevista un'opportuna valorizzazione.

CENTRALI OPERATIVE 118 DELL'EMERGENZA URGENZA

L'art. 3 del DPCM del 12/01/2017, alla lettera B, inserisce l'emergenza sanitaria territoriale tra le attività di competenza del distretto e l'art. 7 specifica che "il Servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extra-ospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore".

L'attività di emergenza sanitaria territoriale, pertanto, è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e della Continuità Assistenziale.

Il Fondo Sanitario Nazionale prevede la remunerazione dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale mediante la quota destinata all'assistenza distrettuale pari al 51% del FSN. Il sistema di riparto contenuto nel D.lgs. n. 68/2011 prevede l'individuazione di tre regioni benchmark da parte della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, al fine di calcolare il costo standard per ciascun macro-livello di assistenza. Il costo standard delle regioni benchmark viene applicato alla popolazione pesata delle singole regioni per ottenere così il fabbisogno standard, infine, la quota da destinare alla singola regione è data dal rapporto tra il fabbisogno della regione stessa ed il fabbisogno nazionale standard.

La compensazione delle funzioni di coordinamento e gestione delle attività di emergenza territoriale inoltre (ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 2 lett. e) del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.) è remunerata in considerazione delle finalità assistenziali.

Il citato articolo, infatti, prevede che l'attività "con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa" sia remunerata sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto,

quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

Mediante decreto ministeriale, successivamente, dovevano essere delimitati i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la loro remunerazione massima (da valorizzare in base a standard organizzativi, costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, volume dell'attività svolta), tuttavia tale provvedimento non venne emanato. È invece del luglio 2012 un intervento legislativo che, attraverso il decreto-legge 95/2012, pone un tetto al valore complessivo della remunerazione a funzione "che non può in ogni caso superare il 30 per cento" dell'ammontare globale assegnato alle strutture per le prestazioni definite negli accordi contrattuali.

Il processo che porta al finanziamento e alla remunerazione delle Centrali Operative 118 varia a seconda del modello organizzativo del servizio di Emergenza Territoriale presente nella Regione. Ad oggi sono individuabili differenti modelli organizzativi nel sistema di emergenza, di cui le Centrali 118 sono cardine:

- 1 Servizio 118 affidato a singole Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere almeno a livello provinciale;
- 2 Servizio 118 affidato a singole Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere in forma congiunta tra più aziende sotto forma di Dipartimenti Funzionali o Strutturali, con ASL capofila;
- 3 Servizio 118 affidato ad Aziende Sanitarie Regionali costituite per l'emergenza pre-ospedaliera.

I modelli di cui ai punti 2 e 3 hanno dimostrato nel tempo una maggior omogeneità nella prevista azione di monitoraggio e valutazione dell'attività, nella produzione di economie di scala e dell'efficientamento delle attività di formazione degli operatori.

CENTRALI OPERATIVE NEA 116117 E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Al momento le Centrali Operative 116117 e le COT non godono di fondi strutturali, ma godono di fondi ad hoc per avviarne la sperimentazione e l'implementazione (i.e. D.lg. 34/2020, fondi per la costruzione delle centrali uniche

regionali per la gestione delle cronicità, anni 2020-2021, per un ammontare di 23.625.000 euro, a fronte dell'emergenza Covid-19). Considerata la novità dell'istituzione di tali Centrali Operative sul territorio nazionale, l'attività di benchmarking potrà essere utile per introdurre, tempestivamente, azioni correttive per la gestione ottimale del servizio.

Tabella 27. Classificazione delle voci di costo più rilevanti per l'erogazione dei servizi

COSTI FISSI	COSTI VARIABILI	COSTI DIRETTI	COSTI INDIRECTI
Costi del personale	Affitti	Costi del personale turnista	Costi del personale amministrativo
Ammortamenti impianti e tecnologie ICT	Utenze	Impianti e tecnologie ICT	Affitti
Ammortamenti costi edilizi	Materiali di consumo		Utenze
Licenze software	Formazione		Materiali di consumo
Canoni fonia	Abbigliamento		Formazione
Manutenzioni tecnologie ICT	Pasti		Abbigliamento
	Manutenzione ordinaria		Pasti
			Manutenzione ordinaria
			Pulizie
		Ammortamenti costi edilizi	

L'ESIGENZA DI ACCURATI MODELLI DI COSTING FUNZIONALI ALLA REMUNERAZIONE DI CENTRALI OPERATIVE

L'implementazione di efficaci sistemi di remunerazione delle Centrali Operative, come anche di tutti i processi di erogazione delle prestazioni, costituisce in sanità una tematica di grande interesse, ma purtroppo poco sviluppata. Come si è potuto evidenziare dalle analisi presentate in precedenza, molti dei modelli di analisi dei costi di processi produttivi del settore sanitario si basano sui costi storici. L'adozione dei costi storici nel settore sanitario è, d'altronde, sempre stata una costante nelle analisi dei costi della medicina territoriale, il problema è che spesso questi dati vengono utilizzati per dare dei giudizi sulla gestione dei processi produttivi e possono indurre ad una visione aziendale che non rispecchia la realtà e, in alcuni casi, possono portare anche i decision-makers a prendere decisioni.

