



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CANTÙ, ROMEO, BERGESIO, BIZZOTTO, BORGHESI, Claudio BORGHI, CANTALAMESSA, CENTINAIO, DREOSTO, GARAVAGLIA, GERMANÀ, MARTI, MINASI, MURELLI, PAGANELLA, PIROVANO, POTENTI, PUCCIARELLI, SPELGATTI, STEFANI, TESTOR, TOSATO, SILVESTRO, ZULLO, SATTA, MANCINI, RUSSO, TERNULLO, ZEDDA, LEONARDI, FALLUCCHI, BERRINO e MIELI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 OTTOBRE 2022

Riordino del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza

ONOREVOLI SENATORI. – La gestione della pandemia ha contribuito a evidenziare le carenze del sistema di emergenza urgenza del Paese, aggravate dalla progressiva riduzione dei pronti soccorso concausa delle criticità applicative della normativa in materia. Il presente disegno di legge intende porvi rimedio, coniugando prevenzione e rafforzamento dell'intera emergenza urgenza sanitaria. Si è voluto nei limiti del possibile assicurare uniformità applicativa del processo di riordino e aggiornare la valutazione e il controllo degli impieghi e degli esiti, in una parola la tracciabilità, indispensabile per la sostenibilità in chiave universalistica del Servizio sanitario nazionale con un importante incremento di risorse ma da riconoscersi a fronte di contestuali oggettivizzati miglioramenti degli indici di performance, secondo potenziati livelli essenziali di emergenza urgenza e continuità assistenziale integrata con la medicina territoriale, di cui a distinta iniziativa legislativa.

Il processo di riordino non può, infatti, prescindere da una revisione normativa funzionale e organizzativa che dia certezza ed evidenza, entro una cornice ben delineata, di un corretto e appropriato impiego delle risorse disponibili, agendo in maniera preventiva e superando distorsioni e deviazioni che hanno avuto un'amplificazione nel recente periodo, investendo quanti qualitativamente in capitale umano elettivamente con rapporto di lavoro subordinato debitamente formato e motivato, in accompagnamento alle importanti misure in materia di potenziamento e incentivazione delle risorse umane dell'Emergenza urgenza che il Governo con decreto-legge abbia ad introdurre recependo una parte significativa dei contenuti prospettati

soprattutto sia per quanto riguarda i riconoscimenti economici che per fronteggiare la cronica carenza di organico e contrastare le esternalizzazioni.

Partendo dalle realtà nazionali che hanno dimostrato di saper affrontare meglio di altri anche la situazione emergenziale, si definiscono le direttrici fondamentali della riforma nel solco di un lungo percorso istruttorio partecipato e condiviso nel cosiddetto Manifesto di Firenze per l'area dell'Emergenza urgenza atteso per il 30 marzo – 1° aprile 2023 a completamento delle risultanze di quanto previsto dalla cosiddetta Carta di Riva del 20 settembre 2021.

Si rende opportuno prevedere l'istituzione del Centro nazionale emergenza sanitaria (CNES) presso il Ministero della salute con funzioni di indirizzo, verifica di adesione alla riforma e sviluppo del sistema di emergenza urgenza sanitaria nazionale e uno specifico sistema di valutazione, affidato ad Agenas, che sia in grado di monitorare il servizio in tempo pressoché reale sulla base di indicatori oggettivi e misurabili, anche con l'impiego diffuso di tecniche di intelligenza artificiale, al fine di introdurre premialità e penalità nella filiera erogativa, che incentivino effettivamente i comportamenti virtuosi e disincentivino quelli non conformi, siano essi di natura strettamente personale o professionale.

Tale sistema di valutazione è orientato a minimizzare le inefficienze, le negligenze e le imperizie facilmente intercettabili in via preventiva e predittiva.

Il mancato adempimento degli obblighi di informazione per gli erogatori convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale costituisce grave inadempimento degli obblighi as-

sunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

La valutazione è una procedura dei cui benefici potranno godere innanzitutto gli utenti, perché obbliga tutti i produttori a una maggiore attenzione alla qualità e all'efficienza, con ciò sviluppando anche indirettamente le migliori condizioni per la sostenibilità economica nel tempo, perché tutti avranno interesse a una competizione virtuosa.

Nel quadro dell'impiego diffuso dell'intelligenza artificiale, le tecniche di *machine learning* prevedono metodi avanzati di elaborazione e analisi dei dati, con l'obiettivo di valutare, tra l'altro, il livello di correlazione tra gli indicatori, il metodo di attribuzione delle valutazioni sul singolo indicatore e della valutazione complessiva di struttura, nonché l'eventuale necessità di integrare ulteriori indicatori, in modo tale da validare un modello utile al raggiungimento delle dimensioni previste nel nuovo sistema.

Il riordino promosso introduce alcune novità in armonizzazione con il regolamento delegato UE n. 305/2013 della Commissione, del 26 novembre 2012, per rispondere ad alcuni principi e interventi non più eludibili:

- virtuosa integrazione del cosiddetto «SET118» attraverso le centrali operative dei sistemi sanitari regionali, con il sistema di emergenza ospedaliero;

- messa a regime del servizio del NUE 112 per la gestione di tutte le richieste di soccorso, inviandole alle sale operative di II livello ed, *in primis*, con la fondamentale geolocalizzazione del chiamante. Al fine di garantire l'uniformità del NUE 112 in tutto il Paese, si prevede l'istituzione dell'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno;

- messa a regime del Numero europeo armonizzato (NEA) 116117;

- innovazione tecnologica del sistema di gestione e trattamento dei pazienti nel soccorso sanitario (telemedicina e telecontrollo da remoto dei parametri vitali) ottimizzando la rete dei dati per la trasmissione di informazioni e immagini (compresa l'introduzione sistematica dell'elettrocardiografia e degli elettromedicali salva vita) su tutti i mezzi di soccorso di base;

- definizione dei rapporti con il Terzo settore per ottimizzare le procedure di assegnazione delle aree di copertura dei mezzi di soccorso di base, riconoscendo l'affidamento del soccorso e del trasporto di base alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale (Reti nazionali del volontariato) di cui all'articolo 56 e 57 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117;

- contrasto delle forme di ingaggio atipiche (turnisti a gettone) nei servizi di emergenza urgenza ospedalieri e in generale delle distorsioni derivanti da forme di esternalizzazione gestionalmente e funzionalmente improprie riferite ad attività assistenziali di pronto soccorso;

- valorizzazione e responsabilizzazione dei medici, infermieri e tecnici agendo in attrattività e fiduciarità, nonché superando la dicotomia e la frammentazione tra il personale medico e infermieristico nei pronto soccorso, alle regioni, di avere sotto controllo l'andamento di ogni singolo erogatore.

Altri punti qualificanti dell'articolato:

- regolazione del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza con remunerazione attualizzata in ragione del giusto corrispettivo a tariffa o funzione, sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi secondo principi di trasparenza, oggettiva misurazione e valutazione degli esiti in linea con l'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118 applicato a tutte le strutture siano esse pubbliche che private;

– aggiornamento del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, con l'adeguamento programmatico della rete di emergenza urgenza ospedaliera per livelli di intensità di presa in carico e specificità dei bisogni con le armonizzazioni financo necessarie in relazione alle disposizioni di cui alla presente legge 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 evoluta anche in continuità assistenziale e medicina territoriale, posto che investendo in prevenzione e appropriatezza si andrebbero a ridurre progressivamente gli interventi in emergenza, nonché, sulla base del principio di articolazione integrata e qualificata anche dai pronti soccorsi pediatrici, cardiologici, ortopedici e per le restanti patologie critiche non solo tempo-dipendenti ma iperspecialistiche, con dimensionamenti congruenti per bacini di popolazione tenuto conto delle specificità territoriali (collegamenti viabilistici, orografia, isole).

Tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto sono parte del sistema di emergenza urgenza almeno in termini di punto di primo intervento, valorizzandosi le specializzazioni specifiche sia del presidio di prossimità che di quello che ospita il pronto soccorso, sviluppando così percorsi dedicati quale « estensione » delle specialità eserci-

tate all'interno della struttura. In questo modo, si andranno anche a formare gli specialisti che, avendo l'opportunità di prestare servizio in pronto soccorso, avranno una formazione « ultra rapida » in caso di emergenza. Si prevede anche la valorizzazione delle competenze degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, mono e politematici, del pari messi a sistema nella logica di sviluppare una rete di emergenza urgenza anche a vocazione specialistica elettiva, di area critica e di supporto.

Dal superamento delle difficoltà in emergenza urgenza partirà il rilancio di tutto il Servizio sanitario nazionale che deve essere omogeneo in tutto il Paese seppur sotto la responsabilità e la valorizzazione delle Regioni.

Una nazione che vuole arrivare a questo risultato non può prescindere dal valutare in modo stringente i suoi erogatori, siano essi pubblici o privati, e non solo dal punto di vista dell'osservanza delle regole di legalità, che dovrebbero essere un prerequisito essenziale.

La valutazione è come la democrazia: un sistema imperfetto e perfettibile, ma è quanto di più prossimo all'ideale, essenziale per il superamento dell'indifferenza degli sprechi, nella visione della sanità sostenibile e universalistica del futuro.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. Al fine di assicurare la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza di emergenza urgenza preospedaliera e ospedaliera, anche ai fini del superamento di eventuali epidemie, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione, in raccordo con l'articolo 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, nel rispetto dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, la presente legge, in coerenza con quanto disciplinato in materia dalla normativa di più recente introduzione, reca misure per garantire a tutti i cittadini l'equo e sostenibile accesso alle cure in emergenza urgenza, secondo principi sia di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale, che di personalizzazione e umanizzazione.

2. La risposta alle richieste di soccorso sanitario è assicurata dal Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, in ragione delle specificità e criticità territoriali, di carattere orografico, demografico, di viabilità e connesse a flussi turistici a rilevante impatto sanitario. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera si completa con presidi di prossimità sede di punti di primo intervento, in forma integrata con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza, articolato in presidi sede di pronto soccorso e dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA).

Art. 2.

(Oggetto)

1. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera è il servizio che garantisce ai cit-

tadini il soccorso sanitario in risposta alle emergenze e alle urgenze che avvengono in ambito extraospedaliero, che coordina l'ospedalizzazione al fine di garantire a ogni utente la risposta più appropriata e che ne garantisce la collocazione nella sede di cura più adeguata.

2. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, di cui alla presente legge, rappresenta il modello organizzativo di riferimento nazionale.

3. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera eroga le prestazioni di soccorso mediante una rete di mezzi e di *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'erogazione di istruzioni sulle operazioni da effettuare prima dell'arrivo dei mezzi di soccorso, cosiddette istruzioni di pre-arrivo, e 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 alla valutazione del 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.

4. Rientrano nel sistema ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati, accreditati e a contratto, ivi inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, monotematici e politematici sede di pronto soccorso. Inoltre

partecipano al sistema i soggetti impegnati nell'implementazione di servizi di telemedicina, ricompresi nei piani regionali, finalizzata alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso. I soggetti di cui al primo periodo costituiscono la rete di emergenza urgenza accreditata e a contratto, programmata per livelli di intensità, di presa in carico e di specificità dei bisogni, con un'articolazione integrata e costituita anche dal pronto soccorso pediatrici, cardiologici, ortopedici e per le restanti patologie critiche per le quali la prognosi è dipendente dal tempo di intervento, cosiddette patologie tempo-dipendenti e iperspecialistiche. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono provvedere a istituire un'apposita struttura per l'innovazione e la valorizzazione del personale del sistema di emergenza urgenza, competente a valutare costantemente le innovazioni sotto il profilo prestazionale ed economico, prevedendo che la valutazione incida in positivo o negativo sulla distribuzione delle risorse tra i soggetti di cui al primo periodo.

Art. 3.

(Organizzazione e struttura del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza urgenza preospedaliera, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, nel rispetto dei seguenti principi:

a) appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni erogate sull'intero territorio regionale, superando le forme di ingaggio atipiche e le distorsioni derivanti da forme di esternalizzazione delle attività assistenziali di pronto soccorso;

b) integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria ivi

compreso il personale sanitario che vi opera, per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura; il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera assume il raccordo con i dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA);

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 per il tramite dei referenti sanitari regionali del Dipartimento di protezione civile;

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

e) coordinamento dell'organizzazione del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera rispetto alle esigenze complessive del territorio in relazione alla rete ospedaliera di riferimento.

2. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera è organizzato per ambiti territoriali, sulla base di quanto previsto dalla presente legge e dagli indirizzi della programmazione regionale.

3. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera svolge le proprie funzioni tramite:

a) una direzione organizzativa;

b) le sale operative;

c) il coordinamento territoriale e la rete dei mezzi di soccorso e delle relative équipe dislocati in postazioni distribuite sul territorio.

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

5. Le sale operative operano a livello interregionale, regionale, interprovinciale o di provincia autonoma attraverso personale me-

dico, infermieristico e tecnico preposto alla ricezione e alla classificazione delle richieste di soccorso, all'attivazione di mezzi ed *équipe* in base alle priorità e criticità stabilite in fase di ricezione della richiesta, alla erogazione di istruzioni pre-arrivo, anche finalizzate al ripristino e 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 urgenza, al fine di gestire con maggiore accuratezza gli eventi di soccorso.

6. Le sale operative prevedono la presenza di personale medico, infermieristico e tecnico. Le sale operative svolgono le seguenti funzioni essenziali:

a) ricezione dalle centrali uniche di risposta del numero unico di emergenza europeo (NUE) 112, di cui all'articolo 98-*vicies semel* del codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, delle 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) adozione di 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 in base al livello di assistenza necessario rilevato ed il conseguente trasferimento dei pazienti alla struttura ospedaliera più idonea, nel minor tempo e con la migliore assistenza possibile;

c) coordinamento dei trasferimenti tra strutture ospedaliere dei pazienti acuti afferenti alle reti di patologie tempo-dipendenti;

d) risposta adeguata alle situazioni di urgenza o emergenza sanitaria, ordinaria e straordinaria, ai sensi dell'articolo 7 del codice della protezione civile, di cui al decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;

e) mantenimento del 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 integrate nei DEA di riferimento;

f) garanzia dell'interazione e del coordinamento con gli altri enti coinvolti nell'attività di soccorso;

g) coordinamento del trasporto d'organi e del trasporto di sangue secondo modalità definite su base regionale e delle province autonome con il coordinamento del Centro nazionale trapianti e del Centro nazionale sangue.

7. Le sale operative dispongono della tecnologia informatica e di comunicazione necessaria per l'espletamento delle funzioni ad esse attribuite e per garantire la continuità del servizio, in casi di possibili *black-out* tecnici o calamità, mediante la predisposizione di sistemi di sostituzione con altre sale operative regionali o extraregionali.

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

9. L'organizzazione del soccorso sanitario territoriale è garantita da una struttura di coordinamento delle attività su un territorio di competenza minimo provinciale, che risponde alla direzione organizzativa.

10. La struttura di coordinamento si avvale delle risorse umane sanitarie, tecniche e

amministrative, necessarie per l'erogazione del servizio mediante l'integrazione con i dipartimenti di emergenza urgenza ospedalieri e si rapporta con la rete ospedaliera per la condivisione dei percorsi clinici di presa in carico dei pazienti.

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. La rete dei mezzi e delle *équipe* di soccorso è costituita da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie dislocati strategicamente sul 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 su ambiti interregionali. 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 indicatori 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 di cui 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.

13. I mezzi di soccorso e il personale tecnico necessario per il funzionamento degli stessi sono garantiti attraverso le risorse delle organizzazioni sanitarie del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, ovvero di quelle delle organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 56 del Codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, ovvero di quelle delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale nelle more della messa a regime delle richiamate organizzazioni di volontariato.

14. Il Sistema di emergenza sanitaria pre-ospedaliera 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 verso il Ministero della salute. 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, informazioni e immagini, relazioni di soccorso in formato elettronico utili ai sanitari delle sale operative e delle strutture di emergenza urgenza ospedaliera.

Art. 4.

(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 preospedaliera e ospedaliera e di assicurare l'omogeneità dello sviluppo del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, come riformato dalla 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 preospedaliera e ospedaliera, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, secondo principi di appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni, nonché l'integrazione del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza

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, e 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. »;

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

« 4-*ter*. È istituito presso il Ministero della salute il Centro nazionale emergenza sanitaria (CNES), con funzioni di indirizzo e coordinamento a garanzia di uniformità dei sistemi di risposta alle domande di salute del cittadino in regime di emergenza urgenza, verifica di adesione alla riforma e sviluppo del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera. Nel CNES partecipano di diritto rappresentanti del Ministero della salute, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, della sub area Emergenza urgenza della Commissione salute della Conferenza delle regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e dell'Agenzia nazionale dei servizi sanitari regionali (AGENAS), quest'ultima con funzioni di monitoraggio e analisi dei dati di *performance*.

4-quater. Il sistema di valutazione 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 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 alle diseguaglianze relative all'erogazione dei servizi di emergenza urgenza.

4-quinquies. Le aziende sanitarie attivano una procedura di monitoraggio e controllo sulla base degli indicatori individuati dal CNES e dall'AGENAS, attraverso i direttori generali delle medesime aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le cui risultanze vengono trasmesse alle regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano e al CNES in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, secondo il sistema di monitoraggio dei soggetti erogatori ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, provvedendo ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sui costi e sulla modalità di finanziamento delle medesime prestazioni e sulle modalità di accesso ai servizi ».

2. 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, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 28, sono definite la composizione, le attività di armonizzazione e le modalità di funzionamento del Centro nazionale emergenza sanitaria (CNES).

3. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, e, in particolare, per l'organizzazione e le attività del CNES, di cui al comma 2, è autorizzata una spesa di 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, cui si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni 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. 5.

(Integrazione tra centrali uniche di risposta, sistema di soccorso, rete ospedaliera e territorio)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'integrazione operativa tra il NUE 112 e le sale operative di cui all'articolo 3, comma 3, lettera b), della presente legge, costituisce livello essenziale di assistenza.

2. Al fine di garantire l'uniformità del NUE 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 del NUE 112. L'Agenzia nazionale 112 supporta altresì l'operatività di tutte le centrali uniche di risposta, attive e in fase di avvio, garantendo 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, consentendo lo svolgimento di progetti di ri-

cerca 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 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, cui si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni 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 dell'interno. Con decreto del Ministro dell'interno, 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, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 28, sono definite la composizione, le attività di armonizzazione e le modalità di funzionamento.

3. Al fine di consentire una corretta e tempestiva gestione della domanda assistenziale a bassa priorità e ridurre l'accesso inappropriato al Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge è individuato il numero europeo armonizzato (NEA) 116117 quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. Il NEA 116117 è attivo su tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale e provincia autonoma, secondo le modalità definite con i protocolli di intesa adottati ai sensi dell'articolo 98-*vicies semel*, comma 1, del codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259. Per l'attuazione delle

disposizioni di cui al presente comma, ed in particolare per garantire l'operatività delle centrali operative NEA 116117 su tutto il territorio nazionale, è autorizzata, a decorrere dall'anno 2024, una spesa di 20 milioni di euro annui, cui si provvede ai sensi dell'articolo 14.

4. Le centrali uniche di risposta del NUE 112 operative a livello regionale ovvero le sale operative integrate a livello regionale, gestiscono tutte le richieste di soccorso, identificando in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante e dell'evento, che 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.

5. Qualora la richiesta dell'utente non sia classificabile come emergenza urgenza, la sala operativa di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *b*), mette in contatto l'utente con il NEA 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di assistenza primaria ai sensi della normativa vigente secondo principi di tempestività e appropriatezza in raccordo con le centrali operative territoriali (COT), almeno a valenza distrettuale e per lo sviluppo della telemedicina. Qualora la richiesta proveniente direttamente dall'utente sia classificabile come possibile emergenza-urgenza, la centrale NEA 116117 mette in contatto lo stesso con la centrale operativa di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *b*). La centrale NEA 116117, attraverso strumenti di telemedicina, in caso di bisogno sanitario 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 visita ambulatoriale o domiciliare nell'ambito dei servizi presenti sul territorio. La telemedicina si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività

di continuità assistenziale, in particolare nelle aree remote e sui soggetti fragili, riducendo gli accessi inappropriati al pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare, e anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata (*point of care*).

Art. 6.

(Personale)

1. Presso il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera opera personale, di livello dirigenziale e non dirigenziale, medico, infermieristico, tecnico delle sale operative e soccorritore, in possesso dei requisiti formativi e professionali, definiti ai sensi del presente articolo e degli articoli 7 e 8, nonché di formazione specifica nell'attività extraospedaliera.

2. Il personale del sistema preospedaliero 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 stesso nel sistema di soccorso sanitario;

d) supporta la formazione e la certificazione dei soccorritori, ivi inclusi, su loro richiesta, i dipendenti degli enti del Terzo settore, e dei cittadini nei percorsi di formazione per le manovre di primo soccorso e l'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 emergenza e urgenza (MEU) o in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore (ARTID);

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

c) personale medico con comprovata e specifica formazione regionale, ivi inclusi i medici specializzandi in MEU e in ARTID;

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, anche non continuativi, che, alla data di entrata in vigore della presente legge, opera nel Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera con contratto di lavoro in convenzione a tempo determinato o indeterminato può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanitaria medica del Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione è valutato come punteggio nelle graduatorie 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 MEU o in ARTID, nonché ai corsi equipollenti. Entro centotanta 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. Il personale infermieristico di cui al presente articolo opera sia all'interno dei DEA sia all'interno delle sale operative, che nella rete del soccorso assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute del cittadino in integrazione e collaborazione con le altre figure professionali del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera.

7. Il personale infermieristico di cui al comma 6 è in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza urgenza acquisita mediante percorsi universitari post laurea o un percorso formativo regionale certificato, nelle more dell'istituzione di un corso di laurea magistrale dedicato, e accede al Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera previa acquisizione di esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni, nell'area dell'emergenza urgenza ospedaliera ovvero nei pronto soccorso e nelle terapie intensive.

8. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso avanzati infermieristici è responsabile dell'*équipe* di soccorso. Svolge le sue funzioni avvalendosi di algoritmi clinico-assistenziali finalizzati alla gestione di interventi salvavita, il trattamento delle patologie tempo dipendenti e la gestione del dolore, sempre elaborati, con il supporto delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco di cui decreto del Ministero della salute 2 agosto 2017, sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti. Gli algo-

ritmi clinico-assistenziali, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali, prevedono attività effettuabili in autonomia e altre autorizzate dal medico di sala operativa, secondo standard di comprovata efficacia, sicurezza e tempestività dei trattamenti.

9. Il personale infermieristico che opera nelle sale operative è in possesso della 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 è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo protocolli definiti dai responsabili clinici, mediante:

a) il supporto agli operatori della ricezione delle chiamate mediante la rivalutazione di quelle 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 *équipes* presenti sul luogo del soccorso;

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

10. Il personale tecnico delle sale operative, di cui all'articolo 8, ove previsto dalla direzione organizzativa regionale, è chiamato a svolgere funzioni operative strettamente connesse con il modello organizzativo della struttura, quali in particolare:

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

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

- c) allerta degli enti non sanitari;
- d) monitoraggio delle fasi del soccorso;
- e) supporto logistico agli equipaggi.

f) supporto agli astanti mediante istruzioni nell'attesa dei mezzi di soccorso (istruzioni pre-arrivo), in collaborazione con il personale infermieristico.

11. Il personale tecnico delle sale operative, qualora in possesso della certificazione di soccorritore di cui all'articolo 7 e dei requisiti ivi previsti, può operare anche sui mezzi di soccorso territoriali.

12. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, ai sensi della 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.

13. 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 dei percorsi clinici, e di 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 presente comma anche in attuazione del sistema degli incarichi professionali previsti dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro.

Art. 7.

(Soccorritore e autista soccorritore)

1. Sono istituite le figure di soccorritore e di autista soccorritore del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera.

2. Ai fini della presente legge, il soccorritore è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione, svolge attività di soccorso sanitario di base, di assistenza durante il trasporto nonché di collaborazione con le équipes di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera, in funzione dei contenuti previsti dai percorsi formativi.

3. Ai fini della presente legge, l'autista soccorritore è l'operatore che, previo conseguimento dell'attestato di qualifica di soccorritore di cui al comma 2, è abilitato alla guida dei mezzi di soccorso. Egli svolge le attività di conduzione di mezzi di soccorso di base e avanzati e di trasporto sanitario, nonché quelle di attuazione di manovre di soccorso di base e di collaborazione con le équipes di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento.

4. 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, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le disposizioni di attuazione del presente articolo e sono stabiliti i percorsi formativi e i requisiti necessari per svolgere le attività di soccorritore e di autista soccorritore, nel rispetto dei principi di cui ai commi da 1 a 3.

5. Il soccorritore e l'autista soccorritore, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, sono considerati operatori di interesse sanitario.

Art. 8.

(Tecnico delle Centrali di Soccorso)

1. È istituita la figura di tecnico delle centrali di soccorso delle cure sanitarie non

urgenti, delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e delle centrali uniche di risposta NUE 112.

2. Il tecnico delle centrali di soccorso è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione di cui al comma 6 del presente articolo, svolge attività tecniche presso le centrali operative del numero europeo armonizzato (NEA 116117), le centrali uniche dell'emergenza (CUR 112) e le Sale, centrali del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera (SO 118).

3. Il tecnico della CUR NUE 112 è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione di cui alla lett. a), comma 7, del presente articolo assicura la risposta e la gestione delle chiamate ricevute dalle CUR NUE sulle numerazioni d'emergenza nazionale e su altre numerazioni che afferiranno alle CUR in base ad intese locali o nazionali, nel rispetto di quanto contenuto nel disciplinare tecnico operativo per il funzionamento dei « *Call Center* laici del NUE 112 ».

4. Il tecnico delle centrali NEA 116117 è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione di cui alla lett. b), comma 7, del presente articolo, assicura la risposta e la gestione delle richieste degli utenti per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. L'operatore NEA 116117 è in grado di valutare la richiesta dell'utente e fornire informazioni tramite opportune schede informative oppure di instradare la chiamata verso i servizi o professionisti in grado di soddisfare il bisogno.

5. Il tecnico delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera (SO 118), è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione di cui alla lettera c), comma 7, del presente

articolo, supervisionato dall'infermiere di centrale operativa, garantisce l'esecuzione delle attività tecniche e logistiche relative in particolare alla gestione della risposta telefonica all'utente e all'individuazione e attivazione delle risorse più idonee per le attività di soccorso preospedaliero. L'operatore SO 118 nello svolgimento delle funzioni agisce utilizzando gli strumenti e i protocolli messi a disposizione anche in base alle specifiche disposizioni regionali.

6. La figura del tecnico delle centrali di soccorso è articolata in livelli progressivamente qualificanti, per ciascuno dei quali è definito uno specifico iter formativo e la certificazione delle competenze necessarie. I livelli di maggiore qualificazione sono rappresentati dai tecnici del soccorso che operano nelle SO 118.

7. I percorsi formativi e la conseguente abilitazione progressiva all'esercizio nei diversi setting operativi è strutturata come segue:

a) Il percorso formativo per l'acquisizione dell'attestato di qualifica del tecnico della centrale di soccorso per l'attività presso le centrali NUE 112, ha una durata complessiva di 96 ore, suddivise in 40 ore di teoria e 56 ore tirocinio.

b) Il percorso formativo per l'acquisizione dell'attestato di qualifica di tecnico della centrale di soccorso per l'attività presso le centrali NEA 116117 ha una durata complessiva non inferiore a 92 ore, suddivise in 32 ore di teoria ed esercitazioni e 60 ore di tirocinio.

c) Il percorso formativo per l'acquisizione dell'attestato di qualifica del tecnico della centrale di soccorso per l'attività presso le SO 118, ha una durata complessiva di 300 ore di cui 100 teoria e 200 ore tirocinio. Tale percorso può essere articolato su due livelli per consentire il graduale inserimento nelle diverse funzioni delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera.

8. Il Tecnico può raggiungere l'attestazione di maggiore qualificazione, di cui al comma precedente, anche attraverso la valorizzazione cumulativa dei precedenti livelli di qualificazione professionale di tecnico operante nelle CUR 112 e nelle centrali NEA 116117, ovvero tramite la valorizzazione delle qualificazioni certificate di soccorritore e di autista soccorritore.

9. L'attestazione di tecnico della Sala, centrale operativa del del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera è, in modo reciproco, valorizzata nel percorso formativo per l'acquisizione della qualifica di autista soccorritore.

10. Il tecnico della Sala, centrale operativa 118 agisce, supervisionato dall'infermiere di SO 118, secondo i protocolli e le procedure operative vigenti nel Sistema di gestione delle Sale, centrali e nel rispetto delle indicazioni impartite dai responsabili delle stesse.

11. Il tecnico della centrale di soccorso, può usufruire di una progressione assicurata dal raggiungimento di progressivi livelli di qualificazione, ed operare nelle diverse tipologie di Sale, centrali operative, secondo le modalità organizzative individuate dalle regioni.

12. 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, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono adottate le disposizioni di esecuzione dei commi 7 e 8 del presente articolo e sono definiti i percorsi formativi, i contenuti degli stessi e i requisiti necessari per svolgere le funzioni di tecnico della centrale di soccorso

Art. 9.

*(Affidamento del servizio a enti
del Terzo settore)*

1. Ai sensi degli articoli 56 e 57 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, le attività di trasporto sanitario di emergenza e di urgenza possono essere affidate in via prioritaria, attraverso la sottoscrizione di apposite convenzioni, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, nel rispetto dei principi di professionalità, efficacia, efficienza, esiti di tempestività e correttezza economica, nonché di pubblicità, alle organizzazioni di volontariato, che si avvalgono di soccorritori e di autisti soccorritori a titolo volontario o con rapporto di lavoro contrattualizzato ai sensi della legge e, in particolare, del codice civile e che abbiano un parco automezzi con attrezzature prevalentemente all'avanguardia rispetto agli indicatori di cui al comma 10 dell'articolo 3 della presente legge.

2. L'attestato di soccorritore è rilasciato dalle regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attraverso le aziende e gli enti dei relativi servizi sanitari regionali operanti nel Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera, di cui al citato decreto legislativo n. 117 del 2017, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 7, comma 4 della presente legge. Per le finalità di cui al presente comma, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano riconoscono, quali strutture autorizzate alla formazione, le reti associative nazionali e le loro articolazioni inserite in un apposito albo, convenzionate con la regione di competenza con un sistema di valutazione e di controllo al fine di usufruire, per le necessarie attività didattico-formative del supporto logistico delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale operanti nel Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera. Le attività

didattico-formative di cui al periodo precedente comprendono sia attività di qualificazione, volte alle attività di soccorso alla persona, finalizzate all'acquisizione dell'attestazione di soccorritore, sia attività di formazione continua, volte al perfezionamento e al mantenimento delle competenze tecniche ed operative.

3. La formazione del soccorritore e dell'autista soccorritore è di competenza delle regioni e delle provincie autonome di Trento e di Bolzano nel rispetto delle disposizioni della presente legge, sulla base dei propri ordinamenti, dell'organizzazione e del proprio fabbisogno.

4. Il percorso formativo per l'acquisizione dell'attestato di qualifica di soccorritore, fermo restando l'obbligo che lo stesso abbia una durata complessiva non inferiore a 200 ore, deve essere articolato in attività teoriche e pratiche, esercitazioni e formazione sul campo, ovvero addestramento in simulazione, secondo gli *standard* dei moduli didattici previsti a norma dell'articolo 7, comma 4, della presente legge.

5. Il percorso formativo per l'acquisizione dell'attestato di qualifica di autista soccorritore di cui comma 3, ha una durata complessiva non inferiore a 200 ore, suddivise in 100 ore di teoria ed esercitazioni e 100 ore di tirocinio. Tale percorso è attuabile solo se già in possesso della qualifica di soccorritore, per un totale di 400 ore.

Art. 10.

(Formazione continua)

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano individuano le rispettive esigenze formative e di aggiornamento specifiche per singolo profilo professionale del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera integrato con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza

e ne danno comunicazione 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, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, 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 del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria, al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi anche mediante piattaforme di corsi *online* 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 partecipano le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco di cui al decreto del Ministero della salute 2 agosto 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 186 del 10 agosto 2017.

Art. 11.

*(Regolazione delle attività di emergenza
urgenza ospedaliera)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante i 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 aderenza territoriale, regolano l'erogazione delle 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 così come identificate dal Ministero della salute in qualità di Centrale remota operazioni soccorso sanitario (CROSS), che rivestono un ruolo di coordinamento anche per il Dipartimento di protezione civile, in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, gestiscono in forma unitaria le risorse umane, ivi comprese quelle operanti in strutture ospedaliere private sede 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. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva, sul *triage* intraospedaliero e per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso emanate dal Ministero della salute,

provvedono alla riorganizzazione dei pronto soccorso e dei DEA, mediante lo sviluppo delle funzioni di *triage* e di osservazione breve intensiva, l'attivazione di percorsi rapidi di trattamento, i cosiddetti *see and treat* e *fast track*, e 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 nel pronto soccorso, e prevede la gestione dell'intero percorso assistenziale da parte di personale infermieristico esperto e specificatamente formato.

4. Nel corso di maxiemergenze, 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 del pronto soccorso e facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali.

5. In attuazione del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e per il fine di valutazione e tutela di cui alla presente legge il Garante per la protezione dei dati personali promuove l'adozione di regole deontologiche e di debito informativo per i soggetti pubblici e privati soggetti al sistema dell'accreditamento e della contrattualizzazione interessati al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera. Per le medesime finalità di cui al precedente periodo, il Garante, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce altresì gli adempimenti e le prescrizioni da applicare nell'ambito del sistema di emergenza urgenza in relazione

alla tutela del diritto umano fondamentale alla salute e al trattamento dei dati personali a ciò strumentali, a garanzia dei soggetti che usufruiscono dei relativi trattamenti.

Art. 12.

(Potenziamento e riqualificazione delle strutture sanitarie del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria. Disposizioni di armonizzazione e coordinamento)

1. Gli enti del Servizio sanitario nazionale e le restanti strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con il Servizio sanitario nazionale rispondono in termini di processi, infrastrutture tecnologiche e strumenti informatici a livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito ospedaliero. La digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e ospedalieri, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico e alle prescrizioni elettroniche, è propedeutica alla qualificazione e contrattualizzazione degli erogatori in regime di Servizio sanitario nazionale finalizzata al potenziamento quantitativo e qualitativo appropriato della rete di offerta accreditata e a contratto, in linea con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale ai sensi degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza.

2. Per le finalità di cui al comma 1 gli erogatori:

a) condividono mediante le piattaforme regionali i dati clinici e radiologici con i sistemi preospedalieri di emergenza urgenza;

b) mettono a disposizione, attraverso *software* dedicati, i dati ritenuti strategici per la gestione delle reti di patologia, disponibilità di posti letto specialistici, intensivi e subintensivi.

c) alimentano i database funzionali alla rilevazione e gestione del *boarding* dei pronto soccorso.

3. Il mancato adempimento degli obblighi di digitalizzazione e informazione di cui al comma 2, e per gli erogatori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale anche ai sensi e per gli effetti del comma 4-*bis* dell'articolo 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, costituisce grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del citato decreto.

