

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 3338

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MUGNAI, BOLOGNA, MARIN**

Disposizioni per la riorganizzazione del servizio sanitario di emergenza-urgenza

*Presentata il 26 ottobre 2021*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Come previsto dall'articolo 32 della Costituzione e dall'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che ha riformato la disciplina in materia sanitaria, la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività che la Repubblica tutela, garantendo le cure attraverso il Servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza e alle prestazioni sanitarie. Mediante lo stanziamento di risorse finanziarie pubbliche devono essere assicurati in condizioni di uniformità nel territorio nazionale i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale, anche in seguito agli effetti della crisi pandemica di COVID-19, necessita di un coraggioso programma di interventi atti a garantire ade-

guatamente e in modo permanente il finanziamento pubblico, insieme alla ridefinizione del perimetro dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'ambito del Sistema sanitario nazionale assume particolare rilevanza il servizio sanitario di emergenza-urgenza, un sistema molto complesso che ha evidenziato numerose criticità, richiedendo, pertanto, una revisione del modello organizzativo.

La pandemia ha messo in luce come la presa in carico ospedaliera si sia rivelata insufficiente, con criticità dovute anche all'eterogeneità dei sistemi sanitari regionali, da sempre orientati a un approccio prevalentemente « ospedalocentrico ».

Il sistema di emergenza, a quasi trent'anni dalla sua istituzione, non ha ancora acquisito un'identità propria e resta fortemente legato, nei diversi sistemi regionali e delle province autonome, alla distin-

zione tra una fase prevalentemente territoriale incardinata nelle attività distrettuali e una fase prevalentemente ospedaliera. Oggi, invece, appare evidente che nell'area dell'emergenza-urgenza è indispensabile la presa in carico globale del paziente, garantendo al contempo la continuità clinico-assistenziale tra il territorio e il presidio ospedaliero e l'uniformità della formazione e delle competenze dei professionisti sanitari.

Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992, con cui è stato istituito il sistema di urgenza e di emergenza sanitaria, anche mediante l'attivazione del numero unico telefonico « 118 » per le richieste di intervento, ha già posto le basi per l'organizzazione di un sistema di emergenza sanitaria operante in due distinti ambiti: l'ambito preospedaliero, costituito dal sistema di allarme sanitario, dai mezzi e dai professionisti del soccorso, e l'ambito ospedaliero, rappresentato da una rete di servizi ospedalieri differenziati per la complessità delle prestazioni di assistenza sanitaria.

Il modello, così articolato, avrebbe richiesto una forte capacità delle regioni di organizzare in un unico « sistema di emergenza sanitaria » l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate dai diversi servizi coinvolti (pronto soccorso, dipartimento di emergenza, centrali operative del 118) tra loro integrati e coordinati per il raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'uniformità e la continuità delle prestazioni di assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza attraverso l'integrazione della fase del soccorso e del trasporto con la rete di strutture ospedaliere organizzate secondo il modello *hub-spoke*.

L'attuale fotografia del sistema di emergenza-urgenza a livello nazionale e regionale presenta, tuttavia, una pluralità di « sistemi 118 » con caratteristiche eterogenee e dipartimenti di emergenza ospedalieri con modelli organizzativi diversificati, dove le regioni o, addirittura, le singole aziende sanitarie, hanno organizzato un servizio di emergenza-urgenza fondato su percorsi formativi e modelli organizzativi

diversi e non armonizzati e in cui, soprattutto, l'integrazione con i servizi ospedalieri continua a presentare forti aspetti di debolezza.

Tra le principali criticità si rileva la mancanza di un modello organizzativo fondato su *standard* omogenei a livello nazionale. L'organizzazione del soccorso territoriale è molto diversificata e in alcune regioni molto frammentata, con forti differenze tra i servizi garantiti dalle aziende sanitarie, anche all'interno della medesima regione. Inoltre, nella maggior parte delle regioni il servizio del soccorso si fonda quasi completamente sull'impegno delle organizzazioni di volontariato (Associazione della Croce Rossa Italiana, Associazione nazionale pubbliche assistenze, Confederazione nazionale delle misericordie d'Italia, eccetera) che, in regime convenzionale con le centrali operative « 118 », forniscono mezzi sanitari e personale soccorritore.

Secondo uno studio sui servizi di emergenza territoriale, presentato alla fine del 2019 prima dell'insorgere della pandemia di COVID-19 dalla Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere e condotto sulla base di un campione di dodici aree regionali e diciotto aziende di emergenza sanitaria (che da sole costituiscono circa un terzo dei soccorsi a livello nazionale), si conferma un quadro territoriale molto diversificato: in moltissime aree i mezzi di soccorso avanzati sono senza personale medico o infermieristico a bordo; il personale medico è presente solo nel 15 per cento degli interventi di soccorso; nel 30 per cento dei casi i mezzi di soccorso inviati hanno solo personale infermieristico a bordo e nel restante 55 per cento dei casi le unità mobili di soccorso hanno solo volontari e soccorritori non sanitari a bordo.

L'attività dell'emergenza-urgenza, sebbene inserita sin dal 2001 tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale, non ha visto nell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza la necessaria evoluzione in ragione dell'istituzione della scuola di specializzazione, in quanto ancora definisce le attività di emergenza territoriale come assistenza distrettuale e quelle di pronto soccorso

come assistenza ospedaliera. Tuttavia, i nuovi livelli essenziali di assistenza, introducendo il concetto di cure da prestare in rete e non nel singolo presidio, rende irrinunciabile una organizzazione dipartimentale e una riqualificazione degli interventi di emergenza-urgenza nella fase preospedaliera, cosiddetto « sistema 118 », e ospedaliera, pronto soccorso, osservazione breve intensiva e medicina d'urgenza, che da semplici interventi di stabilizzazione assumono la natura di interventi di valutazione, stabilizzazione, diagnosi, trattamento terapeutico e trasporto del paziente adulto e pediatrico, in considerazione delle conoscenze scientifiche sopraggiunte e delle competenze acquisite dallo specialista in emergenza-urgenza.