Quanto affermato sull'uso dei costi storici nella sanità territoriale merita delle precisazioni:

- il settore sanitario ha sempre avuto nel passato un divario nell'ambito del management control e nella misurazione delle performance rispetto al settore manifatturiero; quest'ultimo ha rappresentato, infatti, l'ambito di sviluppo degli strumenti di analisi dei costi per il controllo di gestione e per il supporto alle decisioni. In Italia i processi di innovazione di natura contabile collegati al New Public Management determinarono per la sanità pubblica italiana il progressivo sviluppo di processi di controllo sui risultati di gestione delle aziende sanitarie pubbliche negli anni '90;
- il settore sanitario ospedaliero, rispetto a quello territoriale, è stato sempre il settore privilegiato per le analisi dei costi nel settore sanitario, ciò non solo in riferimento alla visione ospedalocentrica che ha sempre caratterizzato la sanità italiana, portando a privilegiare gli ospedali come sede naturale dei processi di erogazione dell'assistenza sanitaria, ma anche per l'implementazione di strumenti di programmazione e controllo evoluti. Si pensi, ad esempio, alla introduzione dei sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere basati sui DRGs,

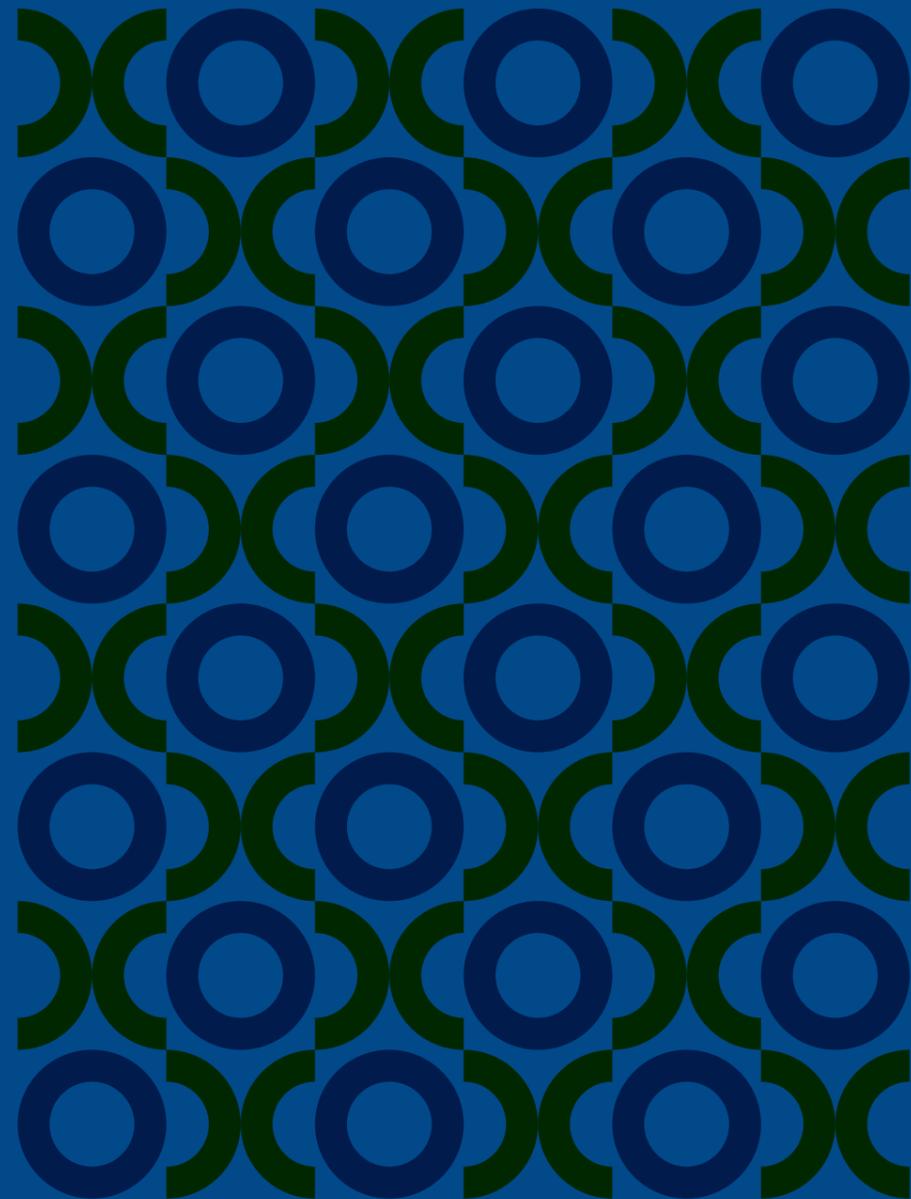
che a partire dal 1994 hanno contribuito a definire sotto l'aspetto clinico ed economico i servizi assistenziali erogati dall'ospedale, dando luogo all'implementazione di sistemi di analisi dei costi anche di natura comparativa con altre realtà, ma anche all'implementazione di tecniche innovative di costing come l'Activity Based Costing. Tutti i fattori precedentemente analizzati hanno fatto in modo che l'assistenza territoriale, inclusi i suoi strumenti di intervento come le Centrali Operative, sia stata poco considerata sotto l'aspetto dei modelli di costing innovativi, per cui i costi storici costituiscono, molto spesso, gli unici dati a disposizione. I costi storici, tuttavia, scontano il grande limite di essere collegati ai modelli di costing attraverso i quali sono rilevati, che variano enormemente tra le diverse realtà locali, in ragione del livello di maturità dei sistemi di management control che li adottano.