4. Entro novanta 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 eventuali ulteriori modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine dell'armonizzazione e del coordinamento con i nuovi livelli essenziali di assistenza di emergenza urgenza preospedaliera e ospedaliera disposti dalla presente legge.

5. Al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e una risposta omogenea del sistema preospedaliero e ospedaliero territoriale di emergenza urgenza sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano le soluzioni organizzative del sistema dell'emergenza urgenza nonché la consistenza dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale non solo di terapia intensiva, ma anche rispetto alle necessità funzionali di posti tecnici di osservazione breve intensiva connessi ai pronti soccorso e per una con-

grua dotazione complessiva di posti letto di stabilizzazione, anche nell'ambito degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza, ai sensi del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, potendo completare in forma integrata la rete ospedaliera di emergenza urgenza con presidi di prossimità di cui all'articolo 1, comma 2, sede di punti di primo intervento, dotati di posti letto dedicati alla stabilizzazione delle condizioni cliniche dei pazienti, debitamente attrezzati per diagnosi adeguate alle necessità cliniche di una stabilizzazione anche se rivolti ai pazienti fragili a bassa complessità clinica ma sicuramente ad alta complessità assistenziale.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire l'adeguamento dell'effettiva disponibilità dei posti letto di cui al comma precedente possono intervenire in riqualificazione di strutture sanitarie e socio sanitarie preesistenti mediante utilizzo delle disponibilità delle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 ed anche valorizzando strutture destinate in origine alla gestione di eventuali situazioni emergenziali pandemiche con linee progettuali dedicate e territorialmente proporzionali sia per le strutture pubbliche sia per quelle private.

7. 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, secondo la procedura normativa vigente al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, le modifiche necessarie in relazione alle disposizioni di cui alla presente legge e, in particolare, di cui al presente articolo, nonché di armonizzazione e coordinamento con il regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

Art. 13.

(Valutazione e monitoraggio delle prestazioni degli erogatori del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria)

1. Entro sessanta 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, è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) l'incarico di realizzare un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione propedeutico alla qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria e delle relative premialità e penalità e monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, rispetto ai *target* di efficienza, efficacia e qualità effettivamente riscontrati anche in termini di effettiva soddisfazione e di benessere dell'utenza e in ordine all'effettiva disponibilità dei posti letto necessari al Sistema ospedaliero di emergenza urgenza di cui all'articolo precedente in particolare di terapia intensiva, dei posti tecnici di osservazione breve intensiva connessi ai pronti soccorso e dei posti letto di stabilizzazione.

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

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

b) efficienza organizzativa, in termini di appropriatezza dell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

c) sicurezza delle cure, in termini di garanzia della qualità dei cittadini sottoposti ai trattamenti;

d) tutela dei diritti di umanizzazione delle cure garantendo la soddisfazione degli utenti e la partecipazione dei cittadini;

e) equità, in termini di equifruibilità ed equiaccessibilità nel contrasto delle disegualianze degli interventi di emergenza e di urgenza.

3. Il sistema di valutazione di cui al comma 1 prevede il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, avuto riguardo delle specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure, con indicatori di monitoraggio sia di esito che di processo standardizzati per tutto il territorio nazionale che tenga conto anche dei trattamenti erogati per tipologia e età dei pazienti.

4. Il sistema di valutazione di cui al comma 1, secondo indicatori oggettivi e misurabili, prevede anche l'impiego diffuso di tecniche di intelligenza artificiale.

5. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente articolo i soggetti erogatori di cui al comma 1 trasmettono ad AGENAS le informazioni dalla stessa richieste. Il sistema di valutazione è parte del quadro metodologico di riferimento nel rispetto delle prerogative programmatiche regionali in merito alla definizione e svolgimento delle attività di monitoraggio, controllo e vigilanza sull'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed è propedeutico ai requisiti per la qualificazione e contrattualizzazione degli erogatori dei servizi sanitari e socio-sanitari e delle relative premialità e penalità rispetto ai target di efficienza, efficacia e qualità effettivamente riscontrati anche in termini di effettiva soddisfazione e benessere dell'utenza. Il mancato adempimento degli obblighi informativi per gli erogatori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, anche ai sensi e per gli effetti dell'articolo 4-bis dell'articolo 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, costituisce

grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. Ai fini dell'applicazione di cui al precedente periodo, l'inesatto o incompleto obbligo informativo equivale a mancato adempimento.

Art. 14.

(Modalità di finanziamento)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano la realizzazione del riordino di cui alla presente legge nel quadro delle risorse complessivamente determinate e assegnate ai sensi delle disposizioni vigenti relative al livello di finanziamento del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato. Per l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge, ad esclusione degli oneri derivanti dall'articolo 4, comma 4, e dall'articolo 5, comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore all'1,5 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato, a decorrere dall'anno 2024. Una quota delle risorse di cui al secondo periodo, pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, è destinata all'operatività delle centrali operative NEA 116117 su tutto il territorio nazionale in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 3.

2. Alla ripartizione della quota di cui al comma 1, terzo periodo, si provvede annualmente all'atto dell'assegnazione delle risorse spettanti alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* regionale, secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia.

€ 4,00