Occorre, dunque, riorganizzare l'attuale servizio sanitario di emergenza-urgenza, che assume la nuova definizione di sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria, non solo nell'ambito preospedaliero ma anche in quello ospedaliero, allo scopo di assicurare maggiore tempestività e continuità nella gestione delle emergenze e delle urgenze sanitarie, con *standard* elevati di appropriatezza nonché uniformi nel territorio nazionale.

È necessario investire in un sistema dell'emergenza sanitaria integrato, pubblico, equo e universalistico, in cui l'emergenza sanitaria territoriale costituisca il *trait d'union* indispensabile tra il territorio e il presidio ospedaliero, mediante l'istituzione di strutture preospedaliere e ospedaliere integrate di emergenza-urgenza.

È utile segnalare che il decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992, in materia di determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, ha fornito le indicazioni circa i requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto dell'evoluzione legislativa e dell'esperienza maturata dalle regioni, dando vita al sistema dell'emergenza del territorio in ambito preospedaliero e dell'emergenza ospedaliera che ha introdotto i medici di medicina generale, precedentemente guardia medica, formati con un corso di formazione di 300

ore e dotati dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza territoriale.

Successivamente, l'articolo 8, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per effetto delle modifiche apportate con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 in materia di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, è stata conferita alle regioni la possibilità di ampliare la pianta organica dei servizi territoriali, permettendo ai medici convenzionati in attività presso il « sistema 118 », titolari di incarico da almeno cinque anni e previo giudizio di idoneità, di essere inquadrati nel ruolo sanitario, con l'instaurazione di un rapporto di impiego. Per effetto delle successive modifiche al citato articolo 8, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, non è stato più possibile per i medici convenzionati optare per il rapporto di impiego, creando di fatto discriminazioni inaccettabili tra medici operanti nello stesso sistema che hanno medesimi obblighi ma retribuzioni e tutele diverse.

Inoltre, l'istituzione della specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza, secondo un *core curriculum* europeo, è stata realizzata solo dal 2009 e non ha potuto finora dispiegare pieni effetti rispetto al fabbisogno richiesto.

Alla luce di tale quadro normativo appare necessario restituire certezze ai medici che operano nel sistema dell'emergenza sanitaria mediante l'inquadramento in ruolo stabile e con contratti di lavoro dipendente dei medici convenzionati che vi operano da anni, anche al fine di migliorare la qualità degli interventi e delle prestazioni sanitarie in emergenza-urgenza.

In mancanza di un intervento complessivo in materia, comprensivo di adeguati riconoscimenti economici e garanzie di carriera, di un'adeguata formazione degli operatori soccorritori e del miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari del soccorso preospedaliero e ospedaliero, assisteremo sempre più al progressivo abbandono del personale medico e infermieristico, con il rischio che il sistema dell'emergenza sanitaria, già indebolito, diventi sempre più scarso e inefficiente per fare fronte agli

eventi epidemici o catastrofici nonché inadeguato per le consuete e quotidiane attività di soccorso.

La presente proposta di legge, accogliendo anche le osservazioni e le proposte della Federazione italiana medicina di emergenza-urgenza e delle catastrofi e della gran parte delle maggiori società scientifiche e rappresentative dell'emergenza-urgenza, comprese quelle pediatriche, interviene per riformare il servizio sanitario di emergenza-urgenza, delineando un rinnovato modello dipartimentale integrato, rappresentato da un dipartimento monospécialistico, denominato dipartimento integrato di emergenza (DIE), per le attività territoriali preospedaliere e ospedaliere, con gestione unica del personale medico e infermieristico.

Da tale rinnovato modello organizzativo discende anche la necessità di definire le dotazioni organiche uniformi del personale medico del sistema territoriale del soccorso, perseguendo l'attuazione della catena delle responsabilità e la definizione di obiettivi di *budget* uniformi e specifici rispetto alla mansione. Occorre, inoltre, definire procedure omogenee per le centrali operative e i medici di appoggio alla centrale, già previste dal citato decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 e mai attuate in molte regioni italiane, per gli operatori tecnici e per la formazione degli operatori ai fini dell'intervista telefonica, nonché prevedere procedure standardizzate e la formazione ai fini della gestione delle maxiemergenze, realizzando il coordinamento e l'integrazione del servizio di elisoccorso con il « sistema 118 ».

Tale riassetto permetterebbe di assicurare, con una rotazione programmata, una maggiore efficienza e speditezza degli interventi di soccorso e una maggiore qualità delle prestazioni erogate, mediante un'azione coordinata e integrata dal punto di vista gestionale e dei processi clinici, assistenziali, organizzativi in ambito preospedaliere e intraospedaliere, con la previsione di dotazioni tecnologicamente avanzate di collegamento informatico, e un più razionale e corretto utilizzo delle risorse economiche.

Occorre, pertanto, ridefinire i due momenti del soccorso, preospedaliere e ospedaliere, con caratteristiche funzionali organizzative diverse ma ricondotti e integrati nel medesimo e unico dipartimento (DIE), prevedendo l'adozione di protocolli e procedure comuni, il rispetto di requisiti strutturali delle postazioni territoriali, anche in riferimento a una chiara classificazione delle unità mobili dei soccorsi, individuando compiti e finalità per consentire il miglioramento dell'efficacia e della sicurezza delle prestazioni di soccorso.

La gestione preospedaliere e ospedaliere, con particolare riferimento agli eventi caratterizzati da un elevato livello di criticità, come il codice rosso, deve essere affidata a *team* di soccorso costituiti da personale medico, infermieristico e ausiliario specificamente formato e stabilmente inquadrato contrattualmente nella dotazione organica del sistema, e non deve essere basata sul massiccio ricorso a personale volontario o a personale esterno in regime convenzionale come attualmente avviene.

A tale fine, la presente proposta di legge, all'articolo 1, definisce le finalità e l'oggetto dell'intervento legislativo che introduce un nuovo modello di servizio sanitario di emergenza-urgenza, denominato sistema nazionale integrato di emergenza sanitaria.