L'estrema inefficienza dei modelli di costing adottati per la sanità territoriale e le sue articolazioni, non è, però, compatibile con l'attuale situazione storica di implementazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che propone la visione di un'assistenza sanitaria di prossimità al cittadino e di superamento delle disparità territoriali regionali. Quanto rappresentato rende impellente l'adozione di modelli di costing innovativi, in grado di definire degli standard di costi dei processi di assistenza collegati alla sanità territoriale ed alle sue articolazioni, cui poter collegare i sistemi di remunerazione delle prestazioni.

La definizione di standard di costi è, d'altronde, coerente con il decreto legislativo 68/2011 sui costi e fabbisogni standard in sanità, basato sui risultati delle Regioni considerate benchmark o virtuose, la cui mancata implementazione evidenzia anche le difficoltà nella determinazione di efficaci standard di costi oltre che di fabbisogni.

Una possibile programmazione delle azioni da sviluppare ai fini dell'implementazione di un sistema di analisi dei costi delle Centrali Operative, in particolare, e dei processi di assistenza territoriale in generale, dovrebbe prevedere più fasi:

- definizione di standard di servizio determinati in modo non generico e strettamente collegati al tipo di popolazione da servire ed agli esiti che si vuole ottenere;
- definizione di un modello di costing innovativo focalizzato sui costi diretti, in grado di monitorare, indipendentemente dal contesto storico e locale, il livello di assorbimento delle risorse direttamente collegate all'erogazione delle attività di cui al punto 1;
- scelta delle realtà regionali da assumere come benchmark per l'implementazione del modello di costing e testarne l'efficacia;
- adozione del modello di costing in tutte le Regioni, con implementazione di correlati sistemi di management control uniformi sul territorio nazionale, in grado di monitorare le condizioni di efficienza nell'erogazione delle prestazioni;
- collegamento del modello di costing sviluppato al sistema di remunerazione delle prestazioni, con accurata definizione anche dei criteri di accreditamento per gli erogatori privati e degli indicatori di performance da monitorare.



BIBLIOGRAFIA

- Emergency Medical Services Systems in the European Union – Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization
- Emergency medical services systems in the European Union: report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization - Data book
- ERO - Emergency Response Organisation: organizzazione che gestisce specifici tipi di emergenza (es. polizia, VVF, emergenza sanitaria etc.)
- PSAP - Public Safety Answering Point: organizzazione sotto la responsabilità di una autorità pubblica o di una organizzazione privata deputata alla prima ricezione delle chiamate di emergenza
- “Public safety answering points global edition”, EENA 2020 - dati 2019
- “Communication Committee working document – Implementation on the reserved 116 numbers – as of 1 May 2015” - COCOM15-06 del 2015
- Conferenza Stato-Regioni del 07/02/2013 la quale ha approvato le “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale”
- Conferenza Stato-Regioni del 24/11/2016 definisce e approva il documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale “116117”
- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.lgs. 3 agosto 2009, n. 106 - TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
- “Attuazione del modello del Numero Unico di Emergenza 112 Realizzazione della Centrale Unica di Risposta per le Regioni Marche e Umbria”. Progetto preliminare luglio 2017
- Criteri e Standard del Servizio “118” a cura della Società Italiana Sistema 118, meeting Consensus – Roma 3/4 luglio 2012, I edizione

Si ringrazia per il supporto e la collaborazione:

Achille Di Falco, Direttore UOC Formazione ECM - Agenas; Elisa Guglielmi, Agenas; Patrizia Bottà, PonGov Cronicità - Agenas; Alberto De Stefano, PonGov Cronicità - Agenas; Nube Gabriele, PonGov Cronicità - Agenas.

STANDARD DI SERVIZIO,
MODELLI ORGANIZZATIVI,
TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ
ED ESPERIENZE REGIONALI

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR • 2022

monitor

agenas.



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI