

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1191

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**GIRELLI, CIANI, MALAVASI, STUMPO**

Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero  
di emergenza e urgenza

*Presentata il 31 maggio 2023*

ONOREVOLI COLLEGHI! — A livello normativo, il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992, recante atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, e il successivo atto d'intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996, hanno istituito il numero unico telefonico nazionale « 118 » del servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica (SSUEM) e hanno, altresì, previsto l'attivazione di una centrale operativa per l'emergenza sanitaria, di norma, su base provinciale. Da allora l'emergenza preospedaliera è stata interessata da notevoli trasformazioni che

fanno ritenere necessario un intervento di revisione generale dell'intero sistema di emergenza territoriale 118 (SET 118).

Infatti, da un lato, l'evoluzione della tecnologia di telecomunicazione e il miglioramento della rete di trasferimento dei dati per la trasmissione di informazioni e immagini ha consentito di superare l'organizzazione su base provinciale delle centrali operative del 118, con la conseguente realizzazione di strutture con competenza sovraprovinciale o regionale; dall'altro, la nascita del numero unico europeo 112, attivo in molte parti del Paese, consente la gestione di tutte le richieste di soccorso e l'invio delle stesse alle sale operative di secondo livello (emergenza sanitaria, pubblica sicurezza e soccorso tecnico) con la relativa geolocalizzazione del chiamante e con l'offerta di una serie di ulteriori servizi.

Questi importanti cambiamenti rendono necessaria non solo una riflessione critica su quanto fatto e quanto ancora ci sia da fare, ma anche, e soprattutto, l'avvio di una conseguente progressiva riorganizzazione delle nuove sale operative del SET 118, con un corrispondente incremento della sua efficienza, anche in considerazione della sempre più significativa evoluzione della professionalità infermieristica che ha consentito l'attivazione dei mezzi di soccorso avanzato con infermiere, oltre alla possibilità di definire rapporti con i soggetti sussidiari, così come previsto dalla normativa in materia di Terzo settore. Non possono essere dimenticate, infine, le numerose iniziative che stanno sempre di più diffondendo una vera cultura del soccorso e che sono dedicate a tutti i cittadini, a iniziare da quelle relative alla defibrillazione precoce.

In questo quadro così mobile e in veloce cambiamento appare, quindi, necessario un intervento normativo di carattere generale relativo al sistema di emergenza preospedaliera, in modo da arrivare a superare modelli organizzativi frammentati e difformi che rispondono a logiche aziendali o provinciali ormai non più utili, favorendo, invece, la nascita di un sistema di soccorso sanitario basato su una profonda revisione organizzativa e tecnologica delle sale operative del SET 118, in modo da garantire l'omogeneità e una migliore qualità del servizio. Al riguardo si osserva che il dibattito relativo, appunto, all'organizzazione del SET 118, che ha coinvolto società scientifiche e organizzazioni sindacali dei medici e del comparto, pur nei diversi punti di analisi, converge sulla comune valutazione di quanto sia improcrastinabile condurre una profonda revisione e un processo di rinnovamento del sistema.

Ma un intervento riorganizzativo di tale portata deve tenere presente, da un lato, la complessità gestionale, la delicatezza dei compiti affidati a tale servizio, la necessità di salvaguardare e attualizzare gli organici dedicati all'emergenza territoriale dal punto di vista della sicurezza, della formazione, della tutela contrattuale e, dall'altro lato, dell'esigenza di dare piena valorizzazione

alle diverse professionalità sanitarie e non sanitarie coinvolte (medici, infermieri, tecnici, soccorritori, autisti soccorritori). In particolare, appare essenziale l'integrazione del SET 118 con il sistema ospedaliero di emergenza attraverso la definizione delle professionalità indispensabili per assicurare la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura e la gestione coordinata delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte.

Nel corso degli anni si sono venute a creare notevoli differenze, tra le regioni e province autonome, e spesso anche tra le province della medesima regione, sia dal punto di vista organizzativo sia per il numero e le tipologie di mezzi a disposizione del sistema nonché per la professionalità del personale interessato. Si tratta di una situazione che rischia di compromettere l'efficacia del sistema mentre, al contrario, deve essere realizzata un'organizzazione di reti integrate dell'emergenza preospedaliera e ospedaliera in atto da decenni nel nostro Paese.

Non va dimenticata, infatti, la drammatica lezione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, laddove è emerso con chiarezza come il modello, appunto, « parcelizzato » non sia in grado di fronteggiare situazioni di *stress* particolarmente forti, e, nel contempo abbia dimostrato come le peculiarità organizzative, gestionali e tecnologiche del sistema siano state fondamentali per far fronte a un'emergenza senza precedenti, mettendo, soprattutto, in evidenza come non sia più differibile un'analisi delle esperienze regionali volta a evidenziare non solo le *best practices* ma anche la necessità di un minimo comune denominatore organizzativo e gestionale del sistema italiano dell'emergenza e urgenza preospedaliera, capace di dare risposte omogenee e di qualità a tutti i cittadini italiani. In questo senso appare essenziale la definizione degli indicatori della qualità del sistema preospedaliero e ospedaliero al fine di effettuare un monitoraggio da parte del Ministero della salute sulla base dei dati forniti dalle regioni, con l'obiettivo di va-

lutare, nell'ambito della salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza, l'efficacia dei modelli organizzativi e dei percorsi integrati di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera nel loro complesso.

La presente proposta di legge intende raccogliere e definire le istanze e le necessità di riforma del sistema sopra richiamate, delineando le motivazioni e i contenuti del processo di riorganizzazione dell'emergenza e urgenza preospedaliera, basandosi sui criteri e sui principi di efficacia, efficienza e integrazione, nel rispetto del corretto impiego delle risorse, e sui principi di equità, di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale e di personalizzazione e umanizzazione delle cure.

Nel dettaglio, la presente proposta di legge di seguito illustrata si compone di tredici articoli con cui si propone:

l'integrazione delle sale operative dell'emergenza e urgenza con il servizio del numero unico europeo 112, con l'emergenza ospedaliera e in particolare con il Dipartimento d'emergenza e accettazione (DEA), di cui l'emergenza preospedaliera deve essere parte integrante, con le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e con le altre centrali operative dell'emergenza (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia di Stato);

l'integrazione tra soccorso su gomma ed elisoccorso a livello interregionale; l'innovazione tecnologica del sistema di emergenza e urgenza sia per la gestione del soccorso sia per il trattamento dei pazienti;

la valorizzazione di tutte le figure professionali operanti nel sistema di emergenza e urgenza, la standardizzazione dei criteri di reclutamento e dei livelli formativi, anche attraverso l'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area sanità e prevedendo che i medici dell'emergenza territoriale possano passare alle dipen-

denze del servizio sanitario regionale e accedere alle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza (MCAU) e anestesia e rianimazione con oneri a carico delle regioni;

l'istituzione, per consentire l'attuazione di un servizio uniforme del numero unico europeo 112, dell'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno, quale struttura di supporto e coordinamento;

l'istituzione in tutto il territorio nazionale del numero europeo armonizzato 116117 come numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti;

la definizione di un sistema unico di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza complessiva dei vari servizi sanitari provinciali e regionali;

l'evoluzione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. Inoltre, si deve tenere presente che la definizione degli obiettivi va correlata a un'analisi della domanda sanitaria e socio-sanitaria della popolazione nel prossimo futuro, che a causa dell'invecchiamento potrebbe pesantemente influenzare il campo di attività anche del soccorso sanitario. Al riguardo, è anche necessaria una costante attività di monitoraggio e di misurazione degli aspetti operativi e gestionali, attuata su scala nazionale, quale punto di partenza per un miglioramento coerente di tutto il sistema.

In sostanza, l'obiettivo complessivo della presente proposta di legge è quello di fornire ai cittadini servizi sanitari efficaci, appropriati e qualitativamente adeguati nel quadro della sostenibilità di un sistema che coniughi l'efficienza dei processi programmatici e organizzativi con la produzione collegata alla domanda, evitando la frammentazione e la parcellizzazione della gestione.

## PROPOSTA DI LEGGE

## Art. 1.

*(Finalità)*

1. Al fine di assicurare la piena accessibilità, in condizioni di eguaglianza e di appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione, in raccordo con l'articolo 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, e nel rispetto dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, la presente legge reca misure sperimentali, per il quinquennio 2023-2027, per garantire a tutti i cittadini l'equo e sostenibile accesso alle cure, secondo principi di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale nonché di personalizzazione e umanizzazione delle cure stesse.

## Art. 2.

*(Oggetto)*

1. Il sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria è il servizio che garantisce ai cittadini il soccorso sanitario in risposta alle emergenze e alle urgenze che avvengono in ambito extraospedaliero, che coordina la loro ospedalizzazione al fine di garantire a ogni utente la risposta più appropriata e che ne garantisce il ricovero presso la sede più adeguata.

2. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria eroga le prestazioni di soccorso mediante una rete di mezzi ed *équipe*, coordinati da sale operative integrate a livello regionale che garantiscono prestazioni caratterizzate da:

*a*) organizzazione del soccorso per livello di complessità dell'intervento, attraverso l'invio dei mezzi di soccorso più appropriati, secondo specifici protocolli;

b) appropriatezza clinica e assistenziale, uniformità e qualità delle prestazioni erogate;

c) tempestività dell'intervento di soccorso in relazione al livello di criticità;

d) efficacia ed efficienza nel rispetto dell'appropriatezza dell'impiego delle risorse;

e) monitoraggio delle attività effettuate e controllo della qualità degli interventi di soccorso.

3. Il sistema ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria è costituito dalla rete di strutture di emergenza e urgenza accreditate e a contratto, programmata per livelli di intensità di presa in carico e specificità di bisogni, con un'articolazione integrata, costituita anche dai reparti di pronto soccorso pediatrici, cardiologici, ortopedici e per le restanti patologie critiche tempo dipendenti e specialistiche, in modo da assicurare, per bacini di popolazione e tenuto conto delle specificità territoriali, dimensionamenti appropriati per tipologie e presidi ospedalieri attivi. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono il Dipartimento per l'innovazione e la valorizzazione del personale del sistema regionale di emergenza e urgenza, competente a valutare le innovazioni sotto il profilo prestazionale ed economico. Rientrano nel sistema ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria tutti i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati accreditati, ivi compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, mono e plurispecialistici. La rete di strutture di emergenza e urgenza partecipa alla realizzazione dei moduli di osservazione breve domiciliare da remoto e ospedalizzazione domiciliare attraverso l'utilizzo di piattaforme integrate con la medicina territoriale.

### Art. 3.

*(Organizzazione e struttura del sistema preospedaliero di emergenza e urgenza)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di program-

mazione sanitaria, prevedono gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza e urgenza preospedaliera, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, nel rispetto dei seguenti principi:

a) appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni erogate nell'intero territorio regionale;

b) integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura;

c) gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte;

d) creazione o consolidamento di servizi di elisoccorso regionali e interregionali che, integrando con il soccorso su gomma, garantiscano l'omogeneità del servizio su base nazionale.

2. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria è organizzato per ambiti territoriali, sulla base degli *standard* minimi normativi nazionali di riferimento, degli indirizzi e della programmazione regionale.

3. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria svolge le proprie funzioni attraverso:

a) una direzione organizzativa;

b) le sale operative;

c) la rete dei mezzi di soccorso e delle relative *équipes* dislocati in postazioni distribuite nel territorio.

4. La direzione organizzativa opera a livello regionale o di provincia autonoma con funzione di centro di responsabilità e direzione del sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria.

5. Le sale operative operano a livello regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, attraverso personale medico, infermieristico, socio-sanitario e tecnico preposto alle ricezioni e alla classificazione delle richieste di soccorso, all'attivazione di

mezzi ed *équipe* in base alla priorità e alla criticità stabilita in fase di ricezione della richiesta, all'erogazione di istruzioni *pre-arrivo*, anche finalizzate al sostegno delle funzioni vitali, al coordinamento degli interventi di soccorso e alla scelta della struttura di destinazione del paziente sulla base dei dati forniti dai dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) in tempo reale. In relazione ai livelli organizzativi definiti, al personale medico che opera presso le sale operative sono attribuiti compiti di analisi e di interpretazione clinica delle immagini trasmesse dalla rete territoriale di emergenza e urgenza, al fine di gestire con maggiore accuratezza gli eventi di soccorso.

6. Le sale operative:

a) ricevono dalle centrali uniche di risposta (CUR) del numero unico europeo 112 di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge 7 agosto 2015, n. 124, le richieste di soccorso sanitario provenienti dal territorio di competenza con la localizzazione del chiamante e le informazioni relative al luogo e alla tipologia di soccorso;

b) adottano modalità e procedure clinico-assistenziali e organizzative adeguate, al fine di offrire al cittadino un soccorso tempestivo ed efficace, attraverso la corretta ed efficiente gestione delle chiamate di soccorso, l'attivazione dei mezzi più appropriati e il trasferimento dei pazienti alla struttura ospedaliera più idonea, nel minor tempo e con la migliore assistenza possibile;

c) coordinano i trasferimenti secondari tra le strutture ospedaliere dei pazienti acuti afferenti alle reti di patologia tempo dipendenti;

d) assicurano la risposta adeguata alle situazioni di emergenza e urgenza sanitaria ordinaria e agli eventi maggiori;

e) dispongono della tecnologia informatica e di comunicazione necessarie per l'espletamento delle funzioni a esse attribuite, della geolocalizzazione e della traduzione multilingue fornita dalle CUR del numero unico europeo 112 e garantiscono la continuità del servizio, in casi di possibili

*blackout* tecnici o di calamità, mediante la predisposizione di sistemi di vicariamento con le altre sale operative regionali o extraregionali;

f) mantengono il contatto con i servizi di emergenza intraospedalieri per comunicare tempestivamente l'arrivo di pazienti con patologie che richiedono l'attivazione di uno o più *team* specialistici, secondo quanto previsto per il coordinamento delle reti di patologia definite a livello regionale, e sono integrate nei DEA di riferimento.

7. Nel caso di bacini di utenza esigui, le sale operative operano a livello interregionale e sono integrate tra loro per garantire la copertura reciproca.

8. La rete dei mezzi e delle *équipe* di soccorso è stabilita dalla programmazione regionale sulla base dell'orografia, della densità abitativa, della rete viaria e di altre variabili ritenute rilevanti, nonché delle caratteristiche della rete ospedaliera di riferimento, con particolare attenzione all'offerta delle unità operative specialistiche per la cura delle patologie tempo dipendenti.

9. La rete dei mezzi e delle *équipe* di soccorso è costituita da personale, da mezzi di soccorso e di trasporto, da presidi e attrezzature sanitarie dislocati strategicamente nel territorio e opera in modo integrato con il servizio regionale di elisoccorso che, in base ai dati di attività e alle aree di riferimento, agisce anche in ambiti interregionali. Il numero e la tipologia dei mezzi di soccorso sono definiti tenendo conto del livello di risposta adeguato da erogare.

10. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza è dotato di tecnologie radio, telefoniche e informatiche in grado di assicurare l'interoperatività e il collegamento fra le sue varie componenti e con i sistemi informativi ospedalieri per la gestione comune delle informazioni, dei dati sanitari, dei flussi di attività e dei flussi informativi ministeriali. È dotato altresì di tecnologie e apparati di trasmissione sui mezzi di soccorso necessari alla corretta gestione dei pazienti per garantire la trasmissione e la ricezione di dati, nonché le informazioni e le immagini utili ai sanitari

delle sale operative e delle strutture di emergenza e urgenza ospedaliere.

11. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza garantisce a tutto il personale impegnato nell'emergenza un adeguato sostegno psicologico al fine di ridurre lo *stress* derivante dalla specifica attività professionale e prevenire il rischio di *stress* lavoro-correlato.

#### Art. 4.

(Modificazioni al decreto legislativo  
30 dicembre 1992, n. 502)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8, comma 1, dopo la lettera *m-quater*) è aggiunta la seguente:

«*m-quinqüies*): prevedere gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza-urgenza preospedaliera, secondo principi di appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni, nonché l'integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura, la previsione di un meccanismo di premialità in favore del personale sanitario, socio-sanitario e tecnico ivi operante, la gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze, la creazione o il consolidamento di servizi di elisoccorso integrati con il soccorso su gomma »;

b) all'articolo 8-*octies*, dopo il comma 4 sono aggiunti i seguenti:

«*4-ter*. Il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, stipula una convenzione con un soggetto pubblico o privato ai fini della definizione di un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione del servizio sanitario erogato volto alla qualificazione e alla contrattualizzazione dei soggetti erogatori del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza e delle

relative premialità e penalità, nonché alla valutazione, al monitoraggio e alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, dei servizi sanitari regionali e della digitalizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria, anche con riferimento all'effettiva disponibilità dei posti letto di emergenza in terapia intensiva, osservazione breve intensiva e di primo intervento, secondo livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito preospedaliero, ospedaliero e territoriale e di innovazione delle strutture con riferimento ai processi di infrastruttura tecnologica e agli strumenti informatici. Per le finalità di cui al presente comma, il Ministro della salute individua un soggetto in possesso dei seguenti requisiti, diretti ad assicurare l'immediata operatività del sistema di *rating* prestazionale:

- a) integrità e trasparenza;
- b) metodologie analitiche e di calcolo rigorose e sistematiche;
- c) esperienza pluriennale nei processi di valutazione del merito;
- d) elevata professionalità e competenza;
- e) riconoscimento in ambito europeo e internazionale;
- f) assenza di conflitto di interesse.

*4-quater.* Il sistema di monitoraggio di cui al comma *4-ter* è organizzato nel rispetto dei seguenti principi:

- a) efficacia nella tutela della salute e garanzia dei livelli di assistenza dell'emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera;
- b) efficienza nell'impiego delle risorse economico-finanziarie;
- c) tutela dei diritti, garantendo la soddisfazione degli utenti e la partecipazione dei cittadini;
- d) equità, con riferimento al contrasto delle diseguaglianze degli interventi di emergenza e urgenza ».

## Art. 5.

*(Integrazione tra le centrali uniche di risposta e il sistema preospedaliero, ospedaliero e del territorio di emergenza e urgenza)*

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il numero unico europeo 112 costituisce livello essenziale di assistenza dell'emergenza e urgenza preospedaliera.

2. Al fine di garantire l'uniformità del numero unico europeo 112 a livello nazionale, è istituita l'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno, quale struttura di supporto e coordinamento che svolge attività tecnico-operative di interesse nazionale al servizio delle amministrazioni pubbliche, comprese quelle regionali e locali, titolari delle funzioni connesse al numero unico europeo 112. L'Agenzia nazionale 112 supporta altresì l'operatività di tutte le centrali uniche di risposta, attive e da attivare, garantendo l'integrazione e l'omogeneità a livello nazionale dei sistemi operativi, l'uniformità delle azioni istituzionali, regolamentari e di comunicazione connesse all'esercizio del modello di CUR e consentendo lo svolgimento di progetti di ricerca e di sviluppo dei relativi sistemi informativi, gestionali e organizzativi. Per le finalità di cui al presente comma, il Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112, di cui all'articolo 1, comma 982, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è incrementato di 40 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

3. Al fine di consentire una corretta e tempestiva gestione della domanda assistenziale a bassa priorità e di ridurre l'accesso inappropriato al sistema preospedaliero di emergenza e urgenza, è istituito il numero europeo armonizzato 116117 quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari quali i distretti socio-sanitari e i servizi di psicologia del territorio.

4. Il numero europeo armonizzato 116117 è attivo in tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale, secondo le modalità definite con i protocolli di intesa adottati ai sensi dell'articolo 98-*vicies semel* del codice delle co-

municazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259.

5. Per le finalità di cui al comma 4 è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero europeo armonizzato 116117, con una dotazione di 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

6. Le centrali uniche di risposta del numero unico europeo 112 operative a livello regionale gestiscono tutte le richieste di soccorso, identificando in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante e dell'evento, i quali sono automaticamente inseriti in una scheda contatto in formato digitale. La scheda contatto, integrata con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario, è quindi trasferita alla sala operativa di secondo livello cui compete l'intervento.

7. Qualora la richiesta dell'utente non sia classificabile come emergenza o urgenza, la sala operativa di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *b*), mette in contatto l'utente con il numero europeo armonizzato 116117. Le centrali del numero europeo armonizzato 116117 individuano prontamente il medico di medicina generale o di continuità assistenziale dell'utente e forniscono al medesimo le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali.

8. In previsione di possibili emergenze epidemiologiche, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono adeguare le regolazioni contrattuali e convenzionali con i soggetti erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari e con i medici di continuità assistenziale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli psicologi dell'emergenza e urgenza secondo protocolli di sorveglianza attiva e di cure domiciliari adottate dal Ministero della salute, di concerto con l'Istituto superiore di sanità e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel quadro del piano nazionale di sorveglianza attiva e di monitoraggio delle interazioni con il sistema immunitario e con i farmaci, da aggiornare con cadenza annuale per la prevenzione di

eventuali pandemie e corrispondendo alla necessità di:

a) potenziare la capacità diagnostica al fine di garantire un tempo massimo per l'accertamento virologico e la comunicazione del risultato di ogni possibile contagio entro ventiquattr'ore, in tutto il territorio nazionale;

b) sistematizzare le aggregazioni funzionali sia mediche sia pediatriche, anche in piccoli *team*, al fine di disporre di personale amministrativo, infermieristico e ostetrico, nonché di psicologi di comunità, e garantire un servizio con copertura oraria dalle ore otto alle ore venti, atto a marginalizzare l'accesso inappropriato ai reparti di pronto soccorso ospedalieri;

c) rafforzare l'integrazione operativa tra le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e il sistema pre-ospedaliero di emergenza e urgenza attraverso la condivisione di piattaforme informatiche o telematiche e la realizzazione di ambulatori anche mobili, secondo le specificità territoriali, per potenziare il filtro diagnostico e ridurre gli accessi inappropriati ai reparti di pronto soccorso ospedalieri;

d) istituire unità mobili dotate di tecnologie dell'informazione e della comunicazione e telemedicina anche via satellite e 5G per il supporto specialistico di diagnostica, con possibilità di diversa allocazione in presenza di emergenze epidemiche o per campagne di vaccinazione;

e) creare un servizio *Second Opinion Supporting* (SOS) di teleassistenza e supporto consulenziale tra il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli specialisti ospedalieri e degli IRCCS, al fine di valutare l'opportunità di disporre accertamenti e di ridurre le visite specialistiche non necessarie;

f) istituire, in sinergia con la medicina territoriale, la figura dell'infermiere di famiglia, nonché dell'ostetrica, dello psicologo e del fisioterapista di comunità, nei rispettivi ambiti di competenza, per i pazienti fragili del territorio, al fine di monitorare i pazienti assistiti.

## Art. 6.

*(Personale del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza)*

1. Presso il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza opera il personale medico, infermieristico e tecnico in possesso dei requisiti formativi e professionali definiti ai sensi del presente articolo, nonché con formazione specifica nell'attività extraospedaliera.

2. Il personale di cui al comma 1:

*a)* opera in *équipe* multiprofessionali secondo linee guida internazionali e nazionali, nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali;

*b)* garantisce la corretta attività di soccorso, partecipa ai percorsi di integrazione con i DEA, anche al fine di consentire il mantenimento delle competenze professionali specifiche indispensabili per il soccorso sanitario;

*c)* partecipa ai percorsi di formazione, aggiornamento e addestramento per l'ingresso e la permanenza del personale nel sistema di soccorso sanitario;

*d)* supporta la formazione e la certificazione dei soccorritori e dei cittadini nei percorsi di formazione alle manovre di primo soccorso e all'impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni e, in generale, per lo sviluppo della cultura del soccorso nella cittadinanza.

3. Il personale medico di cui al presente articolo è individuato tra le seguenti professionalità:

*a)* personale medico in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia di accettazione e urgenza (MCAU) o in anestesia e rianimazione;

*b)* personale medico non in possesso della specializzazione in MCAU o in anestesia e rianimazione ma stabilmente ed esclusivamente assegnato da oltre cinque anni continuativi ai DEA;

*c)* personale medico con comprovata e specifica formazione regionale, ivi com-

presi i medici specializzandi in MCAU e in anestesia e rianimazione;

*d)* personale medico in possesso di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, qualora non sia possibile dotarsi del personale di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)* e nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 4.

4. Il personale medico con anzianità di servizio superiore a cinque anni che, alla data di entrata in vigore della presente legge, operi nel sistema preospedaliero di emergenza e urgenza con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato e che intenda continuare a operare nel sistema, può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanità medica del Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione concorre a maturare l'anzianità ai fini dei predetti concorsi.

5. Al personale medico di cui al comma 4 è riservato, a domanda e previa selezione, l'accesso in sovrannumero ai percorsi di formazione specialistica in MCAU o in anestesia e rianimazione. Gli oneri connessi ai relativi percorsi di specializzazione sono a carico delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità e dell'accordo collettivo nazionale relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale che preveda, nel limite dei livelli remunerativi fissati dal medesimo accordo, i criteri di transizione progressiva al CCNL dell'area sanità dei medici in convenzione a tempo indeterminato, nonché i termini temporali e le modalità di permanenza in forma residuale nel rapporto convenzionale.

7. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regime giuridico del personale medico nel sistema preospedaliero di emergenza e urgenza di cui al comma 3 è regolato dal CCNL dell'area

della sanità. L'accesso avviene mediante le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica e il personale medico è inquadrato come lavoratore dipendente presso un ente del Servizio sanitario nazionale.

8. Il personale infermieristico di cui al comma 1 opera sia nel soccorso sanitario preospedaliero sia all'interno delle sale operative, assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute del cittadino in integrazione e collaborazione con le altre figure professionali del sistema preospedaliero di emergenza e urgenza.

9. Il personale infermieristico di cui al comma 1 è, altresì, in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza e urgenza, acquisita mediante specifica formazione post-laurea, e accede al sistema preospedaliero di emergenza e urgenza previa maturazione di esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni, nell'area dell'emergenza e urgenza ospedaliera o nei reparti di pronto soccorso e nelle terapie intensive. Per il personale infermieristico di cui al comma 1 è previsto un incarico professionale in base al vigente CCNL.

10. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso avanzati infermieristici è responsabile dell'*équipe* di soccorso e opera avvalendosi di algoritmi clinico-assistenziali elaborati sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti. Gli algoritmi prevedono attività effettuabili in autonomia e altre autorizzate dal medico di sala operativa e sono finalizzati alla gestione dei percorsi delle patologie tempo dipendenti, al trattamento del dolore e alla stabilizzazione delle condizioni dei pazienti assistiti garantendo efficacia, sicurezza e tempestività dei trattamenti.

11. Il personale infermieristico che opera nelle sale operative è in possesso di una buona conoscenza dello specifico sistema di soccorso in cui opera e della rete ospedaliera di riferimento e deve avere maturato una esperienza lavorativa sui mezzi di soccorso.

12. Al personale infermieristico è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo protocolli definiti dai responsabili

clinici delle sale operative, che è svolta attraverso:

a) il supporto agli operatori della ricezione effettuato mediante la rivalutazione delle chiamate che meritano un approfondimento;

b) il coordinamento delle attività di soccorso degli equipaggi dei mezzi di soccorso di base;

c) l'assegnazione del codice di gravità alla persona soccorsa sulla base delle informazioni e dei riscontri oggettivi e strumentali da parte delle *équipe* presenti nel luogo del soccorso;

d) la destinazione ospedaliera più appropriata per il paziente, definita all'interno dei percorsi delle reti di patologia;

e) la capacità di utilizzare correttamente le tecnologie disponibili.

13. Il personale tecnico che opera nelle sale operative è chiamato a svolgere le funzioni operative strettamente connesse con il modello organizzativo della struttura, quali in particolare:

a) la risposta telefonica all'utente mediante l'impiego di sistemi codificati per eseguire l'intervista del chiamante;

b) l'assegnazione del codice di priorità dell'evento e l'invio dei primi mezzi di soccorso secondo uno schema precodificato;

c) l'allerta degli enti non sanitari;

d) il monitoraggio delle fasi del soccorso;

e) il supporto logistico agli equipaggi.

14. Il personale tecnico in possesso della certificazione di soccorritore di cui al comma 17 e dei requisiti previsti può operare anche sui mezzi di soccorso territoriali.

15. L'ente sanitario privato accreditato e a contratto con il Servizio sanitario nazionale può partecipare al servizio di emergenza e urgenza preospedaliera, se specificamente contrattualizzato per detto servizio, attraverso il contributo profes-

sionale dei medici dipendenti in possesso dei requisiti di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma 3, e degli infermieri dipendenti che abbiamo i requisiti previsti dai commi 9 e 11.

16. Il personale soccorritore e autista soccorritore svolge attività di soccorso sui mezzi di soccorso, di base e avanzati, del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza in collaborazione con gli altri membri dell'equipaggio e in collegamento funzionale con la sala operativa di riferimento. Detto personale può svolgere la propria attività in qualità di dipendente di aziende sanitarie, di volontario o di dipendente di organizzazioni di volontariato e di associazioni di promozione sociale.

17. Il soccorritore è l'operatore che, a seguito del conseguimento di un attestato di qualifica rilasciato al termine di una specifica formazione, svolge attività di soccorso di base nel sistema preospedaliero di emergenza e urgenza.

18. L'autista soccorritore è l'operatore che, previo conseguimento dell'attestato di qualifica di soccorritore, è abilitato alla guida dei mezzi di soccorso. Svolge attività di conduzione di mezzi di soccorso, di base e avanzati, di trasporto sanitario e di supporto tecnico-logistico, finalizzata alla gestione dei mezzi, delle attrezzature e delle postazioni di soccorso, nonché di esecuzione di manovre di soccorso di base in collaborazione con le *équipes* di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento.

19. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono adottate le disposizioni di esecuzione dei commi 17 e 18 del presente articolo e sono definiti i percorsi formativi e i requisiti necessari per svolgere le funzioni di soccorritore e di autista soccorritore.

20. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza, conformemente a quanto

previsto dalla legge 21 marzo 2001, n. 74, si avvale della collaborazione del personale tecnico del Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico per l'espletamento delle attività di soccorso in ambienti previsti dalla medesima legge n. 74 del 2001 e per le funzioni per le quali sono richieste specifiche competenze tecnico-operative.

21. Ai fini della selezione del personale medico, infermieristico, socio-sanitario e tecnico di cui al presente articolo, si tiene conto del possesso di competenze in tecniche dell'organizzazione, digitalizzazione dei processi e percorsi clinici e telemedicina. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad assicurare un inquadramento giuridico ed economico differenziato al personale in possesso delle competenze di cui al periodo precedente anche in attuazione del sistema degli incarichi professionali previsti dai rispettivi CCNL.

#### Art. 7.

*(Formazione continua del personale del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza)*

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le rispettive esigenze formative e di aggiornamento specifiche per singolo profilo professionale del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza, e ne danno comunicazione al Ministero della salute.

2. Tenuto conto delle indicazioni di cui al comma 1, il Ministro della salute, con decreto da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua i criteri minimi per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza, al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi, ferma restando la facoltà delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano di prevedere iniziative specifiche, adeguate e funzionali alle realtà locali, nel rispetto dei criteri minimi individuati.

## Art. 8.

*(Affidamento del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza a enti del Terzo settore)*

1. Le attività di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere svolte anche attraverso la sottoscrizione di apposite convenzioni con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, avvalendosi di personale con qualifica e preparazione certificata, secondo quanto stabilito dall'articolo 56 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

## Art. 9.

*(Regolazione delle attività ospedaliere di emergenza e urgenza)*

1. In via sperimentale, per il quinquennio 2023-2027, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i contratti con i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati accreditati, in misura proporzionata al *budget* a loro assegnato e secondo il principio di aderenza territoriale, regolano l'erogazione delle attività ospedaliere di emergenza e urgenza.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso forme di coordinamento a livello nazionale, in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale gestiscono in forma unitaria le risorse umane, ivi comprese quelle operanti in strutture ospedaliere private sedi di università e negli IRCCS, in sinergia con gli altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte, e sono tenute a rendere disponibili posti letto, risorse strumentali e tecnologiche rispondenti alle urgenze e alle necessità terapeutiche. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano le misure di raccordo per l'immediato e sicuro trasporto dei pazienti critici a bordo di ogni tipo di vettore, ivi compresi l'elicottero sanitario, nonché il trasporto su ala fissa ordinariamente utilizzato per le

attività di prelievo e trasporto di organi e tessuti e di *équipe*.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionali emanate dal Ministero della salute, di concerto con le medesime regioni e le province autonome, provvedono alla riorganizzazione dei reparti di pronto soccorso e dei DEA mediante lo sviluppo delle funzioni di *triage* e di osservazione breve intensiva, l'attivazione di percorsi rapidi di *See and Treat* e di *Fast Track*, la realizzazione di percorsi per le patologie tempo dipendenti e per le condizioni particolari di fragilità e vulnerabilità, e provvedono altresì alla definizione dei piani di sovraffollamento. L'organizzazione dell'area *See and Treat* è dedicata a condizioni cliniche urgenti riferibili ai codici minori, anche al fine di ridurre i tempi di attesa nei reparti di pronto soccorso, e prevede la gestione dell'intero percorso assistenziale da parte di personale infermieristico esperto e specificamente formato.

4. Nel corso di eventi maggiori, non affrontabili con le soluzioni organizzative definite dai piani di sovraffollamento, le unità mobili dotate delle adeguate tecnologie dell'informazione e della comunicazione possono condurre attività di *triage* preospedaliero attraverso il costante riferimento specialistico con le sale operative, al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato dei reparti di pronto soccorso e di facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali.

#### Art. 10.

*(Digitalizzazione e riqualificazione delle strutture sanitarie del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza)*

1. Le strutture del Servizio sanitario nazionale e gli enti privati accreditati e a contratto adeguano i processi, le infrastrutture tecnologiche e gli strumenti informatici ai livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito preospedaliero e ospedaliero. La digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali è compresa nei livelli essenziali di assistenza ed è garantita dal Servizio sanitario nazionale.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le modifiche ai livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine di adeguarli a quanto disposto dal comma 1 del presente articolo.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire l'adeguamento delle dotazioni di pronto soccorso, dell'osservazione breve intensiva e dei punti di primo intervento, possono intervenire anche attraverso la riqualificazione dell'edilizia sanitaria e socio-sanitaria di strutture e attrezzature destinate in origine alla gestione di eventuali situazioni emergenziali pandemiche.

4. Al fine di garantire una risposta omogenea del sistema preospedaliero e ospedaliero territoriale di emergenza e urgenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, entro il periodo sperimentale di cui all'articolo 1, ad apportare modificazioni al provvedimento generale di programmazione della dotazione dei posti letto accreditati a carico del servizio sanitario regionale in modo da garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema sanitario di emergenza e urgenza e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio.

5. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate le modificazioni al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di adeguarlo alle disposizioni di cui al comma 4 del presente articolo.

#### Art. 11.

*(Rating dei soggetti erogatori e delle relative premialità e penalità e monitoraggio delle prestazioni)*

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con

decreto del Ministro della salute è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali l'incarico di sviluppare, in via sperimentale, per il quinquennio 2023-2027, un sistema unico integrato Stato-regioni di *rating* di qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori di servizi sanitari del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza e delle relative premialità e penalità, nonché di valutazione, monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate e dei servizi sanitari regionali e di digitalizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria, anche con riferimento all'effettiva disponibilità dei posti letto di emergenza, di terapia intensiva, di osservazione breve intensiva e di primo intervento, secondo livelli essenziali di ammodernamento digitale dei processi, dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti informatici in ambito ospedaliero e di innovazione delle strutture, da sottoporre a preventiva valutazione e approvazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Il sistema di *rating* di cui al comma 1 si fonda sui seguenti principi:

a) efficacia e appropriatezza clinica, con riferimento alla tutela della salute e alla garanzia dei livelli di assistenza, di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera;

b) efficienza organizzativa, con riferimento all'appropriatezza dell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

c) sicurezza delle cure, con riferimento alla garanzia della sicurezza dei cittadini sottoposti ai trattamenti;

d) tutela dei diritti, garantendo la soddisfazione degli utenti e la partecipazione dei cittadini;

e) equità, con riferimento al contrasto delle disuguaglianze degli interventi di emergenza e di urgenza.

3. Il sistema di *rating* di cui al comma 1 prevede altresì il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, tenuto conto delle specifiche categorie di

bisogni e delle condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure.

4. Il sistema di *rating* di cui al comma 1 è strutturato in modo da coniugare il monitoraggio e la valutazione dei percorsi operati in modo oggettivo e la valutazione operata sulla base di indicatori di soddisfazione dei pazienti.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono procedere alla ridefinizione del *budget* previsto per i soggetti erogatori di servizi sanitari nei casi verificati di inadempienza e di non conformità rilevanti ai fini della violazione degli obblighi contrattuali.

#### Art. 12.

##### *(Responsabilità civile)*

1. Per quanto non previsto dalla normativa vigente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i contratti con i soggetti erogatori dei servizi sanitari pubblici e privati accreditati, definiscono le forme di responsabilità e l'eventuale onere risarcitorio derivanti dalla mancata ottemperanza alle obbligazioni previste dai medesimi contratti.

#### Art. 13.

##### *(Modalità di finanziamento)*

1. Con decreto del Ministro della salute, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono definiti a regime i criteri per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni assistenziali del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza, della continuità assistenziale integrata con la medicina territoriale e della domiciliazione tecnologicamente assistita delle cure, basati su adeguati *standard* qualitativi uniformi a livello nazionale, secondo il principio del giusto corrispettivo a tariffa sulla

base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi.

2. Per il quinquennio 2023-2027, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in tema di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera di cui alla presente legge, nel quadro delle risorse assegnate in ragione del livello del finanziamento netto del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, come definito dalla normativa vigente, e comunque per un importo non inferiore a 2.000 euro *pro capite*.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



\*19PDL0039660\*