L'articolo 2 definisce, nelle varie articolazioni, la struttura e l'organizzazione del sistema nazionale integrato di emergenza sanitaria, costituito dal servizio preospedaliere di emergenza-urgenza e dal servizio ospedaliere di emergenza-urgenza, finalizzato ad assicurare la gestione delle emergenze e delle urgenze sanitarie nel territorio e negli ospedali, superando l'attuale dicotomia tra il sistema di emergenza preospedaliere, cosiddetto « sistema 118 », e le strutture di emergenza ospedaliere della medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

L'articolo 3 prevede l'istituzione del dipartimento integrato di emergenza (DIE) a valenza monospécialistica e ne definisce l'organizzazione e le funzioni. Esso comprende, sotto il profilo funzionale, le strutture dell'emergenza preospedaliere, composte dalla centrale operativa « 118 » e dai

mezzi di soccorso diversificati per complessità dell'equipaggio, e le strutture dell'emergenza ospedaliera, compresi il pronto soccorso, l'area di osservazione breve intensiva (OBI) e la medicina d'urgenza con l'area semintensiva.

Tale articolo rappresenta il fulcro della presente proposta di legge, in quanto definisce in modo dettagliato l'organizzazione del nuovo sistema e gli *standard* di riferimento per le aziende sanitarie del territorio nazionale; ciò permetterà di colmare i vuoti legislativi e interpretativi in materia e di superare le difformità diffuse e i divari nell'organizzazione del soccorso preospedaliero e ospedaliero tra le diverse regioni e tra le aziende sanitarie della medesima regione. Inoltre, l'articolo 3 stabilisce che, nell'ambito del DIE debba operare un'unica figura professionale, il medico unico dell'emergenza, che ruota tra le varie strutture in cui è articolato il DIE, prevedendo, altresì, l'afferenza dei vari DIE al dipartimento di emergenza regionale che permetterà una gestione del servizio secondo criteri di economicità ed efficienza, con carattere di uniformità e garanzia di qualità delle cure in tutto il territorio regionale.

L'articolo 4 disciplina il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza, che comprende la centrale operativa « 118 », i *team* di soccorso, le unità operative mobili e i punti di primo intervento, con l'indicazione di specifici criteri organizzativi e funzionali uniformi nel territorio nazionale e delle modalità di integrazione del servizio di elisoccorso in ambito regionale. La definizione delle tipologie di unità mobile di soccorso e di *team* di soccorso nelle diverse composizioni sono determinate dalle competenze del personale impiegato (mezzo di soccorso medicalizzato, mezzo di soccorso infermieristico e mezzo di soccorso di base).

L'articolo 5 disciplina il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza, anche in questo caso mediante l'indicazione di specifici criteri organizzativi e funzionali uniformi nel territorio nazionale per le strutture di pronto soccorso, di osservazione breve intensiva e di medicina d'urgenza che comprende la degenza breve e semintensiva.

L'articolo 6 reca disposizioni concernenti il personale medico e infermieristico del sistema nazionale integrato di emergenza sanitaria, volte a superare la presenza nel medesimo sistema di medici con differenti tipologie contrattuali e a favorire l'inquadramento del personale medico in ruoli con contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato. La contestuale presenza di medici titolari di contratti diversi, convenzionati e dipendenti, soprattutto nell'emergenza preospedaliera « 118 », e di medici titolari di contratto di lavoro dipendente, in maggior parte nelle strutture di pronto soccorso-osservazione breve intensiva, è una delle gravi debolezze dell'attuale organizzazione del sistema, insieme alla mancanza di *standard* organizzativi uniformi a livello nazionale. Per tali ragioni la disposizione mira al superamento delle dicotomie contrattuali per giungere a un organico unico, con un'unica tipologia contrattuale; in tale direzione, si prevede che i medici convenzionati i quali alla data di entrata in vigore della presente legge sono impiegati, in forza di contratto a tempo indeterminato, da almeno cinque anni, nel servizio di emergenza urgenza territoriale, siano inquadrati, a domanda e previo superamento di apposita prova di idoneità da svolgere anche secondo i criteri di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502, anche in considerazione della prevedibile insorgenza e ricorrenza di emergenze sanitarie e della necessità che il sistema sanitario regionale vi faccia fronte con personale sanitario dipendente, senza ricorrere a professionisti autonomi. Il problema della specializzazione, di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, si potrebbe risolvere sostituendo la stessa, come avviene in altri paesi dell'Unione europea, con l'esperienza acquisita sul campo, cosiddetto specialista di fatto, convalidando la stessa esperienza per un periodo corrispondente, almeno, alla durata della specializzazione. All'articolo 6 si prevede, inoltre, di riservare in via eccezionale e sperimentale ai medici convenzionati di emergenza territoriale l'accesso ai posti per la specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza rimasti va-

canti durante l'ultima tornata concorsuale, annullando la vigente incompatibilità tra la convenzione dei medici di medicina generale e l'iscrizione alla scuola di specializzazione e stabilendo il loro inquadramento contestuale nei ruoli della dirigenza medica a tempo indeterminato, con conservazione dell'anzianità di servizio maturata come medici convenzionati. Viene disposta una gestione unica del personale medico e infermieristico del dipartimento integrato di emergenza che integra le attività territoriali con quelle ospedaliere mediante il ricorso a norme di rotazione programmata che permettono non solo un contributo essenziale alla qualità delle prestazioni ma anche un più razionale e corretto utilizzo delle risorse, anche dal punto di vista economico. Le strutture di emergenza ospedaliere sono le aree di continuità delle attività e dei protocolli che i medici di emergenza applicano sul territorio sulla base dell'evidenza scientifica di efficacia e rappresentano l'unico luogo in cui i medici vengono continuamente formati e dove mantengono elevati livelli professionali.

L'articolo 7 interviene in materia di convenzioni per le attività di trasporto a cura delle organizzazioni di volontariato sanitario, prevedendo che le convenzioni per le attività di trasporto ad esse affidate devono

indicare i requisiti non soltanto dei mezzi di soccorso ma anche del personale, autisti e soccorritori, adibito alla rete dell'emergenza-urgenza. Tuttora, in molte realtà regionali il personale infermieristico impiegato soprattutto nel soccorso preospedaliero non è stabilmente inserito nell'organico del sistema di emergenza ma è fornito in convenzione da società o organizzazioni di volontariato con rapporti di lavoro non sempre «trasparenti». La definizione di rapporti anche con tali soggetti si pone l'obiettivo prioritario di ottimizzare le procedure di assegnazione delle aree di copertura dei mezzi di soccorso di base, così come previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, che, all'articolo 57, prevede l'affidamento in convenzione del soccorso e del trasporto di base alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale.

