



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 2231

Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

18/12/2022 - 06:13

Indice

1. DDL S. 2231 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 2231	5
1.3. Trattazione in Commissione	17
1.3.1. Sedute	18
1.3.2. Resoconti sommari	19
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	20
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 248 (ant.) del 28/07/2021	21
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 206 (ant.) del 03/08/2021	27
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 251 (ant.) del 05/08/2021	28
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 211 (ant.) del 09/09/2021	33
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 1 (ant.) del 16/09/2021	34
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021	35
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 292 (pom.) dell'08/03/2022	36

1. DDL S. 2231 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 2231
XVIII Legislatura

Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

Iter

8 marzo 2022: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.2231

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[Paola Boldrini](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **18 maggio 2021**; annunciato nella seduta n. 327 del 18 maggio 2021.

Classificazione TESEO

PRONTO SOCCORSO , ASSISTENZA OSPEDALIERA

Articoli

EPIDEMIE (Art.1), REGIONI (Artt.2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12), PROVINCE AUTONOME (Artt.2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12), PROVINCIA DI TRENTO (Artt.2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12), PROVINCIA DI BOLZANO (Artt.2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12), ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) (Art.2), ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE (Art.2), MEZZI DI SOCCORSO (Artt.3, 4, 8), TERRITORIO DELLE REGIONI (Art.3), PERSONALE SANITARIO (Artt.4, 6), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.4, 6, 7, 10, 11, 13), VIGILANZA (Artt.4, 5, 11), RICOVERI OSPEDALIERI (Art.4), TUTELA DELLA SALUTE (Art.4), EGUAGLIANZA (Art.4), ASSISTENZA SANITARIA (Artt.5, 10), ISTITUZIONE DI ENTI (Art.5), MINISTERO DELL' INTERNO (Art.5), CENTRALINISTI (Art.5), DIAGNOSI (Art.5), RETI DI COMUNICAZIONE E TRASMISSIONE (Art.5), TELEMATICA (Art.5), LAVORO A DISTANZA O TELELAVORO (Art.5), FORMAZIONE PROFESSIONALE (Art.6), CORSI DI AGGIORNAMENTO (Artt.6, 7), MEDICI (Art.6), CONCORSI PUBBLICI (Art.6), INFERMIERI (Art.6), AUTISTI (Art.6), DECRETI MINISTERIALI (Artt.6, 7, 10, 11, 13), CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO DEL CAI (Art.6), VOLONTARIATO (Art.8), CURE MEDICHE E CHIRURGICHE (Art.9), INFORMATICA (Art.10), EDILIZIA OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE (Art.10), VALUTAZIONE E CLASSIFICAZIONE (Art.11), SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (Art.12)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Gaspere Antonio Marinello](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 28 luglio 2021) .

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 22 luglio 2021.

Annuncio nella seduta n. 350 del 22 luglio 2021.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 2^a (Giustizia), 5^a (Bilancio), 7^a (Pubbl. istruzione), 8^a (Lavori pubblici), 11^a (Lavoro), 14^a (Unione europea), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 2231

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 2231

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice **BOLDRINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 MAGGIO 2021

Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

Onorevoli Senatori. - A partire dal 1992, anno istitutivo del Servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica (SSUEM), attivo in Italia e che risponde al numero telefonico 118, l'emergenza preospedaliera è stata interessata da notevoli trasformazioni che richiedono oggi una revisione critica del Sistema di emergenza territoriale (SET) 118.

Da un lato l'evoluzione della tecnologia di telecomunicazione e il miglioramento della rete dati per la trasmissione di informazioni e immagini ha consentito di superare l'organizzazione su base provinciale delle centrali operative del 118 con la conseguente realizzazione di strutture con competenza sovraprovinciale o regionale, dall'altro la nascita del Servizio del numero unico di emergenza « NUE 112 » ha consentito la gestione di tutte le richieste di soccorso e l'invio delle stesse alle sale operative di secondo livello (emergenza sanitaria, pubblica sicurezza e soccorso tecnico) con relativa geolocalizzazione del chiamante e con una serie di ulteriori servizi indispensabili per avviare una conseguente progressiva riorganizzazione delle nuove sale operative del SET 118, con un corrispondente incremento della sua efficienza. A tutto questo va aggiunta l'evoluzione della professionalità infermieristica (che ha consentito l'attivazione dei mezzi di soccorso avanzato con infermiere), la possibilità di definire rapporti con i soggetti sussidiari, così come previsto dalla normativa del Terzo settore, nonché l'implementazione di numerose iniziative legate alla cultura del soccorso e dedicate a tutti i cittadini, a iniziare da quelle sulla defibrillazione precoce.

In questo quadro, è evidente che il sistema di emergenza preospedaliera in Italia necessita oggi di un importante intervento normativo che consenta il superamento di modelli organizzativi frammentati e diffusi che rispondono a logiche aziendali o provinciali in favore della nascita di un sistema di soccorso sanitario basato su una profonda revisione organizzativa e tecnologica delle sale operative del SET 118, in modo da garantire l'omogeneità e una migliore qualità del servizio.

Non a caso, il dibattito che si è recentemente riaperto sull'organizzazione del SET 118, che ha coinvolto società scientifiche e sindacati dei medici e del comparto, converge sulla comune valutazione di quanto sia improcrastinabile condurre una profonda revisione e un processo di rinnovamento del sistema. Ma un intervento riorganizzativo sul SET 118 deve tenere presente da un lato la complessità gestionale, la delicatezza dei compiti affidati a tale servizio, la necessità di salvaguardare e attualizzare gli organici dedicati all'emergenza territoriale dal punto di vista della sicurezza, della formazione, della tutela contrattuale e, dall'altro, l'esigenza di dare piena valorizzazione alle diverse professionalità sanitarie e non sanitarie: medici, infermieri, tecnici, soccorritori, autisti soccorritori.

In particolare, appare essenziale l'integrazione del SET 118 con il sistema ospedaliero di emergenza attraverso la definizione delle professionalità indispensabili per assicurare la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura e la gestione coordinata delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte. Oggi, una gestione parcellizzata e frammentata non trova corrispondenza

nell'organizzazione di reti integrate dell'emergenza preospedaliera e ospedaliera in atto da decenni nel nostro Paese.

Non va dimenticato, peraltro, quanto anche la drammatica esperienza della pandemia da COVID-19 abbia dimostrato come le peculiarità organizzative, gestionali e tecnologiche del sistema siano state fondamentali per far fronte a un'emergenza senza precedenti. Ma soprattutto ha messo in evidenza come non sia più differibile un'analisi delle esperienze regionali, volta a evidenziare non solo le *best practices* ma anche la necessità di un minimo comune denominatore organizzativo e gestionale del sistema italiano dell'emergenza e urgenza preospedaliera, capace di dare risposte omogenee e di qualità a tutti i cittadini italiani.

