

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1455

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CIOCCHETTI, AMBROSI, BENVENUTI GOSTOLI, CAIATA, CANGIANO, CANNATA, CIABURRO, CIANCITTO, COLOMBO, DEIDDA, IAIA, LANCELLOTTA, LA PORTA, LOPERFIDO, MAIORANO, MATERA, MILANI, PALOMBI, ANGELO ROSSI, FABRIZIO ROSSI, ROSSO, ROTONDI

Disposizioni per la riorganizzazione del sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria

Presentata il 4 ottobre 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge è fondata su un elaborato predisposto da professionisti del settore medico-sanitario, mossi dall'esigenza di rappresentare una visione di sistema sviluppata da tecnici che quotidianamente operano nei diversi ambiti dell'attuale organizzazione dell'emergenza-urgenza sanitaria, con il fine di promuoverne la riforma.

L'iniziativa è stata condivisa da alcuni enti e associazioni, quali l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani — Emergenza e area critica (AAROI-EMAC); l'Academy of emergency medicine and care (AcEMC); l'Associazione nazionale pubbliche assistenze ODV (ANPAS ODV); la Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia; il Coordinamento specializzandi di

medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU); la Croce Rossa italiana e l'Associazione SISMAX — Sistema integrato dei soccorsi in maxi emergenza, nonché da alcune società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco previsto dal decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017, quali l'Associazione nazionale infermieri di area critica (ANIARTI); il Coordinamento infermieri volontari emergenze sanitarie (CIVES ODV); il GFT Gruppo formazione triage — società scientifica; l'Italian resuscitation council (IRC); la Società italiana degli infermieri di emergenza territoriale (SIJET); la Società italiana di me-

dicina di emergenza e urgenza pediatrica (SIMEUP).

La presente proposta di legge mira a garantire:

la sostenibilità del sistema dal punto di vista dell'ottimizzazione delle risorse professionali ed economiche;

l'aggiornamento del sistema alla luce dell'evoluzione tecnologica e professionale;

l'uniformità della risposta in tutto il territorio nazionale;

la normazione adeguata per l'agire dei professionisti;

l'eticità della risposta;

l'adeguamento dei sistemi alle ultime evidenze scientifiche;

le soluzioni per diminuire il sovrappollamento delle strutture di pronto soccorso.

Sotto l'aspetto strutturale, il principio cardine della riforma, nell'ambito del servizio di emergenza-urgenza sanitaria, si basa sulla ripartizione delle funzioni tra il sistema preospedaliero, riservato alle emergenze, reali o presunte, e il sistema ospedaliero, riservato alle emergenze e alle urgenze non procrastinabili.

L'attuale sistema di emergenza sanitaria comprende un sistema di allarme sanitario dotato di numero telefonico di accesso « 118 » ed è stato introdotto in Italia dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992. Da allora sono passati più di trent'anni e l'emergenza preospedaliera è stata interessata da notevoli trasformazioni a livello professionale, organizzativo, gestionale e tecnologico. Da un lato, l'evoluzione della tecnologia di telecomunicazione e il miglioramento della trasmissione di informazioni e immagini ha consentito di superare l'organizzazione su base provinciale delle centrali operative, con la conseguente realizzazione di strutture con competenza sovraprovinciale o regionale; da un altro lato, la nascita del numero unico di emergenza (NUE) « 112 » ha garantito 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 delle chiamate e con una serie di ulteriori servizi, che hanno permesso di avviare una progressiva riorganizzazione delle sale operative, con un corrispondente incremento della loro efficienza. A tali innovazioni vanno aggiunte:

l'evoluzione della professionalità degli infermieri, che ha consentito l'attivazione dei mezzi di soccorso avanzato con infermiere a bordo;

la crescita e la valorizzazione del volontariato in ambito sanitario, anche a opera del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, che ha visto le reti associative nazionali di volontariato partecipare attivamente all'evoluzione del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria, rafforzando la quotidiana collaborazione con il Servizio sanitario nazionale (SSN);

la realizzazione di numerose iniziative legate alla cultura del soccorso e dedicate a tutti i cittadini, comprese quelle in materia di defibrillazione precoce, in collaborazione con le reti associative nazionali del volontariato sanitario maggiormente rappresentative considerate presidio irrinunciabile nei territori per la diffusione della cultura del soccorso, consentendo una ampia diffusione delle tecniche mirate soprattutto all'utilizzo dei defibrillatori e alle manovre salvavita da parte della cittadinanza.

Conoscere e prendere atto di queste trasformazioni è il primo passo per procedere a una revisione critica del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria che risponda alle esigenze dei cittadini e che garantisca un servizio omogeneo in tutte le aree del Paese.

Si osserva, in premessa, che si propone la rimozione della dicitura « 118 » nella denominazione del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria, tenuto conto che con la progressiva attuazione del NUE 112 sarebbe anacronistico mantenere nella de-

nominazione di tale servizio un numero telefonico in disuso.

È d'altronde evidente che il sistema preospedaliero di emergenza sanitaria in Italia necessita oggi di un importante intervento normativo che consenta il superamento di modelli organizzativi frammentati e difformi che rispondono a logiche aziendali o provinciali in favore della nascita di un sistema di soccorso sanitario basato su una profonda revisione organizzativa e tecnologica delle sale operative del sistema preospedaliero e sulla sua integrazione con l'emergenza ospedaliera. Non a caso le società scientifiche e i sindacati dei medici e del comparto sanitario convergono oggi sulla comune valutazione di quanto sia improcrastinabile condurre una profonda revisione e un processo di rinnovamento del sistema. Ma un tale intervento riorganizzativo deve tenere presente la complessità gestionale e la delicatezza dei compiti affidati a tale servizio nonché la necessità, da un lato, di salvaguardare e aggiornare gli organici dedicati all'emergenza territoriale dal punto di vista della sicurezza, della formazione e della tutela contrattuale e, dall'altro lato, di dare piena valorizzazione alle diverse professionalità sanitarie e non sanitarie, quali i medici, gli infermieri, i tecnici, i soccorritori, gli autisti soccorritori. In particolare, appare essenziale l'istituzione di un centro nazionale dell'emergenza sanitaria per:

ricostituire l'indirizzo e il governo del sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria in capo al Ministero della salute;

favorire l'integrazione del sistema preospedaliero e del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza;

definire le professionalità indispensabili per assicurare la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura nonché la gestione coordinata delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale;

garantire la sinergia con gli altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte.

L'attuale gestione parcellizzata e frammentata non trova corrispondenza nell'or-

ganizzazione a reti integrate dell'emergenza sanitaria preospedaliera e ospedaliera in atto da decenni nel nostro Paese. Non va dimenticato inoltre quanto anche la drammatica esperienza della pandemia di COVID-19 abbia, da un lato, evidenziato le carenze del sistema di emergenza-urgenza in alcune aree del Paese ma, dall'altro lato, abbia dimostrato come le peculiarità organizzative, gestionali e tecnologiche del sistema siano state fondamentali per far fronte a un'emergenza senza precedenti. Ma soprattutto ha messo in evidenza come sia non più differibile un'analisi delle varie esperienze regionali volta ad evidenziare non solo le migliori pratiche ma anche la necessità di un denominatore comune organizzativo e gestionale del sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria, capace di dare risposte omogenee e di qualità a tutti i cittadini.

Il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria è deputato a rispondere ai bisogni di salute emergenti e urgenti dei cittadini che vi si rivolgono, spontaneamente o tramite il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria. Tale risposta, garantita in primo luogo dalle strutture di pronto soccorso, deve essere celere, competente e adeguata alle necessità di ciascun cittadino, in condizioni ordinarie, e della collettività, in condizioni straordinarie. Le strutture di pronto soccorso rappresentano l'interfaccia tra i cittadini e le strutture del SSN, garantendo l'accesso ai ricoveri in regime d'urgenza quando necessario, l'impostazione di un corretto percorso di diagnosi o di cura extraospedaliera laddove il ricovero in ospedale non sia necessario e conseguentemente vigila sul corretto utilizzo delle strutture ospedaliere e sulla corretta applicazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

L'integrazione delle risorse e dei percorsi tra le strutture di pronto soccorso e del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria è fondamentale per garantire l'appropriatezza e il coordinamento del flusso dal territorio all'ospedale, consentendo inoltre la piena valorizzazione del personale, attraverso la diversificazione delle attività, e rendendo sostenibile l'attività professio-

nale nel tempo, attraverso la prevenzione del cosiddetto « *burnout* », garantendo infine l'allargamento delle competenze e la continua crescita culturale.

La presente proposta di legge raccoglie e definisce le richiamate istanze di riforma del sistema delineando i contenuti del processo di riorganizzazione dell'emergenza sanitaria preospedaliera sulla base di criteri di efficacia, efficienza e integrazione, nel rispetto del corretto impiego delle risorse e nel solco di un percorso istruttorio partecipato e condiviso, culminato nella Carta di Riva del 20 settembre 2021 e nel Manifesto di Firenze del 1° aprile 2023, sottoscritti dagli *stakeholder* del sistema.

La presente proposta di legge pone degli obiettivi fondati sui seguenti principi:

a) il superamento dell'attuale disomogeneità operativa, organizzativa e gestionale del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria italiano;

b) l'integrazione delle sale operative con il servizio NUE 112, con il numero europeo armonizzato per le cure non urgenti NEA 116117, con il sistema dell'emergenza sanitaria ospedaliera e, in particolare, con i dipartimenti di emergenza urgenza e accettazione e con le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale;

c) l'integrazione tra il soccorso su gomma e l'elisoccorso in una visione prospettica di sistemi di elisoccorso interregionali;

d) l'innovazione e l'omogeneizzazione tecnologica del sistema preospedaliero di emergenza sanitaria sia per la gestione del soccorso sia per il trattamento dei pazienti al fine di consentire la trasmissione e la condivisione di dati e immagini nonché un'agevole attività di valutazione e di monitoraggio dei sistemi e delle relative prestazioni;

e) la valorizzazione di tutte le figure professionali operanti nel sistema, la standardizzazione dei criteri di reclutamento e dei livelli formativi, contrastando le forme atipiche di reclutamento e in generale le distorsioni derivanti da forme di esterna-

lizzazione impropria riferite ad attività assistenziali di pronto soccorso, così come indicato anche nel decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56;

f) l'istituzione della qualifica di soccorritore e di soccorritore autista dell'emergenza sanitaria denominate, rispettivamente, « soccorritore EMS » e « soccorritore autista EMS », e di tecnico della centrale di soccorso, prevedendo per ciascuna figura un percorso formativo specifico e la certificazione delle competenze necessarie;

g) l'istituzione dell'Agenzia nazionale 112, quale struttura di indirizzo normativo, operativo e di coordinamento tra lo Stato e le regioni;

h) la definizione di un sistema unico integrato tra lo Stato e le regioni per la valutazione, il monitoraggio e il controllo quantitativo e qualitativo delle prestazioni, che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza complessive dei vari servizi sanitari provinciali o regionali;

i) la definizione di rapporti con i soggetti sussidiari e le organizzazioni di volontariato nel sistema preospedaliero di emergenza ai sensi del citato codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017;

l) la revisione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, disponendo l'adeguamento della rete di emergenza-urgenza ospedaliera per livelli di intensità di presa in carico e di specificità dei bisogni e adottando le opportune modifiche sulla base delle disposizioni del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, nel quadro di una strategia per un sistema integrato di emergenza-urgenza evoluto che si rapporta anche con la continuità assistenziale e la medicina territoriale.

Non va dimenticato che la definizione di qualsiasi obiettivo va correlata anzitutto a un'analisi prospettica della domanda sanitaria e sociosanitaria della popolazione italiana nel prossimo futuro, che potrebbe pesantemente influenzare il campo di atti-

vità anche del soccorso sanitario e poi a una costante attività di monitoraggio e di misurazione degli aspetti operativi e gestionali, attuata su scala nazionale, quale punto di partenza per un miglioramento costante.

A questo proposito pare opportuno prevedere un sistema di valutazione, affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che sia in grado di monitorare il servizio in tempo pressoché reale evitando ogni autoreferenzialità sulla base di indicatori oggettivi e misurabili. L'obiettivo generale 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 programmatori e organizzativi con risposte adeguate ai bisogni dei cittadini, realizzando un vero e proprio « sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria » in grado di superare l'attuale frammentazione e disomogeneità del servizio. Dal superamento delle difficoltà in emergenza-urgenza potrà partire il rilancio di tutto il SSN che deve essere omogeneo in tutto il Paese seppur sotto la responsabilità e la valorizzazione delle regioni.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Definizione di sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria)

1. Il sistema nazionale di emergenza-urgenza sanitaria, di seguito denominato « sistema nazionale », è l'insieme delle macrostrutture deputate a garantire al cittadino il soccorso e la cura in regime di emergenza-urgenza sanitaria. Il sistema nazionale è costituito da:

a) il Centro nazionale di emergenza-urgenza sanitaria, istituito ai sensi dell'articolo 2, presso il Ministero della salute, con funzioni di direzione e di omogeneizzazione dei sistemi di risposta alle domande di salute del cittadino in regime di emergenza-urgenza;

b) le strutture del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, con funzioni di erogazione del soccorso in regime di emergenza sanitaria, reale o presunta, in ambito territoriale;

c) le strutture del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, con funzioni di erogazione del soccorso e di cura in regime di emergenza-urgenza ai cittadini che vi si rivolgano.

2. Fanno parte del sistema nazionale i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati, accreditati e a contratto, ivi compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, sedi di strutture di pronto soccorso, nonché le reti associative nazionali di volontariato, previste dall'articolo 41, comma 2, del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, considerate maggiormente rappresentative delle organizzazioni di volontariato affidatarie di servizi di trasporto sanitario di emergenza-urgenza, a norma dell'articolo 57 del medesimo codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017.

Fanno, altresì, parte del sistema nazionale le varie articolazioni organizzative impegnate nell'implementazione di sistemi di telemedicina finalizzata alla riduzione degli accessi impropri ai pronto soccorso.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a istituire un'apposita struttura per l'innovazione e la valorizzazione del personale del sistema nazionale, competente a valutare costantemente le innovazioni sotto il profilo prestazionale ed economico.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali del sistema nazionale, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, secondo principi di appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni, dispongono l'integrazione tra il sistema preospedaliero e il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei percorsi di cura, la gestione unitaria delle risorse in caso di grave emergenza e la creazione o il consolidamento di servizi di elisoccorso integrati con il soccorso terrestre nonché assicurano l'erogazione dell'attività ospedaliera di emergenza-urgenza avvalendosi delle strutture pubbliche e private accreditate e a contratto.

Art. 2.

(Istituzione del Centro nazionale di emergenza-urgenza sanitaria)

1. È istituito presso il Ministero della salute il Centro nazionale di emergenza-urgenza sanitaria, di seguito denominato « Centro nazionale », con funzioni di indirizzo e coordinamento a garanzia della uniformità dei sistemi di risposta alle domande di salute del cittadino in regime di emergenza-urgenza, della verifica dell'adesione alla riforma e dello sviluppo del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria.

2. Al Centro nazionale partecipano di diritto i rappresentanti del Ministero della salute, delle regioni e delle province auto-

nome di Trento e di Bolzano, della *sub* area emergenza urgenza della Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS); all'AGENAS sono attribuite funzioni di monitoraggio e di analisi dei dati della *performance*.

3. Il Centro nazionale si può avvalere della collaborazione delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco previsto dal decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017, nonché delle organizzazioni appartenenti alle reti nazionali previste dall'articolo 41, comma 2, del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, considerate maggiormente rappresentative delle organizzazioni di volontariato.

4. Il sistema di valutazione di cui al comma 2 è organizzato nel rispetto dei seguenti principi:

a) efficacia nella tutela della salute e garanzia dei livelli essenziali di assistenza del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria;

b) efficienza nell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

c) tutela dei diritti garantendo l'umanizzazione delle cure e la soddisfazione degli utenti nonché la partecipazione dei cittadini;

d) equità, in termini di contrasto delle disuguaglianze relative all'erogazione dei servizi di emergenza-urgenza.

5. Le aziende sanitarie locali attivano una procedura di monitoraggio e di controllo sulla base degli indicatori individuati dal Centro nazionale e dall'AGENAS, attraverso i direttori generali delle medesime aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le cui risultanze sono trasmesse alle regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano e al medesimo Centro nazionale al fine della verifica dei risultati conseguiti, secondo il sistema di monitoraggio

dei soggetti erogatori ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, provvedendo altresì ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sui costi e sulla modalità di finanziamento delle medesime prestazioni nonché sulle modalità di accesso ai servizi.

6. Il Centro nazionale, in collaborazione con l'AGENAS, valuta l'adempimento degli obblighi di informazione per gli erogatori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), anche ai sensi e per gli effetti del comma 4-*bis* dell'articolo 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che costituisce grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992. Ai fini dell'applicazione del primo periodo, l'inesatto o incompleto debito informativo equivale a mancato adempimento.

7. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le attività di armonizzazione e le modalità di funzionamento del Centro nazionale, che ha il compito di direzione del sistema nazionale, garantendo lo sviluppo di un sistema omogeneo in tutto il territorio nazionale, e la valutazione del servizio sanitario erogato, secondo indicatori oggettivi e misurabili anche con l'impiego diffuso di tecniche di intelligenza artificiale.

8. All'attuazione delle disposizioni del presente articolo, e, in particolare, per l'organizzazione e le attività del Centro nazionale, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Art. 3.

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

1. Al fine di promuovere l'efficienza e la qualità delle prestazioni, nonché la tutela dei livelli essenziali di assistenza di emergenza-urgenza sanitaria preospedaliera e ospedaliera nonché di assicurare omogeneità nello sviluppo del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, come definito ai sensi della presente legge, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8-*bis*, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

« 1-*bis*. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza-urgenza sanitaria preospedaliera e ospedaliera su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma secondo principi di appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni, dispongono l'integrazione del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura, la gestione unitaria delle risorse in caso di emergenza e la creazione o il consolidamento di servizi di elisoccorso integrati con il soccorso territoriale, nonché assicurano l'erogazione dell'attività di emergenza-urgenza ospedaliera avvalendosi delle strutture pubbliche e private accreditate e a contratto »;

b) all'articolo 8-*sexies*, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

« 4-*bis*. I criteri per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni assistenziali dell'emergenza-urgenza preospedaliera e ospedaliera, nonché delle prestazioni e dei servizi di telemedicina, di supporto specialistico, clinico e diagnostico (*second opinion supporting*), anche di carattere formativo, integrati con la medicina territoriale, sono determinati ai sensi del

comma 2, lettera e), secondo il principio del giusto corrispettivo sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi ».

Art. 4.

(Organizzazione del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria)

1. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria è il servizio che, in risposta alle richieste classificate come emergenze reali o presunte che avvengono in ambito preospedaliero, garantisce ai cittadini il soccorso sanitario, coordina la risposta e l'eventuale ospedalizzazione al fine di garantire a ogni cittadino la prestazione più appropriata nonché l'accesso e la cura presso la sede più adeguata. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma nel rispetto dei seguenti principi:

a) appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni erogate nell'intero territorio di competenza, superando le forme atipiche di reclutamento del personale e le distorsioni derivanti da forme di esternalizzazione delle attività assistenziali di pronto soccorso;

b) integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura; i dipartimenti di emergenza urgenza e accettazione (DEA) garantiscono il raccordo funzionale con il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria;

c) gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con gli altri sistemi regionali e con le istituzioni preposte, anche attraverso strumenti di cooperazione e di collaborazione con le reti associative nazionali di volontariato maggiormente rappresentative, di cui all'articolo 1, comma 2;

d) istituzione e consolidamento dei servizi di elisoccorso regionali e interregionali che, interagendo con il soccorso terrestre, garantiscano l'omogeneità del servizio nazionale;

e) coordinamento dell'organizzazione del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria sulla base delle esigenze complessive del territorio in relazione alla rete ospedaliera di riferimento;

f) coordinamento nella gestione dei *setting* di emergenza-urgenza preospedaliera e ospedaliera nell'ambito di eventi di grandi emergenze e maxiemergenze, allo scopo di prevedere un'idonea programmazione delle azioni da intraprendere nel corso di emergenze straordinarie.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza-urgenza preospedaliera su base interregionale nel rispetto dei principi di cui al comma 1.

3. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria eroga le prestazioni di soccorso mediante una rete di mezzi ed *équipe*, coordinati da sale operative di emergenza sanitaria, 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 specifiche procedure standardizzate almeno a livello regionale;

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 organizzativa nel rispetto dell'appropriatezza dell'impiego delle risorse;

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

4. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria è organizzato per am-

biti territoriali, sulla base di *standard* minimi normativi nazionali di riferimento, nonché degli indirizzi e della programmazione regionale e di provincia autonoma. Per lo svolgimento delle proprie funzioni il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria si avvale di una direzione organizzativa, delle sale operative di emergenza-urgenza sanitaria nonché delle strutture di coordinamento territoriale e della rete dei mezzi di soccorso, e delle relative *équipe*, situati in postazioni distribuite nell'intero territorio di competenza.

5. La direzione organizzativa opera a livello regionale o di provincia autonoma, con funzione di centro di responsabilità e di direzione del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, le cui attività sono organizzate, realizzate e monitorate con modalità basate sui requisiti della norma ISO 9001.

6. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria possono essere realizzate a livello interregionale, regionale o almeno interprovinciale, al fine di ottenere la massima omogeneità e integrazione dei vari sistemi regionali nonché per garantire un livello minimo di integrazione ed efficienza operativa. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria devono garantire la continuità del servizio, anche in caso di eccessivo afflusso e conseguente trasferimento di chiamate ad altre sale operative di emergenza-urgenza sanitaria e di sostituzione nel caso di interruzione del servizio, permettendo la continuità del servizio anche a favore delle regioni o delle province autonome presso le quali è presente una sola sala operativa, previo perfezionamento di idonei accordi con le altre regioni o province autonome.

7. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria operano con personale medico e infermieristico e, laddove previsto dall'organizzazione, con personale tecnico, attraverso un processo strettamente integrato in ogni sua componente e dedicato:

a) alla ricezione e alla classificazione delle richieste di soccorso;

b) all'attivazione di mezzi ed *équipe* in base alla priorità e alla complessità dell'evento;

c) all'erogazione delle istruzioni da seguire, in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso, finalizzate al sostegno delle funzioni vitali;

d) all'attività di coordinamento degli interventi di soccorso;

e) all'identificazione della struttura ospedaliera di destinazione del paziente.

8. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria utilizzano, di norma, documenti e procedure concernenti gli aspetti organizzativi, tecnico-operativi e clinico-assistenziali, al fine di offrire al cittadino un soccorso tempestivo ed efficace, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria garantiscono altresì:

a) il coordinamento dei trasferimenti secondari dei pazienti acuti tra le strutture ospedaliere afferenti alle reti di patologia tempo dipendenti;

b) la risposta adeguata alle situazioni di emergenza sanitaria ordinaria e di maxi-emergenza;

c) la disponibilità della tecnologia informatica e di comunicazione necessaria per l'espletamento delle funzioni a esse attribuite;

d) il mantenimento del contatto con i sistemi ospedalieri di emergenza-urgenza sanitaria al fine di poter scambiare un insieme minimo di dati e informazioni e di comunicare tempestivamente l'arrivo di pazienti con patologie che richiedono l'attivazione di specifiche risorse ospedaliere. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria sono pienamente integrate con i DEA di riferimento;

e) l'interazione e il coordinamento con gli altri enti coinvolti nell'attività di soccorso anche attraverso lo sviluppo di idonea tecnologia di comunicazione.

9. Le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria possono essere integrate con le centrali uniche di risposta NUE 112, nelle more delle scelte operate dall'amministrazione regionale di riferimento, al fine

di consentire l'ottimizzazione degli spazi e delle risorse logistiche, informatiche e umane. In tale organizzazione la gestione del soccorso sanitario degli eventi deve comunque essere mantenuta in capo ad aree dedicate, sotto la responsabilità e la supervisione di personale sanitario.

10. Nel caso di bacini di utenza inferiori a 600.000 abitanti, le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria possono operare anche a livello interregionale e sono integrate tra loro.

11. 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.

12. L'organizzazione del soccorso sanitario territoriale:

a) è garantita da una struttura di coordinamento delle attività con competenza su un territorio non inferiore a quello provinciale;

b) risponde alla direzione organizzativa di cui al comma 4;

c) si avvale delle risorse umane sanitarie, tecniche e amministrative necessarie per l'erogazione del servizio mediante l'integrazione con i DEA ospedalieri e si rapporta con la rete ospedaliera per la condivisione dei percorsi clinici di presa in carico dei pazienti.

13. La rete dei mezzi e delle *équipe* di soccorso è costituita da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie situati 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.

14. Il numero e la tipologia dei mezzi di soccorso sono definiti tenendo conto di un livello adeguato di risposta da erogare, con particolare riferimento agli specifici indi-

catori per l'emergenza-urgenza di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, e al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 9 del 13 gennaio 2009.

15. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria è dotato di tecnologie radio, telefoniche e informatiche idonee ad assicurare l'interoperatività e il collegamento fra le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria, la rete dei mezzi di soccorso e i sistemi informativi ospedalieri per la gestione comune delle informazioni, dei dati sanitari e dei flussi informativi finalizzati alle valutazioni di sistema in capo al Ministero della salute.

16. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria promuove la conoscenza delle tecniche di primo soccorso nella popolazione e l'utilizzo consapevole delle risorse dell'emergenza sanitaria da parte dei cittadini.

Art. 5.

(Personale del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria)

1. Nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria opera personale, di livello dirigenziale e non dirigenziale, medico, infermieristico e tecnico in possesso dei requisiti definiti ai sensi del presente articolo. È prevista l'individuazione di dirigenti afferenti alle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche, nell'ambito della direzione delle strutture centrali, regionali, sovraprovinciali o di macroarea ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, con funzione di governo del personale del comparto.

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 sanitario;

c) partecipa ai percorsi d'integrazione con i DEA, anche al fine di consentire il mantenimento delle competenze professionali specifiche indispensabili per il soccorso sanitario;

d) partecipa ai percorsi di formazione e aggiornamento, per l'ingresso e la permanenza del personale stesso nel sistema nazionale;

e) supporta la formazione e la certificazione del personale soccorritore EMS e del personale appartenente al ruolo tecnico, in sinergia con le reti associative nazionali di volontariato, previste dall'articolo 41, comma 2, del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, considerate maggiormente rappresentative delle organizzazioni di volontariato affidatarie di servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, a norma dell'articolo 57 dello stesso codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017;

f) supporta la formazione dei cittadini alle manovre di primo soccorso e all'impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni e, in generale, lo sviluppo della cultura del soccorso nella cittadinanza.

3. Il personale medico e infermieristico impiegato nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria opera nella direzione organizzativa, nelle sale operative di emergenza-urgenza sanitaria, nelle strutture di coordinamento e nella rete dei mezzi di soccorso territoriale, assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute del cittadino, in integrazione e collaborazione con le altre figure professionali e il personale delle reti associative nazionali di volontariato maggiormente rappresentative di cui all'articolo 1, comma 2.

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

a) personale medico in possesso della specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, di seguito denominata « MEU », o di anestesia, rianimazione, terapia inten-

siva e del dolore, di seguito denominata « ARTID »;

b) personale medico non in possesso della specializzazione in MEU o in ARTID ma assegnato stabilmente ed esclusivamente, da oltre cinque anni continuativi, alle unità operative di pronto soccorso dei DEA;

c) personale medico con comprovata e specifica formazione regionale, ivi compresi i medici specializzandi in MEU e in ARTID iscritti agli ultimi anni di specializzazione, e comunque dopo un'appropriate e specifica formazione in ambito preospedaliero;

d) 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 presente comma, personale medico in possesso di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale prevista dal vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

4. Il personale medico con anzianità di servizio superiore a cinque anni che, alla data di entrata in vigore della presente legge, opera nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato e intenda continuare a operare in tale sistema, può partecipare ai concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanità medica del SSN o nelle strutture di pronto soccorso con l'obbligo di permanenza minima di cinque anni ovvero fino al raggiungimento dei requisiti per la quiescenza. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in rapporto convenzionale concorre a maturare l'anzianità prevista ai fini delle procedure di selezione del personale di cui al presente comma.

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 MEU o in ARTID, nonché ai corsi equipollenti. 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 dell'area sanità e dell'accordo collettivo nazionale relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale, prevedendo, nel limite dei livelli remunerativi fissati dal medesimo accordo, i criteri di transizione progressiva al contratto collettivo nazionale di lavoro 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.

6. Al personale medico che opera presso le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria spetta la responsabilità clinica della gestione del soccorso, compresi, in particolare:

a) il supporto clinico ai mezzi di soccorso;

b) l'interfaccia con i mezzi di soccorso avanzati a *leadership* infermieristica per lo svolgimento delle attività non previste negli algoritmi in dotazione nonché quelle per cui è previsto il confronto con il medico di centrale per l'applicazione degli algoritmi clinico-assistenziali;

c) nell'ambito di situazioni complesse, l'analisi e l'interpretazione clinica delle informazioni, dei dati e delle immagini trasmessi dai mezzi di soccorso, la relazione con gli enti eventualmente coinvolti nell'intervento di soccorso, nonché la valutazione di interruzioni di manovre rianimatorie, la non ospedalizzazione di pazienti minori o fragili e nelle maxi-emergenze.

7. Il personale medico che opera sui mezzi di soccorso avanzati a *leadership* medica è responsabile della gestione clinica del soccorso anche in base a procedure definite dalla direzione organizzativa sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche disponibili.

8. Il personale infermieristico di cui al comma 3 è in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza-urgenza acquisita mediante percorsi universitari post-base o un percorso formativo regio-

nale certificato, nelle more dell'attivazione dei percorsi di laurea magistrale ad indirizzo clinico specifico in emergenza-urgenza. Tale personale accede al sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, previa maturazione di un'esperienza professionale, di norma, non inferiore a due anni e sei mesi, ivi compresi i mesi di inserimento obbligatorio nei reparti nell'area dell'emergenza-urgenza ospedaliera o nelle strutture di pronto soccorso e area critica.

9. Il personale infermieristico che opera nelle sale operative di emergenza-urgenza sanitaria ha la conoscenza dello specifico sistema di soccorso in cui opera e della rete ospedaliera di riferimento e ha maturato una esperienza lavorativa sui mezzi di soccorso. Allo stesso personale è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo algoritmi redatti dai responsabili clinici di struttura, nonché sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti emanate dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco di cui al decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017, mediante:

a) il supporto agli operatori tecnici deputati alla ricezione delle chiamate e la rivalutazione delle chiamate che meritano un approfondimento;

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

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

d) l'individuazione della destinazione ospedaliera più appropriata per il paziente, definita all'interno dei percorsi delle reti di patologia.

10. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso avanzati a *leadership* infermieristica è responsabile della gestione sanitaria del soccorso e svolge le funzioni di soccorso sanitario avvalendosi

di algoritmi clinico-assistenziali redatti sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche disponibili, definite dalla direzione organizzativa. Gli algoritmi clinico-assistenziali prevedono le attività effettuabili dagli infermieri in autonomia finalizzate:

a) alla gestione dei percorsi delle patologie tempo dipendenti;

b) al trattamento del dolore;

c) al trattamento delle situazioni a rischio di vita e alla stabilizzazione delle condizioni cliniche dei pazienti assistiti;

d) a ogni ulteriore ambito clinico previsto dalla direzione organizzativa regionale o della provincia autonoma e sostenuto da specifici percorsi formativi.

11. Ove necessario o previsto dagli algoritmi clinico assistenziali, il personale infermieristico di cui al comma 10 si avvale dell'interfaccia con il personale medico della sala operativa di emergenza-urgenza sanitaria, al fine di erogare trattamenti non previsti dagli algoritmi clinico-assistenziali, nonché nelle situazioni di cui alla lettera *c)* del medesimo comma 10, sempre nel rispetto dei principi di efficacia, sicurezza e tempestività dei trattamenti.

12. Il personale tecnico delle sale operative di emergenza-urgenza sanitaria, ove previsto dalla direzione organizzativa regionale o della provincia autonoma, è chiamato a svolgere 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 come previsto dai sistemi di codifica impostati per l'intervista e l'invio dei primi mezzi di soccorso nel rispetto della documentazione prescrittiva;

c) l'allerta degli enti non sanitari;

d) il monitoraggio delle fasi del soccorso;

e) il supporto logistico agli equipaggi;

f) il supporto agli astanti mediante istruzioni nell'attesa dei mezzi di soccorso, in collaborazione e con la supervisione del personale infermieristico;

g) l'intervento sui mezzi di soccorso della rete territoriale, qualora in possesso della qualifica di soccorritore EMS o di soccorritore autista EMS, di cui all'articolo 7.

13. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, ai sensi della legge 21 marzo 2001, n. 74, si avvale della collaborazione del personale tecnico del Corpo nazionale 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.

14. Il personale in possesso della qualifica di soccorritore EMS, previa acquisizione di una formazione specifica, svolge il proprio servizio nei mezzi di soccorso di base e può prestare la propria opera nei mezzi a *leadership* sanitaria.

15. Il personale in possesso della qualifica di soccorritore autista EMS, in collaborazione con le diverse *équipe* di soccorso, partecipa all'attuazione delle manovre di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento.

16. Ai fini della selezione del personale medico, infermieristico e tecnico di cui al presente articolo si tiene conto del possesso di competenze in tecnologia dell'organizzazione, digitalizzazione dei processi e percorsi clinici e telemedicina. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad assicurare al personale in possesso delle competenze di cui al presente comma un inquadramento giuridico ed economico differenziato, anche in attuazione del sistema degli incarichi professionali previsti dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro.

Art. 6.

(Integrazione tra le centrali uniche di risposta, il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria e la rete ospedaliera)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'integrazione

operativa tra il servizio NUE 112 e le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria costituisce livello essenziale di assistenza.

2. Al fine di garantire l'uniformità a livello nazionale del servizio NUE 112, è istituita l'Agenzia nazionale 112, quale struttura di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento di attività tecnico-operative di interesse nazionale al servizio delle amministrazioni pubbliche, regionali e locali titolari delle funzioni del servizio NUE 112, per lo svolgimento dei seguenti compiti:

a) supporto all'operatività di tutte le centrali uniche di risposta del servizio NUE 112, attive e in fase di avvio, garantendone l'integrazione e l'omogeneità a livello nazionale dei sistemi operativi e l'uniformità delle azioni istituzionali, regolamentari e di comunicazione connesse all'esercizio del modello di centrale unica di risposta e consentendo lo svolgimento di progetti di ricerca e di sviluppo concernenti i relativi sistemi informativi, gestionali e organizzativi;

b) progettazione e realizzazione delle strutture e delle attività necessarie alla gestione interregionale del servizio NUE 112 nonché alla gestione delle esigenze e delle problematiche di rilievo nazionale;

c) aggiornamento periodico del « Disciplinare Tecnico Operativo *Standard* per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NUE » e dell'allegato 1 « Lista Eventi NUE 112 », approvato il 17 luglio 2018, armonizzando i contenuti alle necessità storiche o sopravvenute dei diversi territori regionali.

3. Per le finalità di cui al comma 2, 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 5 milioni di euro per l'anno 2023, di 30 milioni di euro per l'anno 2024 e di 40 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

4. Le centrali uniche di risposta del servizio NUE 112 operative a livello regionale ovvero le sale operative integrate a livello regionale gestiscono tutte le chia-

mate di emergenza, identificando in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante e dell'evento. I dati raccolti, inseriti in una scheda di contatto in formato elettronico e integrati con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario, sono trasferiti alla sala operativa di secondo livello cui compete l'intervento. Qualora la richiesta dell'utente non sia classificabile come emergenza-urgenza, la centrale unica di risposta NUE 112 svolge una funzione di filtro e, quando necessario, mette in contatto l'utente con il numero europeo armonizzato (NEA) per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti « 116117 », di seguito denominato « NEA 116117 ».

5. 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-urgenza, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge il NEA 116117 costituisce livello essenziale di assistenza quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità o priorità di cura. Il NEA 116117 è attivo in tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale, secondo le modalità definite nell'accordo approvato il 24 novembre 2016 con intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per le finalità di cui al presente comma, 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. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 2 e 5 del presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

7. Le centrali di soccorso NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di assistenza primaria secondo principi di appropriatezza e forniscono all'u-

tente le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali oppure alla centrale di telemedicina. In caso di necessità la centrale NEA 116117 può mettere in contatto il cittadino con personale medico del ruolo unico di assistenza primaria che può avvalersi di video-visita e prescrizioni dematerializzate e, quando indicato, può attivare una visita ambulatoriale o domiciliare nell'ambito dei servizi presenti nel territorio.

Art. 7.

(Personale con qualifica di soccorritore EMS e di soccorritore autista EMS)

1. Sono istituite le qualifiche di soccorritore e di soccorritore autista dell'emergenza sanitaria denominate, rispettivamente, « soccorritore EMS » e « soccorritore autista EMS », nell'ambito del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria.

2. Il soccorritore EMS è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione, svolge attività preordinate al soccorso nell'ambito dell'emergenza-urgenza di carattere sanitario afferenti all'area del soccorso alla persona, alle attività di trasporto sanitario urgente e di soccorso, nonché di collaborazione con le *équipe* di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, in funzione dei contenuti previsti dai percorsi formativi.

3. Il soccorritore autista EMS è l'operatore abilitato alla guida dei mezzi di soccorso al quale è affidata la conduzione dei mezzi di soccorso e di trasporto sanitario urgente del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria.

4. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del 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, sono adottate le disposizioni di attuazione del presente articolo e sono stabiliti i percorsi formativi nonché i requisiti necessari per il conseguimento delle qualifiche di

soccorritore EMS e di soccorritore autista EMS.

5. Presso le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano è istituito il registro regionale dei soccorritori EMS e dei soccorritori autisti EMS.

Art. 8.

(Personale con qualifica di tecnico della centrale di soccorso)

1. È istituita la qualifica di tecnico della centrale di soccorso per lo svolgimento di attività nei seguenti ambiti:

- a) centrali di soccorso NEA 116117;
- b) sale operative del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria;
- c) centrali uniche di risposta NUE 112.

2. Il tecnico della centrale di soccorso è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica, svolge le attività tecniche negli ambiti di cui al comma 1.

3. Il tecnico della centrale di soccorso operante presso le centrali uniche di risposta NUE 112 assicura la risposta e la gestione delle chiamate ricevute dalle medesime centrali sulle numerazioni d'emergenza nazionale e su altre numerazioni afferenti alle centrali uniche di risposta in base ad intese locali o nazionali, nel rispetto di quanto previsto dal disciplinare tecnico-operativo per il funzionamento dei cosiddetti « *call center* laici NUE 112 » e dal codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259.

4. Il tecnico della centrale di soccorso operante presso le sale operative del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, supervisionato dall'infermiere della sala operativa medesima, garantisce l'esecuzione delle attività tecniche e logistiche concernenti, in particolare, la gestione della risposta telefonica all'utente e l'individuazione e attivazione delle risorse più idonee per le attività di soccorso preospedaliero. Il tecnico di cui al presente comma, nello svolgimento delle proprie fun-

zioni, utilizza gli strumenti e i protocolli definiti dalla direzione organizzativa di riferimento.

5. I percorsi formativi e la conseguente abilitazione sono finalizzati all'esercizio delle funzioni in ciascuno degli ambiti di cui al comma 1 secondo un criterio di progressività e nel seguente ordine:

- a) centrali di soccorso NEA 116117;
- b) centrali uniche di risposta NUE 112;
- c) sale operative del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria.

6. La qualifica di tecnico della centrale di soccorso operante nelle sale operative del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria è, in modo reciproco, valorizzata nel percorso formativo per il conseguimento della qualifica di soccorritore EMS e di soccorritore autista EMS.

7. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del 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, sono adottate le disposizioni di attuazione del presente articolo e sono stabiliti i percorsi formativi nonché i requisiti necessari per il conseguimento della qualifica di tecnico della centrale di soccorso.

Art. 9.

(Disciplina dell'attività di emergenza-urgenza ospedaliera)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso la stipulazione di contratti con i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati accreditati, in misura proporzionata alle risorse a loro assegnate, e secondo il principio di competenza territoriale, disciplinano l'erogazione dell'attività di emergenza-urgenza ospedaliera in conformità alle disposizioni della presente legge.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante 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 IRCCS, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte e sono tenute a rendere disponibili posti letto nonché 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 compreso 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. Nel corso di maxi-emergenze non affrontabili con le soluzioni organizzative definite dai piani di sovraffollamento, le unità mobili dotate delle adeguate tecnologie d'informazione e di comunicazione possono condurre attività di *triage* preospedaliero attraverso il costante riferimento specialistico con le sale operative di emergenza-urgenza sanitaria, al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato dei servizi di pronto soccorso e di facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali.

Art. 10.

(Organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria)

1. I pronto soccorso inseriti nella rete ospedaliera regionale afferiscono alle strutture complesse di medicina di emergenza e urgenza, di seguito denominate « strutture complesse di MEU ».

2. Le strutture complesse di MEU sono parte del sistema nazionale di emergenza-urgenza e operano in piena integrazione con il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, condividendo il personale nonché i percorsi formativi e di cura, con particolare riferimento alle patologie tempo dipendenti.

3. Le strutture complesse di MEU presenti negli ospedali sedi di DEA di secondo livello gestiscono, nell'ambito del mede-

simo dipartimento, posti letto di medicina d'urgenza e di terapia semintensiva, di pronto soccorso e di osservazione breve intensiva.

4. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottati gli *standard* di organico, organizzativi e tecnologici delle strutture complesse di MEU.

5. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 5, con riferimento ai medici con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato, il personale medico operante nelle strutture complesse di MEU è individuato tra le seguenti professionalità:

a) personale medico in possesso della specializzazione in MEU;

b) personale medico non in possesso della specializzazione in MEU ma stabilmente assegnato da oltre cinque anni continuativi alle unità operative di pronto soccorso dei DEA;

c) medici specializzandi in MEU.

6. Il personale infermieristico che opera nelle strutture complesse di MEU deve essere in possesso di competenze avanzate in emergenza e urgenza e di specifiche competenze nello svolgimento della funzione di *triage*, sui percorsi a gestione infermieristica (*see&treat*) e sui percorsi di presa in carico precoce, così come l'attivazione di percorsi *fast-track* come risposta a urgenze minori (codici 4 e 5), in applicazione delle « Linee di indirizzo nazionali sul *triage* intraospedaliero » del Ministero della salute, approvate il 1° agosto 2019, con intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e nel rispetto delle evidenze scientifiche disponibili.

7. Nell'ambito delle reti di cura *hub & spoke* il personale medico e infermieristico delle strutture complesse di MEU può essere coinvolto in processi di diversificazione del *setting* operativo al fine di mi-

gliorare la qualità della presa in carico del paziente e di garantire la sua corretta assegnazione all'interno delle reti *hub & spoke*; sulla base di specifici accordi, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere la condivisione di detto personale all'interno di specifici ambiti territoriali interaziendali o unità funzionali di reti per patologie tempo dipendenti.

8. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si dotano di specifici sistemi informativi per consentire lo svolgimento delle funzioni di monitoraggio e favorire la rapida identificazione delle criticità nel flusso dei pazienti, le azioni correttive e l'individuazione dei parametri di riferimento tra le diverse strutture, promuovendo la condivisione delle soluzioni più virtuose.

9. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si dotano di idonei sistemi di telemedicina che consentano di ridurre i ricoveri inappropriati di soggetti fragili attraverso la gestione condivisa con i servizi di medicina territoriale di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali domiciliari, il monitoraggio dei parametri clinici e l'attivazione precoce dei programmi di cure palliative e di assistenza domiciliare integrata.

Art. 11.

(Personale del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria)

1. Nel sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria opera personale, di livello dirigenziale e non dirigenziale, medico, infermieristico e tecnico, in possesso dei requisiti formativi e professionali definiti ai sensi del presente articolo nonché di formazione specifica nell'attività di emergenza-urgenza ospedaliera.

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

a) personale medico in possesso della specializzazione in MEU;

b) personale medico non in possesso della specializzazione in MEU ma stabil-

mente ed esclusivamente assegnato da oltre cinque anni continuativi alle unità operative di pronto soccorso dei DEA;

c) in via transitoria e per un periodo limitato di tempo, al fine di sopperire alle gravi carenze del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, personale medico neo-assunto a tempo indeterminato con specializzazioni equipollenti o affini alla MEU, assegnando tale personale medico alle aree di pronto soccorso a non alta intensità di cura;

d) 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 presente comma, personale medico in possesso di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale prevista dal vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, assegnando tale personale medico alle aree di pronto soccorso a bassa intensità e complessità;

e) specializzandi in MEU con contratti a tempo determinato, per la durata e le ore previste dal decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, o libero professionista in sovrannumero alle ore previste dal contratto di formazione, ai sensi del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, e in base ai livelli di competenze certificati dalle scuole di specializzazione in MEU delle università di appartenenza e all'interno della specifica rete formativa delle università stesse.

3. Nelle more dell'istituzione di un corso di laurea magistrale dedicato, il personale infermieristico che opera nei sistemi ospedalieri di emergenza-urgenza sanitaria deve essere in possesso di una formazione specifica per l'attività di emergenza-urgenza acquisita mediante percorsi universitari *post* laurea o un percorso formativo regionale certificato.

4. Il personale infermieristico, se previsto dall'organizzazione, svolge la sua atti-

vità sia nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria sia nel sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria al fine di mantenere le competenze necessarie allo svolgimento del servizio.

5. Il personale infermieristico che opera nelle unità operative di pronto soccorso, in possesso di competenze avanzate e ove previsto dall'organizzazione, può:

a) al fine di migliorare il processo di pronto soccorso, ridurre i tempi di attesa e anticipare l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, avviare percorsi dedicati, sulla base della valutazione di *triage* e di specifici algoritmi redatti dai responsabili clinici e assistenziali della struttura, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco previsto dal decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017, sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti;

b) per i casi a bassa complessità assistenziale, avviare percorsi a gestione infermieristica (*see&treaf*) e percorsi *fast-track* come risposta a urgenze assistenziali minori predefinite. L'attività si basa su algoritmi di trattamento medico-infermieristici definiti dai responsabili clinici e assistenziali con il supporto delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco di cui al citato decreto del Ministero della salute 2 agosto 2017, sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti.

Art. 12.

(Formazione continua)

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 ciascun profilo professionale del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria e ne danno comu-

nicazione al Ministero della salute e al Ministero dell'università e della ricerca ai fini della programmazione delle iniziative per la formazione professionale continua, in conformità agli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Tenuto conto delle indicazioni di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sulla base degli indirizzi espressi dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono individuati i criteri minimi per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e tecnico del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria e del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi anche mediante piattaforme di corsi *on line* aperti nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, ferma restando la facoltà delle medesime regioni e province autonome di prevedere iniziative specifiche adeguate e funzionali alle realtà locali, nel rispetto dei criteri minimi individuati.

3. Alla predisposizione dei percorsi formativi di cui al comma 2 del presente articolo partecipano le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco previsto dal decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



19PDL0055220