L'articolo 8 istituisce le figure professionali del personale soccorritore e dell'autista soccorritore e prevede la definizione di un percorso formativo specifico a livello nazionale con un livello minimo di formazione e la certificazione delle competenze necessarie per l'attività di soccorso.

L'articolo 9 reca, infine, le disposizioni di attuazione.

## PROPOSTA DI LEGGE

## Art. 1.

*(Finalità e oggetto)*

1. Al fine di dare attuazione agli articoli 3 e 32 della Costituzione, in conformità con i principi di cui all'articolo 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, e nel rispetto dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, la presente legge reca disposizioni in materia di riorganizzazione del servizio sanitario di emergenza-urgenza, di seguito denominato « sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria », per assicurare una gestione tempestiva, uniforme e appropriata delle emergenze e delle urgenze nel territorio nazionale e negli ospedali.

## Art. 2.

*(Sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria)*

1. Il sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria è costituito dai seguenti servizi:

*a*) servizio preospedaliero di emergenza-urgenza, di cui all'articolo 4, composto dalla centrale operativa « 118 » istituita nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), dalle unità operative mobili e dai *team* di soccorso collocati nelle postazioni di emergenza « 118 »;

*b*) servizio ospedaliero di emergenza-urgenza, di cui all'articolo 5, composto dal pronto soccorso, dall'osservazione breve intensiva e dalla medicina d'urgenza con area di degenza breve e semintensiva.

2. Il sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria assicura l'erogazione di prestazioni di soccorso appropriate e integrate, secondo criteri di efficienza organizzativa e di efficacia dei ri-

sultati, e garantisce lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) individuazione da parte della centrale operativa « 118 » del numero e della tipologia di mezzi di soccorso adeguati da inviare nel luogo dell'intervento e la corretta effettuazione del *triage* ospedaliero secondo i criteri di classificazione vigenti;

b) presa in carico tempestiva e gestione efficace degli interventi di soccorso caratterizzati da un alto livello di criticità nelle strutture del servizio ospedaliero di emergenza-urgenza da parte del *team* composto da personale medico, infermieristico e ausiliario specificamente formato e stabilmente inquadrato nell'organico del servizio nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria;

c) coordinamento e controllo di qualità effettuato dalla centrale operativa « 118 », organizzato a livello territoriale secondo criteri di approccio integrato con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza, al fine di valorizzare il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari nella gestione in sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate nelle varie aree di competenza e nelle diverse fasi dell'intervento di soccorso;

d) adozione di protocolli e di procedure comuni per l'organizzazione e la gestione del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza da parte del competente dipartimento integrato di emergenza (DIE), istituito ai sensi dell'articolo 3 della presente legge.

### Art. 3.

*(Istituzione del dipartimento integrato di emergenza)*

1. Per la gestione del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza è istituito il dipartimento integrato di emergenza (DIE).

2. Il DIE rappresenta l'aggregazione funzionale di più strutture, semplici o complesse, e ha il compito di coordinare gli interventi di emergenza-urgenza sanitaria adottando percorsi clinici, assistenziali, or-



ganizzativi e gestionali integrati nell'ambito del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, allo scopo di assicurare una gestione tempestiva e appropriata delle emergenze e delle urgenze sanitarie.

3. Il DIE aggrega le strutture del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza ed esercita le funzioni di competenza nelle aree provinciali, interprovinciali, di area vasta o di area metropolitana in cui sono situati i presìdi ospedalieri gerarchicamente organizzati nel modello delle reti cliniche tempo-dipendenti «*hub-spoke*».

4. Nelle aree provinciali in cui, in ragione dell'estensione del territorio o del numero complessivo di abitanti, siano presenti più aziende sanitarie, le medesime aziende sanitarie possono istituire un DIE interaziendale.

5. Il DIE si avvale di infrastrutture avanzate di collegamento informatico per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività, condividendo le attività di formazione, di aggiornamento professionale e di addestramento sui percorsi assistenziali del paziente.

6. Nell'ambito del DIE opera la figura professionale del medico unico di emergenza, sulla base di percorsi clinico-assistenziali condivisi e di criteri di rotazione programmata dei professionisti sanitari operanti nelle diverse articolazioni del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza.

7. Ai sensi dell'articolo 17-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il direttore del DIE è individuato tra i direttori delle unità operative complesse che compongono il DIE medesimo ed è nominato a rotazione ogni tre anni. Il direttore del DIE è componente di diritto, senza oneri aggiuntivi, del dipartimento di emergenza regionale, di cui al comma 8.

8. Il DIE afferisce al dipartimento di emergenza regionale che garantisce una visione unitaria, coordinata e integrata nell'intero territorio regionale dei processi e dei percorsi clinici, assistenziali, organizzativi e gestionali da assicurare ai cittadini in ambito preospedaliero e ospedaliero in caso di emergenza-urgenza sanitaria.

## Art. 4.

*(Struttura e funzioni del servizio preospedaliero di emergenza-urgenza)*

1. Il servizio preospedaliero di emergenza-urgenza garantisce interventi sanitari tempestivi di valutazione, diagnosi, trattamento e stabilizzazione del paziente e ne assicura il trasporto in condizioni di sicurezza fino al presidio più idoneo della rete ospedaliera di riferimento, assicurando un livello assistenziale appropriato all'intervento di soccorso.

2. Il servizio preospedaliero di emergenza-urgenza è organizzato nelle seguenti strutture:

a) centrale operativa « 118 »;

b) struttura di emergenza, costituita dalle postazioni di emergenza « 118 », dalla rete delle unità operative mobili e dei relativi *team* di soccorso e dai punti di primo intervento.

3. La centrale operativa « 118 » è una struttura a dimensione provinciale o interprovinciale, dotata di un accesso unico ai numeri di emergenza « 118 » e « 112 » nel territorio nazionale, che gestisce con risposta immediata i collegamenti di allarme sanitario, le attività cliniche e i percorsi assistenziali del sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria nell'arco delle ventiquattro ore. Alla direzione della centrale operativa « 118 » è posto un direttore di struttura complessa appartenente alla disciplina « medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza », che è nominato, nel caso di medici provenienti dalla convenzione con il Servizio sanitario nazionale, anche sulla base della valutazione dei titoli. Ai fini dell'espletamento dei compiti di natura tecnico-organizzativa la centrale operativa « 118 » è dotata di infrastrutture informatiche e di comunicazione adeguate.

4. Il personale della centrale operativa « 118 » svolge le seguenti funzioni:

a) ricezione e valutazione delle richieste di soccorso, attivazione e supervisione, in tempo reale, dell'intervento di soccorso,

nonché dettatura telefonica ai richiedenti delle istruzioni in materia di manovre salvavita, prima dell'arrivo del *team* di soccorso nel luogo dell'intervento;

*b)* gestione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice di intervento sulla base della gravità e dell'urgenza del caso, e invio del mezzo più idoneo e guida del *team* di soccorso fino al luogo dell'intervento;

*c)* individuazione tempestiva del mezzo per il trasporto del paziente al presidio ritenuto più idoneo e compatibile con il trattamento preospedaliero;

*d)* gestione dei trasporti urgenti, anche in continuità di soccorso, e coordinamento, con eventuali risorse aggiuntive, dei trasporti programmati intraospedalieri e interospedalieri;

*f)* collegamento in rete con le centrali operative degli altri settori dell'emergenza, quali vigili del fuoco, protezione civile e forze dell'ordine;

*g)* organizzazione degli interventi di soccorso nel rispetto dei « Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi » adottati con decreto del Ministro dell'interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 81 del 6 aprile 2001.

4. La struttura di emergenza, di cui al comma 2, lettera *b)*, comprende le postazioni di sosta e di partenza dei mezzi di soccorso, i mezzi di soccorso e il personale di equipaggio adeguatamente formato e garantisce l'efficacia dell'intervento di soccorso mediante una rete organizzativa di primo e di secondo livello. Gli interventi di soccorso sanitario sono effettuati mediante mezzi di soccorso, terrestri e aerei, di base (*basic life support defibrillation*) con personale soccorritore esperto, intermedio (*intermediate life support*) con personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale e avanzato (*advanced life support*) con personale medico di emergenza e infermieristico del Servizio sanitario nazionale, in base alla classe di rischio e alle indicazioni stabilite nelle procedure e nei protocolli

adottati dalla centrale operativa « 118 ». L'organizzazione dell'attività di soccorso e di trasporto comprende, inoltre, le postazioni territoriali di emergenza « 118 », le unità operative mobili e i punti di primo intervento.

5. Le postazioni territoriali di emergenza « 118 » sono la sede, mobile o fissa, di sosta o di partenza di una o più unità operative mobili destinate alle attività di soccorso. Esse sono dotate di presidi e di attrezzature sanitarie, sono dislocate nel territorio in relazione alla densità della popolazione, alla tipologia e all'estensione delle aree geografiche e sono organizzate in aree con più postazioni territoriali sotto la direzione di un dirigente medico.

6. I requisiti strutturali e ambientali delle postazioni territoriali di emergenza « 118 » devono essere conformi ai seguenti criteri:

*a)* in ciascuna postazione devono essere presenti spazi adeguati per la sosta del personale in attesa di svolgere il servizio di soccorso, un locale per la biancheria, un locale da adibire a magazzino e a farmacia, uno spazio per il lavaggio esterno e la pulizia interna degli automezzi e la sanificazione, nonché i servizi igienici dotati di doccia;

*b)* i mezzi di soccorso devono sostare in luoghi dedicati e facilmente collegati con la viabilità ordinaria; nelle zone altimetriche 1 e 3, rientranti nelle comunità montane, i luoghi di sosta devono essere chiusi, coperti e dotati di sistema di riscaldamento interno a veicolo fermo.

7. Le postazioni territoriali di emergenza « 118 » garantiscono le attività di soccorso primario e provvedono al personale medico-infermieristico e tecnico-sanitario, comprensivo dei soccorritori volontari, eseguendo gli interventi di soccorso in emergenza-urgenza secondo i seguenti criteri e tempi di risposta:

*a)* 8 minuti in territorio urbano;

*b)* 20 minuti in territorio extra-urbano o, in casi eccezionali, comunque nei tempi minimi consentiti in base alla tipologia di territorio urbano ed extra-urbano;

c) le attività di trasporto secondario assistito sono garantite da personale e mezzi dedicati, avvalendosi di sistemi telematici di valutazione e di monitoraggio del paziente da parte del medico della centrale operativa « 118 »;

d) non possono essere effettuate contestualmente attività di emergenza preospedaliera e ospedaliera da parte del personale medico e infermieristico;

e) le postazioni dipendono funzionalmente dalla centrale operativa di riferimento e gestiscono gli interventi di soccorso assegnati dalla centrale operativa « 118 » di competenza.

8. Le unità operative mobili sono distinte nelle seguenti tipologie:

a) unità operativa mobile automedica, dotata di un medico di emergenza e un infermiere di emergenza a bordo, ai sensi del decreto direttoriale del Ministero dei trasporti 5 novembre 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 268 del 15 novembre 1996, e con la presenza di personale di supporto adeguatamente formato in emergenza, con funzione di autista soccorritore, ai sensi dell'articolo 8 della presente legge, al fine di consentire un rapido intervento e trattamento medico in collegamento a rete con le altre unità mobili di soccorso. Il mezzo di soccorso con automedica contempla una rete di ambulanze, con tempi di intervento rispondenti ai tempi previsti dalla normativa vigente, con personale in grado di effettuare la defibrillazione precoce e le manovre di primo soccorso, e una rete di mezzi agili, automediche, a servizio di un numero più ampio di ambulanze, anche attraverso l'impiego di modalità di *rendez-vous* e di trasporti secondari urgenti e programmati;

b) unità operativa mobile ambulanza medicalizzata, quale ambulanza di soccorso medico, dotata di strumentazioni e presidi a bordo e di personale sanitario composto da un medico, un infermiere, un autista soccorritore e un ulteriore soccorritore adeguatamente formati in emergenza, ai sensi dell'articolo 8 della presente

legge, che garantisce il monitoraggio dei parametri vitali, il trattamento e il trasporto del paziente;

c) unità operativa mobile ambulanza infermieristica, quale ambulanza di soccorso infermieristica, dotata di strumenti e presidi a bordo e di personale sanitario composto da un infermiere, un autista soccorritore e un ulteriore soccorritore debitamente formati in emergenza, ai sensi dell'articolo 8 della presente legge, che prevede al trasporto del paziente e al monitoraggio degli atti sanitari stabiliti con protocolli della centrale operativa « 118 »;

d) unità operativa mobile ambulanza con soccorritore, quale ambulanza attrezzata di base, dotata di un autista soccorritore e di due ulteriori soccorritori debitamente formati in emergenza, ai sensi dell'articolo 8 della presente legge, che garantisce il monitoraggio del paziente;

e) unità operativa mobile ad ala rotante (*helicopter emergency medical system* – HEMS e *helicopter search and rescue* – HSAR), quale mezzo di soccorso con elicottero attrezzato per il trasporto aereo, per il trattamento avanzato e per il monitoraggio dei pazienti, con presenza a bordo di un medico specializzato in emergenza o di un medico di emergenza di comprovata esperienza, di un infermiere con comprovata conoscenza delle tecniche di rianimazione avanzata e di supporto delle funzioni vitali, oltre a personale tecnico costituito da un pilota-comandante a bordo e da un tecnico con funzioni di specialista verricellista. Il servizio di elisoccorso garantisce la medicalizzazione in un'area territoriale circostanziata, in cui non sia possibile raggiungere con altri mezzi il paziente, con un tempo di volo previsto non superiore, preferibilmente, ai venti minuti; le attività di elisoccorso sono concordate tra la centrale operativa che gestisce la base e le centrali operative territoriali, secondo modalità e *standard* condivisi e definiti a livello regionale;

f) unità operativa mobile per il soccorso in acqua – idroambulanza, quale mezzo di soccorso in acqua per il trasporto

da postazioni insulari al presidio ospedaliero su terraferma, in collaborazione con la Marina militare e la Capitaneria di Porto-Guardia costiera, il cui equipaggio è costituito dal comandante, da un infermiere e da un dirigente medico di emergenza della postazione, con dotazione di risorse tecnologiche adeguate alle necessità specifiche richieste dalla navigazione.

9. Il numero di mezzi di soccorso del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza, comprensivo dei mezzi che prevedono la presenza di medico, infermiere e soccorritori, o di infermiere e soccorritori o di soli soccorritori è stabilito dalla programmazione regionale sulla base dei tempi di percorrenza e sulla base delle specificità orografiche dei territori interessati. È prevista una postazione mobile di soccorso avanzato con a bordo un medico e un infermiere ogni 60.000 abitanti nelle aree urbane, ogni 100.000 abitanti nelle aree metropolitane, ogni 350 chilometri quadrati nelle aree extraurbane e ogni 700 chilometri quadrati nelle aree rurali-montane, tenendo conto del correttivo orografico e della viabilità stradale.

10. I punti di primo intervento sono realizzati nel rispetto delle normative nazionali e regionali in materia di soccorso sanitario di emergenza-urgenza, sulla base di una valutazione che tiene conto delle aree a bassa e media intensità di popolazione nelle quali il pronto soccorso di riferimento sia difficilmente raggiungibile; i punti di primo intervento possono coincidere con la postazione di emergenza preospedaliera presente in una struttura ospedaliera e garantiscono negli orari di operatività, variabile da dodici a ventiquattro ore, la presenza di personale medico e infermieristico dedicato, appartenente al sistema preospedaliero di emergenza-urgenza o all'unità operativa complessa del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza del DIE di riferimento.

#### Art. 5.

*(Struttura e funzioni del servizio ospedaliero di emergenza-urgenza)*

1. Il servizio ospedaliero di emergenza-urgenza deve garantire risposte immediate

e appropriate nella fase di accoglienza e di presa in carico del paziente, in relazione al quadro clinico di presentazione e alla tipologia, nel rispetto delle disposizioni previste dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, che regola, in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

2. Il servizio ospedaliero di emergenza-urgenza è organizzato nelle seguenti strutture organizzative:

*a)* pronto soccorso e osservazione breve intensiva;

*b)* medicina di emergenza con area a media intensità di cure, con degenza inferiore a settantadue ore, e area semintensiva.

3. Il pronto soccorso, generale o pediatrico, è la struttura dell'emergenza-urgenza designata per gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e per gli interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strutturali d'urgenza, al fine di garantire il trasferimento in continuità di soccorso all'ospedale di riferimento *hub* (reti per infarto miocardico acuto, *ictus*, traumi maggiori). Il pronto soccorso è ubicato in un ospedale di zona della rete ospedaliera ed è composto da personale medico appartenente alla struttura di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza ed è dotato di postazioni di osservazione breve intensiva. Il presidio ospedaliero in cui ha sede il pronto soccorso deve assicurare nell'arco delle ventiquattro ore i seguenti servizi sanitari:

*a)* attività di chirurgia generale;

*b)* attività di medicina interna;

*c)* attività di diagnostica di laboratorio;

*d)* attività di diagnostica per immagini;

*e)* attività di rianimazione;

*f)* attività trasfusionale;

*g)* assistenza farmaceutica.



3. L'osservazione breve intensiva è caratterizzata da percorsi clinico-assistenziali per la gestione di problemi clinici in urgenza entro trentasei ore senza ricorso al ricovero ordinario, attraverso valutazioni clinico-strumentali intensive, nei casi in cui i pazienti non possano trovare un esito di dimissione o di ricovero nell'arco delle prime quattro-sei ore dal loro arrivo nel pronto soccorso e che necessitano di un periodo più lungo e intensivo di osservazione per il raggiungimento della massima appropriatezza nei ricoveri e nelle dimissioni. Tale area deve essere collocata in uno spazio attiguo all'area di pronto soccorso, cui è funzionalmente collegata.

4. L'osservazione breve intensiva è dotata di una postazione ogni 4.000-6.000 accessi, alcuni dei quali monitorizzabili. Il paziente può rimanere in regime di osservazione, senza regime di classificazione (raggruppamento omogeneo di diagnosi-DRG), fino a un massimo di trentasei ore. L'attività di osservazione si svolge separatamente da quella del pronto soccorso per le attività di pediatria, di psichiatria e di ostetricia. Per i pazienti pediatrici nei pronto soccorso generali, in ospedali privi di pronto soccorso pediatrico o di unità operative di pediatria sono previsti locali di degenza specifici e adeguatamente attrezzati. L'osservazione breve intensiva deve garantire la presenza di un infermiere e di un operatore socio-sanitario ogni otto-dieci posti letto.

5. L'osservazione breve intensiva assicura le seguenti prestazioni:

*a)* osservazione longitudinale clinico-strumentale;

*b)* approfondimento diagnostico;

*c)* completamento e verifica di efficacia della terapia d'urgenza, consistente in un unico preminente problema clinico;

*d)* attivazione di percorsi clinico-terapeutici specifici validati dalla direzione di presidio.

6. La medicina d'urgenza con area di degenza breve e semintensiva è preposta alla gestione di pazienti provenienti dal

pronto soccorso instabili (area rossa – emergenza) o a elevato rischio di instabilità (area arancione o gialla – urgenza indifferibile) i quali necessitano di un periodo prolungato di stabilizzazione prima del trasferimento nel reparto appropriato a tempo definito, entro le settantadue ore. Sono esclusi da tale area i pazienti che necessitano di ventilazione meccanica invasiva o di monitoraggio emodinamico invasivo. Il numero dei posti letto, pari a quattro ogni cento posti letto dell'ospedale, comprende almeno il 30 per cento dei letti monitorizzati, con un rapporto di un infermiere ogni quattro pazienti e la presenza costante di un medico. Le unità operative complesse del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sono inserite nei dipartimenti di emergenza e accettazione di primo o di secondo livello della rete ospedaliera *hub-spoke*.

#### Art. 6.

*(Personale del sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria)*

1. Allo scopo di definire organici unici dedicati all'emergenza, il sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria è composto da personale medico e infermieristico, assunto con contratto a tempo indeterminato e inserito nella dotazione organica, dedicato al servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza.

2. I medici operanti nel sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza sanitaria afferiscono alla disciplina « medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza » all'esito di apposite procedure concorsuali.

3. Il personale medico dell'emergenza attualmente in servizio con contratto di convenzione dei medici di medicina generale a tempo indeterminato che ha svolto attività di emergenza-urgenza per il Servizio sanitario nazionale per almeno cinque anni, anche non consecutivi, verificati dalle istituzioni competenti e in possesso dell'idoneità all'emergenza, è inquadrato, su domanda e all'esito di apposita procedura concorsuale, nel ruolo della dirigenza medica nella disciplina « medicina e chirurgia

d'accettazione e d'urgenza ». Al personale di cui al primo periodo sono garantite l'applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro vigente e la conservazione dell'anzianità maturata nel servizio prestato in regime convenzionale.

4. In via eccezionale e sperimentale, nei due anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, l'accesso alla scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza è riservato, in sovrannumero, ai medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale titolari di incarico a tempo indeterminato che non abbiano maturato cinque anni di anzianità di servizio alla medesima data, in deroga al divieto di contemporanea iscrizione e frequenza a corsi di formazione specifica in medicina generale e alle scuole di specializzazione universitaria di area sanitaria, di cui all'articolo 19, comma 12, della legge 28 dicembre 2001, n. 448. Ai medici di cui al primo periodo è altresì riservato l'accesso alla scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza per i posti rimasti vacanti all'esito della procedura concorsuale per l'anno 2021. I medici di cui al primo periodo che accedono alla scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza e continuano a prestare il servizio in regime convenzionale sono inquadrati nel ruolo della dirigenza medica nella disciplina « medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza », con contratto a tempo indeterminato, su domanda e all'esito di procedura concorsuale, con conservazione dell'anzianità maturata nel servizio prestato in regime convenzionale.

5. Ai medici inquadrati nei ruoli della dirigenza medica ai sensi delle disposizioni di cui ai commi 3 e 4 sono riconosciute la qualifica di dirigente medico nella disciplina « medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza », prevista dalle tabelle A e B, area medica e delle specialità mediche, n. 13, relative alle discipline equipollenti annesse al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 14 del 14 febbraio 1998, e l'anzianità di servizio maturata in regime convenzionale, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo

2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 103 del 5 maggio 2001, in materia di valutazione del servizio prestato ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria.

6. Le strutture afferenti al servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, mediante stipulazione di convenzione con le università, costituiscono centro di formazione per i laureandi in medicina e chirurgia e in scienze infermieristiche e per gli specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza, nonché centro di formazione per i tirocinanti in medicina generale.

7. Le centrali operative « 118 » garantiscono la presenza continua del medico di centrale specializzato in medicina d'emergenza-urgenza o con esperienza nell'ambito del servizio preospedaliero e intraospedaliero di emergenza-urgenza. I medici assegnati alle centrali operative « 118 » svolgono, oltre alle ordinarie attività mediche, compiti specifici di coordinamento e di supervisione delle attività delle medesime centrali nonché attività di verifica, in tempo reale, della qualità dei servizi erogati, delle cure prestate e della formazione professionale del personale assegnato, in conformità con gli indirizzi e le direttive del direttore della centrale operativa. Il medico assegnato alla centrale operativa « 118 » svolge, senza limitazioni, attività a rotazione tra le varie articolazioni delle strutture di emergenza. Gli operatori delle centrali operative « 118 » svolgono la propria attività, a rotazione, anche nelle postazioni territoriali di emergenza « 118 », fisse o mobili, al fine di mantenere aggiornate le proprie competenze assistenziali. Alla centrale operativa « 118 » deve essere assegnato personale del ruolo amministrativo e del ruolo tecnico, addetto alla gestione e alla manutenzione dei sistemi di comunicazione.