In questo senso appare essenziale la definizione degli indicatori della qualità del sistema preospedaliero e ospedaliero al fine di effettuare un monitoraggio da parte del Ministero della salute sulla base dei dati forniti dalle regioni, con l'obiettivo di valutare, nell'ambito della salvaguardia dei LEA, l'efficacia dei modelli organizzativi e dei percorsi integrati di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera nel loro complesso.

Il presente disegno di legge raccoglie e definisce tutte queste istanze e necessità di riforma del sistema, delineando le motivazioni e i contenuti del processo di riorganizzazione dell'emergenza e urgenza preospedaliera. I criteri di base sono quelli di efficacia, efficienza e integrazione, nel rispetto del corretto impiego delle risorse e dei principi di equità, di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale e di personalizzazione e umanizzazione delle cure.

Questi criteri e principi stanno alla base degli obiettivi che il disegno di legge si propone:

- il superamento della attuale disomogeneità operativa, organizzativa e gestionale del SET 118;
- l'integrazione delle sale operative dell'emergenza e urgenza con il Servizio NUE 112, con l'emergenza ospedaliera e in particolare con il Dipartimento d'emergenza e accettazione (DEA), di cui l'emergenza preospedaliera deve essere parte integrante, con le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e con le altre centrali operative dell'emergenza (Vigili del fuoco, Carabinieri, Polizia di Stato);
- l'integrazione tra soccorso su gomma ed elisoccorso a livello interregionale;
- l'innovazione tecnologica del sistema di emergenza e urgenza sia per la gestione del soccorso che per il trattamento dei pazienti;
- la valorizzazione di tutte le figure professionali operanti nel sistema di emergenza e urgenza, la standardizzazione dei criteri di reclutamento e dei livelli formativi, anche attraverso l'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area sanità e prevedendo che i medici dell'emergenza territoriale possano passare alle dipendenze del servizio sanitario regionale e accedere alle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza (MCAU) e anestesia e rianimazione con oneri a carico delle regioni;
- l'istituzione, per consentire l'attuazione di un servizio uniforme del NUE 112, dell'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno, quale struttura di supporto e coordinamento;
- l'istituzione su tutto il territorio nazionale del Numero europeo armonizzato (NUA) 116117 come numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti;
- la definizione di un sistema unico di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza complessiva dei vari servizi sanitari provinciali e regionali;
- l'evoluzione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

Non va poi dimenticato che la definizione degli obiettivi va correlata a un'analisi della domanda sanitaria e socio-sanitaria della nostra popolazione nel prossimo futuro, che potrebbe pesantemente influenzare il campo di attività anche del soccorso sanitario, nonché a una costante attività di monitoraggio e di misurazione degli aspetti operativi e gestionali, attuata su scala nazionale, punto di partenza per un miglioramento coerente.

In sostanza, l'obiettivo complessivo è quello di fornire ai cittadini servizi sanitari efficaci, appropriati e qualitativamente adeguati nel quadro della sostenibilità di un sistema che coniughi l'efficienza dei

processi programmatori e organizzativi con la produzione collegata alla domanda, evitando la frammentazione e la parcellizzazione della gestione.

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 e urgenza preospedaliera e ospedaliera, anche ai fini del contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione, in raccordo con l'articolo 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, e nel rispetto dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, la presente legge reca misure sperimentali, per il quinquennio 2022-2026, per garantire a tutti i cittadini l'equo e sostenibile accesso alle cure, secondo principi di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale e di personalizzazione e umanizzazione delle cure stesse.

Art. 2.

(Oggetto)

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

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

- a) organizzazione del soccorso per livello di complessità dell'intervento, attraverso l'invio dei mezzi di soccorso più appropriati, secondo specifici protocolli;
- b) appropriatezza clinica e assistenziale, uniformità e qualità delle prestazioni erogate;
- c) tempestività dell'intervento di soccorso in relazione al livello di criticità;
- d) efficacia ed efficienza nel rispetto dell'appropriatezza dell'impiego delle risorse;
- e) monitoraggio delle attività effettuate e controllo della qualità degli interventi di soccorso.

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

Art. 3.

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

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

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

- b) integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura;
 - c) gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte;
 - d) creazione o consolidamento di servizi di elisoccorso regionali e interregionali che, integrando con il soccorso su gomma, garantiscano l'omogeneità del servizio su base nazionale.
2. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria è organizzato per ambiti territoriali, sulla base degli *standard* minimi normativi nazionali di riferimento, degli indirizzi e della programmazione regionale.
3. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria svolge le proprie funzioni attraverso:
- a) una direzione organizzativa;
 - b) le sale operative;
 - c) la rete dei mezzi di soccorso e delle relative *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 preospedaliero di emergenza e urgenza sanitaria.
5. Le sale operative operano a livello regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, attraverso personale medico, infermieristico, socio-sanitario e tecnico preposto alla ricezione e alla classificazione delle richieste di soccorso, all'attivazione di mezzi ed *équipe* in base alla priorità e alla criticità stabilita in fase di ricezione della richiesta, all'erogazione di istruzioni prearrivo (IPA) anche finalizzate al sostegno delle funzioni vitali, al coordinamento degli interventi di soccorso e alla scelta della struttura di destinazione del paziente sulla base dei dati forniti dai dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) in tempo reale. In relazione ai livelli organizzativi definiti, al personale medico che opera presso le sale operative sono attribuiti compiti di analisi e di interpretazione clinica delle immagini trasmesse dalla rete territoriale di emergenza e urgenza, al fine di gestire con maggiore accuratezza gli eventi di soccorso.
6. Le sale operative:
- a) ricevono dalle centrali uniche di risposta (CUR) del numero unico europeo 112 di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge 7 agosto 2015, n. 124, le richieste di soccorso sanitario provenienti dal territorio di competenza con la localizzazione del chiamante e le informazioni relative al luogo e alla tipologia di soccorso;
 - b) adottano modalità e procedure clinico-assistenziali e organizzative adeguate, al fine di offrire al cittadino un soccorso tempestivo ed efficace, attraverso la corretta ed efficiente gestione delle chiamate di soccorso, l'attivazione dei mezzi più appropriati e il trasferimento dei pazienti alla struttura ospedaliera più idonea, nel minor tempo e con la migliore assistenza possibile;
 - c) coordinano i trasferimenti secondari tra strutture ospedaliere dei pazienti acuti afferenti alle reti di patologia tempo dipendenti;
 - d) assicurano la risposta adeguata alle situazioni di emergenza e urgenza sanitaria, ordinaria e in maxi-emergenza;
 - e) dispongono della tecnologia informatica e di comunicazione necessaria per l'espletamento delle funzioni a esse attribuite, della geolocalizzazione e della traduzione multilingue fornita dalle CUR del numero di emergenza unico europeo 112 e garantiscono la continuità del servizio, in casi di possibili *black-out* tecnici o calamità, mediante la predisposizione di sistemi di vicariamento con altre sale operative regionali o extraregionali;
 - f) mantengono il contatto con i servizi di emergenza intraospedalieri per comunicare tempestivamente l'arrivo di pazienti con patologie che richiedono l'attivazione di uno o più *team* specialistici, secondo quanto previsto per il coordinamento delle reti di patologia definite a livello regionale, e sono integrate nei DEA di riferimento.
7. Nel caso di bacini di utenza esigui, le sale operative operano a livello interregionale e sono integrate

tra loro per garantire il vicariamento reciproco.

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

9. La rete dei mezzi e delle *équipes* 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 del livello di risposta adeguato da erogare.

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

11. Il sistema preospedaliero di emergenza e urgenza garantisce, a tutto il personale impegnato nell'emergenza, un adeguato sostegno psicologico al fine di ridurre lo *stress* derivante dalla specifica attività professionale e prevenire la sindrome da *burnout*.

Art. 4.

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

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

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

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

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

« 4-*bis*. Il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, stipula una convenzione con un soggetto pubblico o privato ai fini della definizione di un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione del servizio sanitario erogato volto alla qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori del servizio di emergenza-urgenza preospedaliero e ospedaliero e delle relative premialità e penalità, nonché alla valutazione, al monitoraggio e alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, dei servizi sanitari regionali e della digitalizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria, anche in termini di effettiva disponibilità dei posti letto di emergenza in terapia intensiva, osservazione breve intensiva e di primo intervento, secondo livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito preospedaliero, ospedaliero e territoriale e innovazione delle strutture in termini di processi di infrastruttura tecnologica e strumenti informatici. Per le finalità di cui al presente comma, il Ministro della salute individua un soggetto in possesso dei seguenti requisiti, diretti ad assicurare l'immediata operatività del sistema di *rating* prestazionale:

a) integrità e trasparenza;

b) metodologie analitiche e di calcolo rigorose e sistematiche;

c) esperienza pluriennale nei processi di valutazione del merito;

- d) elevata professionalità e competenza;
- e) riconoscimento in ambito europeo e internazionale;
- f) assenza di conflitto di interesse.

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

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

Art. 5.

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

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

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 da attivare, garantendo l'integrazione e l'omogeneità a livello nazionale dei sistemi operativi, l'uniformità delle azioni istituzionali, regolamentari e di comunicazione connesse all'esercizio del modello di centrale unica di risposta (CUR) e consentendo lo svolgimento di progetti di ricerca e di sviluppo dei relativi sistemi informativi, gestionali e organizzativi. Per le finalità di cui al presente comma, il Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112, di cui all'articolo 1, comma 982, legge 30 dicembre 2018, n. 145, è incrementato di 40 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

3. Al fine di consentire una corretta e tempestiva gestione della domanda assistenziale a bassa priorità e ridurre l'accesso inappropriato al sistema preospedaliero di emergenza e urgenza, è istituito il Numero europeo armonizzato (NEA) 116117 quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari quali i distretti socio-sanitari e i servizi di psicologia del territorio. Il NEA 116117 è attivo su tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale, secondo modalità definite con i protocolli di intesa adottati ai sensi dell'articolo 75-bis, comma 3, del codice delle comunicazioni elettroniche di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259. Per le finalità di cui al presente comma, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo unico a sostegno dell'operatività del NEA 116117, con una dotazione di 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

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

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

6. In previsione di possibili emergenze epidemiologiche, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono adeguare le regolazioni contrattuali e convenzionali con i soggetti erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari e con i medici di continuità assistenziale, i medici di medicina generale,

i pediatri di libera scelta e gli psicologi dell'emergenza e urgenza secondo protocolli di sorveglianza attiva e di cure domiciliari adottate dal Ministero della salute, di concerto con l'Istituto superiore di sanità e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel quadro del piano nazionale di sorveglianza attiva e di monitoraggio delle interazioni con il sistema immunitario e con i farmaci, da aggiornare con cadenza annuale per la prevenzione di eventuali pandemie e corrispondendo alla necessità di:

- a) potenziare la capacità diagnostica al fine di garantire un tempo massimo per l'accertamento virologico e la comunicazione del risultato di ogni possibile contagio entro ventiquattr'ore, su tutto il territorio nazionale;
- b) sistematizzare le aggregazioni funzionali sia mediche sia pediatriche, anche in piccoli *team*, al fine di disporre di personale amministrativo, infermieristico e ostetrico, nonché di psicologi di comunità, e garantire un servizio con copertura oraria dalle 8 alle 20, atto a marginalizzare l'accesso inappropriato ai pronto soccorso ospedalieri;
- c) rafforzare l'integrazione operativa tra le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e il sistema di emergenza e urgenza preospedaliero attraverso la condivisione di piattaforme informatiche o telematiche e la realizzazione di ambulatori anche mobili, secondo le specificità territoriali, per potenziare il filtro diagnostico e ridurre gli accessi inappropriati ai pronto soccorso ospedalieri;
- d) istituire unità mobili dotate di tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) e telemedicina anche via satellite e 5G per il supporto specialistico di diagnostica, con possibilità di diversa allocazione in presenza di emergenze epidemiche o per campagne di vaccinazione;
- e) creare un servizio *Second Opinion Supporting* (SOS) di teleassistenza e supporto consulenziale tra medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialisti ospedalieri e di IRCCS, al fine di valutare l'opportunità di disporre accertamenti e ridurre le visite specialistiche non necessarie;
- f) implementare, in sinergia con la medicina territoriale, la figura dell'infermiere di famiglia, nonché dell'ostetrica, dello psicologo e del fisioterapista di comunità, nei rispettivi ambiti di competenza, per i pazienti fragili del territorio, al fine di monitorare i pazienti assistiti.

Art. 6.

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

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

2. Il personale di cui al comma 1:

- a) opera in *équipe* multiprofessionali secondo linee guida internazionali e nazionali, nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali;
- b) garantisce la corretta attività di soccorso, partecipa ai percorsi di integrazione con i DEA, anche al fine di consentire il mantenimento delle competenze professionali specifiche indispensabili per il soccorso sanitario;
- c) partecipa ai percorsi di formazione, aggiornamento e addestramento per l'ingresso e la permanenza del personale nel sistema di soccorso sanitario;
- d) supporta la formazione e la certificazione dei soccorritori e dei cittadini nei percorsi di formazione alle manovre di primo soccorso e all'impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni e, in generale, per lo sviluppo della cultura del soccorso nella cittadinanza.

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

- a) personale medico in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia di accettazione e urgenza (MCAU) o in anestesia e rianimazione;
- b) personale medico non in possesso della specializzazione in MCAU o in anestesia e rianimazione ma stabilmente ed esclusivamente assegnato da oltre cinque anni continuativi ai DEA;

- c) personale medico con comprovata e specifica formazione regionale, ivi inclusi i medici specializzandi in MCAU e in anestesia e rianimazione;
- d) personale medico in possesso di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, qualora non sia possibile dotarsi del personale di cui alle lettere a), b) e c) e nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 4.
4. Il personale medico con anzianità di servizio superiore a cinque anni che, alla data di entrata in vigore della presente legge, operi nel sistema preospedaliero di emergenza e urgenza con contratto di lavoro in convenzione a tempo indeterminato e che intenda continuare a operare nel sistema, può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanità medica del Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione concorre a maturare anzianità ai fini dei predetti concorsi.
5. Al personale medico di cui al comma 4 è riservato, a domanda e previa selezione, l'accesso in sovrannumero ai percorsi di formazione specialistica in MCAU o in anestesia e rianimazione. Gli oneri connessi ai relativi percorsi di specializzazione sono a carico delle regioni e delle provincie autonome di Trento e di Bolzano. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area sanità e dell'accordo collettivo nazionale relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale (MET) che preveda, nel limite dei livelli remunerativi fissati dal medesimo accordo, i criteri di transizione progressiva al CCNL dell'area sanità dei medici in convenzione a tempo indeterminato, nonché i termini temporali e le modalità di permanenza in forma residuale nel rapporto convenzionale.
6. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regime giuridico del personale medico nel sistema dell'emergenza e urgenza preospedaliero di cui al comma 3 è regolato dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità. L'accesso avviene mediante le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica e il personale medico è inquadrato come lavoratore dipendente presso un ente del Servizio sanitario nazionale.
7. Il personale infermieristico di cui al comma 1 opera sia nel soccorso sanitario preospedaliero sia all'interno delle sale operative, assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute del cittadino in integrazione e collaborazione con le altre figure professionali del sistema.
8. Il personale infermieristico di cui al comma 1 è, altresì, in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza e urgenza, acquisita mediante specifica formazione *post* laurea, e accede al sistema di emergenza e urgenza preospedaliero previa maturazione di esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni, nell'area dell'emergenza e urgenza ospedaliera o nei pronto soccorso e nelle terapie intensive. Per il personale infermieristico di cui al comma 1 è previsto un incarico professionale in base al vigente contratto collettivo nazionale di lavoro.
9. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso avanzati infermieristici è responsabile dell'*équipe* di soccorso e opera avvalendosi di algoritmi clinico-assistenziali elaborati sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti. Gli algoritmi prevedono attività effettuabili in autonomia e altre autorizzate dal medico di sala operativa e sono finalizzati alla gestione dei percorsi delle patologie tempo dipendenti, al trattamento del dolore e alla stabilizzazione delle condizioni dei pazienti assistiti garantendo efficacia, sicurezza e tempestività dei trattamenti.
10. Il personale infermieristico che opera nelle sale operative è in possesso di una buona conoscenza dello specifico sistema di soccorso in cui opera e della rete ospedaliera di riferimento e deve avere maturato una esperienza lavorativa sui mezzi di soccorso.
11. Al personale infermieristico è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo protocolli definiti dai responsabili clinici delle sale operative, che è svolta attraverso:
- a) il supporto agli operatori della ricezione effettuato mediante la rivalutazione delle chiamate che meritano un approfondimento;
- b) il coordinamento delle attività di soccorso degli equipaggi dei mezzi di soccorso di base;

- c) l'assegnazione del codice di gravità alla persona soccorsa sulla base delle informazioni e dei riscontri oggettivi e strumentali da parte delle *équipe* presenti sul luogo del soccorso;
- d) la destinazione ospedaliera più appropriata per il paziente, definita all'interno dei percorsi delle reti di patologia;
- e) la capacità di utilizzare correttamente le tecnologie disponibili.

12. Il personale tecnico che opera nelle sale operative 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.

13. Il personale tecnico in possesso della certificazione di soccorritore di cui al comma 16 e dei requisiti previsti, può operare anche sui mezzi di soccorso territoriali.

14. L'ente sanitario privato accreditato e a contratto con il Servizio sanitario nazionale può partecipare al servizio di emergenza e urgenza preospedaliera, se specificatamente contrattualizzato per detto servizio, attraverso il contributo professionale dei medici dipendenti, in possesso dei requisiti di cui alle lettere a), b) e c) del comma 3, e degli infermieri dipendenti che abbiano i requisiti previsti dai commi 8 e 10.

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

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

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

18. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono adottate le disposizioni di esecuzione dei commi 16 e 17 del presente articolo e sono definiti i percorsi formativi e i requisiti necessari per svolgere le funzioni di soccorritore e di autista soccorritore.

19. Il sistema di emergenza e urgenza preospedaliero, conformemente all'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 del soccorso alpino e speleologico per l'espletamento delle attività di soccorso in ambienti previsti dal medesimo articolo e per le funzioni per le quali sono richieste specifiche competenze tecnico-operative.

20. Ai fini della selezione del personale medico, infermieristico socio-sanitario e tecnico di cui al presente articolo, si tiene conto del possesso di competenze in tecniche dell'organizzazione, digitalizzazione dei processi e percorsi clinici e telemedicina. Le regioni e le province autonome di

Trento e di Bolzano provvedono ad assicurare un inquadramento giuridico ed economico differenziato al personale in possesso delle competenze di cui al periodo precedente anche in attuazione del sistema degli incarichi professionali previsti dai rispettivi CCNL.

Art. 7.

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

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

Art. 8.

(Affidamento del servizio a enti del Terzo settore)

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

Art. 9.

(Regolazione delle attività di emergenza e urgenza ospedaliere)

1. In via sperimentale, per il quinquennio 2022-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i contratti con i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati accreditati, in misura proporzionata al *budget* a loro assegnato e secondo il principio di aderenza territoriale, regolano l'erogazione delle attività di emergenza e urgenza ospedaliere.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso forme di coordinamento a livello nazionale, in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale gestiscono in forma unitaria le risorse umane, ivi comprese quelle operanti in strutture ospedaliere private 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, risorse strumentali e tecnologiche rispondenti alle urgenze e necessità terapeutiche. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano le misure di raccordo per l'immediato e sicuro trasporto dei pazienti critici a bordo di ogni tipo di vettore, ivi compresi l'elicottero sanitario, nonché il trasporto su ala fissa ordinariamente utilizzato per le attività di prelievo e trasporto di organi e tessuti e di *équipe*.
3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionali emanate dal Ministero della salute di concerto con le medesime regioni e le province autonome, provvedono alla riorganizzazione del pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) mediante lo sviluppo delle funzioni di *triage* e di osservazione breve intensiva (OBI), l'attivazione di percorsi rapidi di *See and Treat* e di *Fast Track*, la realizzazione di percorsi per le patologie tempo dipendenti e per le condizioni particolari di fragilità e vulnerabilità, e provvedono altresì alla definizione dei piani di sovraffollamento. L'organizzazione dell'area *See and Treat* è dedicata a condizioni cliniche urgenti riferibili ai codici minori, anche al fine di ridurre i tempi di attesa 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.

Art. 10.

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

1. Le strutture del Servizio sanitario nazionale e gli enti privati accreditati e a contratto rispondono in termini di processi, infrastrutture tecnologiche e strumenti informatici a livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito preospedaliero e ospedaliero. La digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali è compresa nei livelli essenziali di assistenza ed è garantita dal Servizio sanitario nazionale.
2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le modifiche ai livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine di adeguarli a quanto disposto dal comma 1 del presente articolo.
3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire l'adeguamento delle dotazioni di pronto soccorso, dell'osservazione breve intensiva e dei punti di primo intervento, possono intervenire anche attraverso la riqualificazione dell'edilizia sanitaria e socio-sanitaria di strutture e attrezzature destinate in origine alla gestione di eventuali situazioni emergenziali pandemiche.
4. Al fine di garantire una risposta omogenea del sistema preospedaliero e ospedaliero territoriale di emergenza e urgenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, entro il periodo sperimentale di cui all'articolo 1, ad apportare modificazioni al provvedimento generale di programmazione della dotazione dei posti letto accreditati a carico del servizio sanitario regionale in modo da garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema sanitario di emergenza e urgenza e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio.
5. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate le modificazioni al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, di adeguamento alle disposizioni di cui al comma 4 del presente articolo.

Art. 11.

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

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali l'incarico di sviluppare, in via sperimentale, per il quinquennio 2022-2026, un sistema unico integrato Stato-regioni di *rating* di qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori di servizi sanitari del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza e urgenza e delle relative premialità e penalità, nonché di valutazione, monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate e dei servizi sanitari regionali e di digitalizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria, anche in termini di effettiva disponibilità dei posti letto di emergenza, terapia intensiva, osservazione breve intensiva e di primo intervento, secondo livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito ospedaliero e innovazione delle strutture, sia in termini di processi che di infrastruttura tecnologica e strumenti informatici, da sottoporre a preventiva valutazione e approvazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.
2. Il sistema di *rating* di cui al comma 1 si fonda sui seguenti principi:
 - a) efficacia e appropriatezza clinica, in termini di tutela della salute e garanzia dei livelli di assistenza, di emergenza e urgenza 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 sicurezza dei cittadini sottoposti ai trattamenti;

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

e) equità, in termini di contrasto delle diseguaglianze degli interventi di emergenza e di urgenza.

3. Il sistema di *rating* di cui al comma 1 prevede altresì il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, tenuto conto delle specifiche categorie di bisogni e delle condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure.

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

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono agire nella ridefinizione del *budget* previsto per i soggetti erogatori di servizi sanitari in caso di verificati casi di inadempienza e di non conformità rilevanti in termini di violazione degli obblighi contrattuali.

Art. 12.

(Responsabilità civile)

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

Art. 13.

(Modalità di finanziamento)

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

2. Per il quinquennio 2022-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in tema di emergenza e urgenza preospedaliera e ospedaliera di cui alla presente legge, nel quadro delle risorse assegnate in ragione del livello del finanziamento netto del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, come definito dalla normativa vigente, e comunque per un importo non inferiore a 2.000 euro *pro capite*.

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 2231
XVIII Legislatura

Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) in sede redigente

[N. 248 \(ant.\)](#)

28 luglio 2021

[N. 206 \(ant.\)](#)

3 agosto 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 251 \(ant.\)](#)

5 agosto 2021

[N. 211 \(ant.\)](#)

9 settembre 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 1 \(ant.\)](#)

16 settembre 2021

Comitato Ristretto

[N. 2 \(ant.\)](#)

28 ottobre 2021

Comitato Ristretto

[N. 292 \(pom.\)](#)

8 marzo 2022

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 248 (ant.) del 28/07/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCLEDÌ 28 LUGLIO 2021
248^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,35.

IN SEDE REDIGENTE

[\(299\)](#) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia

[\(485\)](#) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

[\(672\)](#) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

[\(899\)](#) Felicia GAUDIANO ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata svolta la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Avverte che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio e della Commissione giustizia. Saggiunge, quanto al parere della Commissione bilancio, che risultano in corso interlocuzioni tra il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

[\(869\)](#) Sonia FREGOLENT ed altri. - Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 13 luglio.

La [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati emendamenti (pubblicati in allegato).

Dispone quindi una breve sospensione della seduta, in vista dell'avvio della fase di illustrazione e discussione delle proposte di modifica.

La seduta, sospesa alle ore 8,40, riprende alle ore 8,45.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) illustra l'emendamento 1.1.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) dà conto dell'emendamento 1.2.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra l'emendamento 1.3.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) si sofferma sull'emendamento 1.4.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra gli emendamenti 2.1 e 2.2.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) si sofferma sull'emendamento 2.3.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 3.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra gli emendamenti 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8, 3.9 e 3.0.1.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) illustra l'emendamento 3.8.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) dà conto dell'emendamento 3.11.

I restanti emendamenti all'articolo 3 sono dati per illustrati.

La [PRESIDENTE](#), nessun altro chiedendo di intervenire, dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione delle proposte emendative.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

[\(1715\)](#) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

[\(179\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

[\(1127\)](#) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

[\(1634\)](#) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

[\(2153\)](#) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

[\(2231\)](#) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, congiunzione con la discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno 2020.

La [PRESIDENTE](#) propone che i disegni di legge 2153 e 2231, in materia di riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria, e 179 e 1127, concernenti la figura dell'autista soccorritore, siano dati per illustrati e che la relativa discussione proceda congiuntamente al seguito della discussione dei disegni di legge 1715 e connesso, stante l'affinità di materia tra i provvedimenti in questione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*), nulla obiettando riguardo alla proposta di congiunzione, auspica che i disegni di legge sul riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e sulla figura dell'autista soccorritore formino oggetto di illustrazione da parte del relatore, e che vi possa essere poi un dibattito propedeutico a una riconsiderazione della scelta riguardo al testo base.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*), nel rimarcare l'importanza della congiunzione proposta dalla Presidente, dichiara di essere disponibile a valutare la possibilità di convergenza su un testo unificato, ma rileva che le distanze tra i disegni di legge sono ragguardevoli. Propone di rinviare alla prossima settimana la trattazione della questione relativa al testo base.

Il relatore [MARINELLO](#) (*M5S*), nel riservarsi di svolgere l'illustrazione richiesta dalla senatrice Cantù, si dice disponibile a verificare le possibilità di convergenza mediante contatti informali.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) rileva che occorre innanzitutto concludere il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato, che si è concordato, da ultimo, di svolgere in tempi rapidi limitando le audizioni a una per Gruppo.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che il senatore Marinello risulta relatore anche sul disegno di legge 1127, del quale è primo firmatario.

La [PRESIDENTE](#) prende atto che non vi sono obiezioni rispetto alla proposta di congiunzione, che si intende dunque accolta. Rimarca che detta proposta è stata avanzata alla luce degli orientamenti unanimi manifestati dai Gruppi in sede di Ufficio di Presidenza integrato. Fa rilevare che la designazione del senatore Marinello quale relatore anche per i disegni di legge in materia di autista soccorritore è un corollario dell'abbinamento di tali provvedimenti al disegno di legge n. 1715 e connesso.

Propone, alla luce del dibattito incidentale testé svolto, di riprendere la discussione congiunta dopo la chiusura delle audizioni informali, prevista per la prossima settimana, con l'intervento del relatore Marinello sui provvedimenti oggi congiunti e la successiva discussione in ordine alla riconsiderazione del testo base. Ricorda che, fino a diverse determinazioni sul punto, il disegno di legge n. 1715 resta confermato come testo base.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9,25.

Art. 1

1.1

[Rizzotti](#)

Al comma 1 sostituire la parola: "cinquantesimo" con la seguente:

"quarantesimo".

Conseguentemente sostituire ovunque ricorra nel testo la parola «CARDIO50», con la seguente: «CARDIO 40».

1.2

[Boldrini](#)

Al comma 1, dopo le parole «condizioni di rischio cardiovascolare,» inserire le seguenti «con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica e».

Conseguentemente, agli articoli 2 e 3, dopo le parole «Screening CARDIO50», ovunque ricorrano, inserire le parole «, con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica,».

1.3

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1 per "Screening Cuore dell'Anziano" si intende un programma organizzato per i residenti nel territorio nazionale, al compimento del sessantacinquesimo anno di età e ripetuto al settantacinquesimo e all'ottantesimo anno, finalizzato alla diagnosi delle patologie cardiovascolari dell'anziano quali la fibrillazione atriale, la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica e sintomatica dell'anziano, le malattie valvolari cardiache (stenosi aortica, insufficienza mitralica e tricuspide).».

1.4

[Binetti](#)

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1bis. Ai fini di cui al comma 1, a fini di prevenzione, i residenti nel territorio nazionale con età pari o superiore a 65 anni sono altresì sottoposti a screening cardiologico.»

Art. 2

2.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'anziano».

2.2

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1 sono aggiunte in fine le seguenti parole: «L'adozione di programmi di screening formulati per fasce d'età si pone nell'ottica della prevenzione di precisione, al fine di modulare gli interventi diagnostici in funzione dei bisogni di sottogruppi della popolazione e all'interno di percorsi strutturati per garantirne l'appropriatezza».

2.3

[Binetti](#)

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1bis. Parte integrante dello screening è la conoscenza concreta del contesto sociale in cui il soggetto è integrato. Questi dati di natura socio-sanitaria e non solo sanitaria, sono raccolti nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 in materia di protezione dei dati personali, e con riguardo alla loro evoluzione nel tempo.»

Art. 3

3.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera a) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.2

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo la lettera a), aggiungere la seguente:

«a bis) entro 120 giorni dall'emanazione della presente legge, il Ministro della Salute con apposito decreto definisce, sentite le principali società scientifiche e le associazioni dei pazienti in ambito cardiovascolare e di geriatria, il contenuto dello "Screening Cuore dell'Anziano";».

3.3

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera b) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.4

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.5

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «programmi di promozione» sono aggiunte le seguenti: «e prevenzione».

3.6

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «di comunità» sono aggiunte le seguenti: «e delle associazioni scientifiche e delle associazioni dei pazienti».

3.7

[Zaffini](#)

Al comma 1, lettera c), sostituire le parole: «comportamenti salutari» con le seguenti: «un corretto stile di vita».

3.8

[Binetti](#)

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere le seguenti:

«e bis) implementare, tra i programmi di promozione della salute correlati al programma ScreeninCARDIO50 in fase di sviluppo, soprattutto quelli che permettono di promuovere iniziative concrete di contrasto all'invecchiamento, attraverso trattamenti di esercizio fisico e mentale anti-aging;

e ter) calcolare il finanziamento delle predette iniziative di raccordo tra sanità e welfare sulla base dell'andamento demografico del paese, avendo presente la tendenza a stabilizzarsi con il tempo, nella misura in cui la prevenzione riduce i danni occasionati dalla patologia cardio-vascolare.»

3.9

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«c bis) il Ministero della salute, nell'ambito delle attività informative e comunicative previste a legislazione vigente, promuove azioni utili per fornire e un'informazione tempestiva e corretta ai cittadini in ordine allo "Screening Cardio 50" e allo "Screening Cuore dell'Anziano".».

3.10

[Pirro](#)

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

"c-bis) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di screening anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare".

3.11

[Rizzotti](#)

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:

«c bis) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di screening anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare.»

3.0.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 3 bis.

(Modalità di finanziamento)

1. Per le finalità di cui alla presente legge e per l'attuazione dei percorsi di cui all'articolo 3 è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2021.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sono definite le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge anche al fine del rispetto del limite autorizzato.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 5 milioni di euro a decorrere dal 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 206 (ant.) del 03/08/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 206
MARTEDÌ 3 AGOSTO 2021

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 9,30 alle ore 12,30

AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1715 E CONNESSI (RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE)

[VIDEO](#)

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 251 (ant.) del 05/08/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 5 AGOSTO 2021
251^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione 3-00902 della senatrice Garavini, sulla garanzia di adeguati livelli occupazionali nel settore medico.

Il Ministero della salute, già in tempi antecedenti all'emergenza pandemica da COVID-19, nell'ottica di garantire il necessario prosieguo del percorso formativo dei neo-laureati in medicina, e nella consapevolezza delle carenze legate all'approssimarsi della gobba pensionistica dei medici operanti nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ha posto in essere una serie di azioni di valore strategico, tra le quali sono numerosi gli interventi rivolti all'incremento delle risorse finanziarie destinate ai contratti statali per l'accesso alle Scuole di formazione medico-specialistica.

L'articolo 1, comma 521, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio per il 2019), ha previsto fondi statali aggiuntivi da destinare ai contratti di formazione specialistica, per un valore pari a: 22,5 milioni di euro per l'anno 2019; 45 milioni di euro per l'anno 2020; 68,4 milioni di euro per l'anno 2021; 91,8 milioni di euro per l'anno 2022, e a 100 milioni di euro annui a decorrere dal 2023. Successivamente si è ritenuto indispensabile assicurare il reperimento di ulteriori risorse aggiuntive da destinare alla formazione specialistica.

In particolare, l'articolo 5 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", come convertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, ha autorizzato una ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, da destinare al finanziamento dei contratti di formazione medico-specialistica. Inoltre, l'articolo 1, comma 271, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio per il 2020), ha previsto un incremento di ulteriori 5,425 milioni di euro per l'anno 2020, 10,850 milioni di euro per l'anno 2021, 16,492 milioni di euro per l'anno 2022, 22,134 milioni di euro per l'anno 2023, 24,995 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024: inoltre il comma 859, articolo 1, della medesima legge di bilancio dispone che, per l'ammissione di medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria, sia autorizzata l'ulteriore spesa di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021, e di 26 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022.

Con le suddette risorse messe a disposizione dello Stato, al netto dei finanziamenti regionali o di altri Enti, si è potuto finanziare complessivamente, per l'anno 2020, n. 13.400 contratti di formazione medico-specialistica, ossia 5.400 contratti aggiuntivi rispetto all'anno precedente.

Ancora, con l'articolo 1, commi 421 e 422, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio per il 2021), è stata autorizzata l'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022, e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025.

Una ulteriore conferma dell'intendimento del Ministero della salute di proseguire sulla strada del superamento delle attuali criticità del sistema, è costituita dall'Investimento 2.2 - "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario", inserito nella Missione 6 - M6C2.2 "Formazione, Ricerca Scientifica e Trasferimento Tecnologico" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con il quale sono state stanziato specifiche risorse per garantire ulteriori 4.200 contratti di formazione medico-specialistica, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

Tale azione, per l'anno accademico 2020/2021, ha consentito di incrementare considerevolmente il numero dei contratti di formazione specialistica rispetto ai contratti finanziabili, per il primo anno di corso, con le sole risorse statali disponibili in base alle fonti normative vigenti.

In sintesi, per il prossimo anno accademico, ai 13.200 contratti statali finanziabili al netto dell'investimento del PNRR, vanno ad aggiungersi i 4.200 contratti finanziati dal PNRR, per un totale di 17.400 contratti di formazione specialistica, ossia 4.000 contratti in più rispetto ai 13.400 contratti statali assegnati per l'anno accademico precedente (+30 per cento in termini percentuali), che consentiranno ad altrettanti laureati in medicina e chirurgia di proseguire il percorso formativo accedendo alla formazione post-laurea.

Il "trend" dei contratti finanziati con fondi statali mostra con immediatezza le risultanze delle azioni poste in essere negli anni, finalizzate all'aumento del numero di contratti di formazione specialistica. In particolare, è evidente come le misure adottate negli ultimi due anni abbiano contribuito in misura rilevante al superamento del cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione *post-lauream* previsto, garantendo così un adeguato "turn-over" dei medici specialisti del Servizio Sanitario Nazionale.

In sintesi e come ordine di grandezza, i 17.400 contratti complessivamente finanziabili per l'anno accademico 2020/2021, rappresentano più del doppio dei contratti finanziati nell'anno accademico 2018/2019 (pari a 8.000 unità), e quasi il triplo di quelli disponibili negli anni precedenti (circa 6.000 unità).

L'aumento di 4.200 contratti, rispetto ai 13.200 inizialmente previsti per l'anno accademico 2020/2021, resosi possibile grazie alle risorse del PNRR, ha consentito non solo di soddisfare appieno il fabbisogno di medici specialisti espresso dalle Regioni, e determinato con l'Accordo sancito in Conferenza Permanente Stato-Regioni in data 3 giugno 2021, recante "Determinazione del fabbisogno di medici specialisti da formare per il triennio accademico 2020-2023, ai sensi dell'articolo 35, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368", ma anche di anticipare una quota parte del fabbisogno riferito all'anno accademico successivo, sanando così il "gap" di professionisti creatosi negli ultimi anni e legato essenzialmente alle importanti fuoriuscite dal sistema per pensionamento, nonché alle limitate risorse finanziarie, che hanno indubbiamente condizionato, in passato, la disponibilità dei posti per la formazione "post laurea" dei laureati in medicina e chirurgia.

La senatrice [GARAVINI](#) (*IV-PSI*), nel dichiararsi soddisfatta della risposta, richiama l'attenzione sull'esodo di medici specialisti italiani verso altri Paesi, sottolineando la rilevanza della questione: risulta che l'Italia sia lo Stato maggiormente afflitto, a livello europeo, da tale perdita di professionisti qualificati. Illustra, quindi, alcune misure che a suo avviso dovrebbero essere adottate per porre rimedio alla descritta criticità.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione 3-02052 delle senatrici Rizzotti e Gallone, sul profilo dell'educatore professionale socio-pedagogico.

Le problematiche relative alla professione sanitaria dell'educatore professionale e le interconnessioni con la figura dell'educatore in possesso della laurea in scienze della educazione e della formazione sono da tempo all'attenzione del Ministero della salute.

La figura della professione sanitaria dell'educatore professionale ha ricevuto una precisa regolamentazione con il d. m. 8 ottobre 1998, n. 520, "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Detto decreto, all'articolo 1, comma 1, ha stabilito che l'educatore professionale è "l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà".

L'esercizio della relativa attività professionale sanitaria è subordinato al possesso di un titolo abilitante, rilasciato a compimento di un corso di laurea universitaria triennale, appartenente alla classe L/SNT2 delle lauree delle professioni sanitarie della riabilitazione, di cui al decreto 19 febbraio 2009 del Ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

A seguito della legge 11 gennaio 2018, n. 3, contenente, tra le altre norme, disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie, e dell'adozione del successivo decreto del Ministero della salute del 13 marzo 2018, "Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione", è stato istituito, all'interno degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, l'albo degli educatori professionali, al quale devono obbligatoriamente iscriversi tutti coloro che sono in possesso di un titolo abilitante per l'esercizio della relativa attività professionale sanitaria di educatore professionale. Le associazioni di categoria, sia degli educatori professionali che dei laureati in scienze della educazione e della formazione, nel corso degli anni hanno spesso messo in evidenza la confusione che viene ingenerata dalla formazione prevista dalla suddetta classe L/SNT2, che include anche la formazione della professione sanitaria dell'educatore professionale di cui al citato d. m. n. 520/1998, con quella prevista dalla classe L-19 delle lauree in Scienze dell'Educazione e della Formazione. Tuttavia, detta confusione è stata determinata dal fatto che le classi di laurea in questione fanno riferimento a due figure apparentemente simili nella denominazione, per l'appunto gli educatori, sebbene le stesse correttamente differenzino gli ambiti di conoscenze teoriche e competenze operative delle due professioni ed i relativi sbocchi professionali: infatti, mentre la classe L-19 prevede per il laureato in scienze della educazione e della formazione sbocchi occupazionali nell'ambito di strutture operanti negli ambiti dei servizi sociali, dell'animazione socio-culturale ed educativa, nelle imprese e nella P.A., la classe L/SNT2 forma operatori sanitari, ed il titolo che si consegue al termine del relativo percorso formativo è anche abilitante all'esercizio della relativa professione sanitaria.

Inoltre, le lauree delle professioni sanitarie sono ad accesso programmato a livello nazionale, sono istituite presso le strutture universitarie sedi di Medicina e rilasciano un titolo abilitante, spendibile per l'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, mentre i corsi della classe di laurea L-19 hanno una caratterizzazione prevalentemente pedagogico - sociale o di sostegno in strutture o situazioni nelle quali non è necessaria la presenza di una figura sanitaria.

Al fine di superare le suddette criticità e fare chiarezza relativamente agli ambiti di competenza delle due figure professionali, con l'articolo 1, commi 594, 595 e 596 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, legge di bilancio per il 2018, è stato operato anche a livello normativo un distinguo netto tra i profili di educatore professionale socio-pedagogico e di educatore professionale socio-sanitario, ai quali corrispondono due formazioni diverse, con differenti sbocchi occupazionali (rispettivamente nel sociale per l'educatore professionale socio - pedagogico, e nel sanitario e socio - sanitario per l'educatore socio - sanitario).

L'articolo 1, comma 517, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, legge di bilancio per il 2019, ha

modificato il comma 594 della citata legge 27 dicembre 2017, n. 205, stabilendo che l'educatore socio-pedagogico può operare, al fine di conseguire risparmi di spesa, anche nei servizi e nei presidi socio-sanitari e della salute, limitatamente agli aspetti socio-educativi.