8. Il personale infermieristico che opera nel DIE deve essere in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza e urgenza, acquisita mediante specifica formazione post-laurea, e accede al servizio preospedaliero di emergenza-urgenza, previa maturazione di esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni,

nel servizio ospedaliero di emergenza-urgenza. Il personale infermieristico di cui al primo periodo è assunto con procedure concorsuali pubbliche.

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

10. Il personale infermieristico che opera nelle centrali operative « 118 » è in possesso di una buona conoscenza dello specifico sistema di soccorso in cui opera e della rete ospedaliera di riferimento e deve avere maturato una esperienza lavorativa sui mezzi di soccorso e nel servizio ospedaliero di emergenza-urgenza.

11. Il servizio preospedaliero di emergenza-urgenza si avvale, per i mezzi mobili di soccorso, anche di personale non sanitario formato per le funzioni di autista soccorritore, di cui all'articolo 8 della presente legge, e per tali funzioni possono essere stipulate apposite convenzioni, ai sensi dell'articolo 7 della presente legge, con le organizzazioni di volontariato che possono svolgere la propria attività nelle centrali operative « 118 », con ruoli tecnici, e a bordo delle ambulanze o delle automediche, con ruolo di primi rispondenti soccorritori (cosiddetti, *first responder*) o di assistenza al trasporto, guidata e coordinata dai professionisti sanitari della centrale operativa « 118 ». Il servizio preospedaliero di emergenza-urgenza deve integrarsi con il servizio di elisoccorso della regione di riferimento.

12. Il personale medico del DIE svolge le proprie funzioni nelle diverse articolazioni del dipartimento, ripartendo l'orario di servizio tra le attività nella centrale operativa « 118 », sui mezzi di soccorso, nei punti di

pronto intervento e nelle strutture ospedaliere. Il personale medico dedicato all'attività di soccorso preospedaliero o ospedaliero può essere stabilmente, o alternativamente, assegnato, su domanda, allo svolgimento di funzioni interne o esterne ai presidi ospedalieri e per profili definiti con prescrizione dal medico competente.

13. Il personale medico, infermieristico e ausiliario del sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza presta il proprio servizio, giuridicamente e funzionalmente, alle dipendenze del servizio preospedaliero di emergenza-urgenza e del servizio ospedaliero di emergenza-urgenza e i contratti di lavoro concernenti tale personale sono stipulati dalle aziende sanitarie locali competenti per territorio con le modalità previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

14. Al personale che opera nel sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza in considerazione della specificità del lavoro e della continuità assistenziale garantita, sono riconosciute specifiche indennità di rischio ambientale, lavorativo, nucleare, biologico, chimico e radiologico, da definire a livello nazionale prevedendo un adeguato corrispettivo economico.

15. Il sistema integrato nazionale di emergenza-urgenza garantisce al personale impegnato nell'attività di emergenza un adeguato sostegno psicologico al fine di ridurre lo *stress* specifico e prevenire i disagi psicofisici derivanti dall'attività professionale di assistenza.

16. Il servizio preospedaliero di emergenza-urgenza, in conformità con l'articolo 37-*sexies* del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, si avvale della collaborazione del personale tecnico del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico per lo svolgimento delle attività di soccorso che necessitano di specifiche competenze tecnico-operative.

17. Al fine di garantire l'uniformità della formazione continua del personale del servizio preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce i criteri minimi specifici per ciascun profilo professionale, ferma restando la facoltà delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano di prevedere ulteriori requisiti rispondenti alle esigenze dei rispettivi territori di competenza, nel rispetto dei criteri minimi individuati a livello nazionale.

Art. 7.

*(Convenzioni con enti del Terzo settore)*

1. Nell'ambito del sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza, ai sensi dell'articolo 57 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, l'attività di trasporto sanitario di emergenza e urgenza può essere oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato sanitario. Le convenzioni di cui al primo periodo prevedono i requisiti dei mezzi di soccorso, degli autisti e dei soccorritori da adibire all'attività di emergenza-urgenza.

Art. 8.

*(Personale soccorritore e autista soccorritore)*

1. Il soccorritore e l'autista soccorritore svolgono l'attività di soccorso nelle unità operative mobili, di base e avanzate, di cui all'articolo 4, del servizio preospedaliero di emergenza-urgenza, in collaborazione con il personale sanitario e in collegamento funzionale con la centrale operativa « 118 » di riferimento. Il soccorritore e l'autista soccorritore possono svolgere la propria attività in qualità di lavoratori dipendenti di aziende sanitarie o di organizzazioni di volontariato e di associazioni di promozione sociale o a titolo volontario.

2. Il soccorritore è un operatore in possesso di un attestato di qualifica rilasciato al termine di uno specifico percorso di formazione, che svolge attività di soccorso

di base nel servizio preospedaliero di emergenza-urgenza.

3. L'autista soccorritore è un operatore in possesso di un attestato di abilitazione alla guida dei mezzi di soccorso che svolge attività di conduzione delle unità operative mobili, di base e avanzate, di cui all'articolo 4, di trasporto sanitario e di supporto tecnico-logistico, finalizzata alla gestione dei mezzi, delle attrezzature e delle postazioni di soccorso, nonché di esecuzione di manovre di soccorso di base in collaborazione con il personale sanitario nelle diverse fasi dell'intervento di soccorso.

4. Il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce i percorsi formativi e i requisiti necessari per lo svolgimento delle attività di soccorritore e di autista soccorritore.

#### Art. 9.

##### *(Disposizioni di attuazione)*

1. Il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, definisce le modalità di attuazione della presente legge e adotta specifiche linee di indirizzo per la riorganizzazione dei pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza e accettazione presenti nel territorio nazionale, in coerenza con il modello organizzativo del sistema nazionale integrato di emergenza-urgenza.