Pertanto, proprio nell'ottica di una chiara definizione delle competenze ascrivibili alle due figure professionali in esame, evitando ogni forma di abusivismo professionale, deve essere interpretato l'art. 33-*bis* del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, che prevede l'emanazione di un decreto da parte del Ministro della salute d'intesa con il Ministero dell'Università e della ricerca; esso infatti ha lo scopo di precisare le funzioni che l'educatore socio-pedagogico potrà espletare nei presidi socio-sanitari e della salute, al fine di evitare sovrapposizioni con le competenze attribuite alle professioni sanitarie, ed in particolare all'educatore socio - sanitario.

Il Ministero della salute sta lavorando con tutte le categorie interessate per la definizione della bozza di decreto, su cui dovrà essere acquisita l'intesa del MUR.

Alla luce delle considerazioni esposte, il Ministero della salute non ravvisa l'opportunità di assumere specifiche iniziative per rivedere la normativa di cui all'art. 33-*bis* del decreto legge n. 104/2020.

La senatrice [GALLONE](#) (*FIBP-UDC*) si dichiara soddisfatta. Rimarca che è necessaria una regolamentazione precisa per evitare sovrapposizioni tra figure professionali diverse, fenomeni di abusivismo e problemi gestionali.

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il rappresentante del Governo, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

IN SEDE REDIGENTE

(1715) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

(179) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

(1127) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

(1634) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

(2153) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

(2231) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta e rinvio. Istituzione di un comitato ristretto)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 28 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che nella giornata di martedì 3 agosto sono state svolte quasi tutte le audizioni segnalate come prioritarie dai Gruppi: resta da sentire solo la FNOMCEO, che ha chiesto un rinvio della propria audizione. Avverte che quest'ultima sarà calendarizzata alla ripresa dei lavori e che, contestualmente, saranno inviate le richieste di contributo scritto agli altri esperti a suo tempo indicati dai Gruppi.

Rammenta, inoltre, che nella seduta dello scorso 28 luglio si è convenuto di congiungere la discussione dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 al seguito della discussione congiunta dei disegni di legge 1715 e 1634.

Dà quindi la parola al relatore Marinello, perché sottoponga alla Commissione le sue proposte per il seguito della trattazione, con particolare riferimento alla questione del testo base. Rinnova la proposta

di dare per illustrati i testi da ultimo abbinati, per ragioni di economia procedurale.

Conviene la Commissione.

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) propone di istituire un Comitato ristretto per l'elaborazione di uno schema di testo unificato.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) manifesta apprezzamento per la proposta avanzata del Relatore, nel presupposto che essa preluda alla sostituzione del testo base a suo tempo adottato.

Poiché non vi sono obiezioni, la [PRESIDENTE](#) dà atto che s'intende accolta la proposta del relatore di istituire un Comitato ristretto per la predisposizione di uno schema di testo unificato, che possa eventualmente essere adottato dalla Commissione quale rielaborazione dell'attuale testo base.

Invita i Gruppi a comunicare quanto prima alla Presidenza della Commissione il nominativo del proprio rappresentante in seno al Comitato, in maniera tale che l'organo appena istituito sia pienamente operativo alla ripresa dei lavori.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(2255) Deputato Paolo RUSSO. - Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

(146) DE POLI ed altri. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 21 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che, con l'audizione di AIFA, si è concluso il ciclo di audizioni informative a suo tempo deliberato.

Quindi, nessuno chiedendo di intervenire, propone che la discussione generale e la successiva fissazione del termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti abbiano luogo alla ripresa dei lavori, nella prima seduta utile.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9.

1.3.2.1.4. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 211 (ant.) del 09/09/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 211
GIOVEDÌ 9 SETTEMBRE 2021

Presidenza della Vice Presidente
[BOLDRINI](#)

Orario: dalle ore 8,30 alle ore 9,15

*AUDIZIONE INFORMALE, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI
DI LEGGE NN. 1715 E CONNESSI (RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA
SANITARIA E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.5. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 1 (ant.) del 16/09/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)

Comitato ristretto per l'esame del disegno di legge n. 1715 e connessi

Riunione n. 1

GIOVEDÌ 16 SETTEMBRE 2021

Relatore: [MARINELLO \(M5S\)](#)

Orario: dalle ore 8,40 alle ore 9,30

[\(1715\)](#) *Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"*

[\(179\)](#) *Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore*

[\(1127\)](#) *MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore*

[\(1634\)](#) *Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

[\(2153\)](#) *Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria*

[\(2231\)](#) *Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero*

(Esame congiunto e rinvio)

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)

Comitato ristretto per l'esame del disegno di legge n. 1715 e connessi

Riunione n. 2

GIOVEDÌ 28 OTTOBRE 2021

Relatore: [MARINELLO \(M5S\)](#)

Orario: dalle 8,30 alle 9,15

[\(1715\)](#) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

[\(179\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

[\(1127\)](#) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

[\(1634\)](#) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

[\(2153\)](#) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

[\(2231\)](#) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 292 (pom.) dell'08/03/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 8 MARZO 2022
292^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,15.

IN SEDE CONSULTIVA

(2469) Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021
(Parere alla 10a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 3 marzo.

La **PRESIDENTE** ricorda che è in corso la discussione generale, nella quale sono intervenute le senatrici Binetti e Pirro.

La senatrice **CANTU'** (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il disegno di legge in esame sia l'occasione per attualizzare e implementare i controlli previsti dal decreto legislativo 502 del 1992, in tema di prestazioni sanitarie erogabili in forma sia diretta che indiretta, anche in aderenza alla visione del disegno di legge del Governo in materia di riordino degli IRCCS, secondo le direttrici del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Reputa opportuno, a tal riguardo, che si apporti qualche modifica all'articolo 13, con un richiamo esplicito alle previsioni di cui all'art. 21 del dl sostegni-*ter*, per affrontare e risolvere in modo efficace l'annoso problema della valutazione e dei controlli, nonché della tracciabilità degli impieghi e degli esiti in punto di appropriatezza. Ciò, nelle sue intenzioni, quale preludio a nuove regole di ingaggio degli erogatori, prevedenti fra l'altro come requisito dell'accreditamento un sistema informatico interoperabile in linea con l'Ecosistema Dati Sanitari, in grado di alimentare in tempo reale i flussi informativi delle attività rese mediante Fascicolo Sanitario Elettronico.

Ribadisce la necessità di rafforzare il sistema di valutazione, monitoraggio e controllo, tuttora inefficace, in linea con la consapevolezza recentemente emersa che i controlli sono una parte determinante per la riuscita del rilancio del Paese: grazie anche alla legge per il mercato e la concorrenza, a suo modo di vedere, è possibile concretizzare il percorso auspicato.

Osserva che la nota carenza di meccanismi stringenti di controllo e verifica concerne anche il segmento delle prestazioni ed interventi previsti dalla cosiddetta Sanità integrativa, sulla quale reputa sia giunto il momento di fare una valutazione riguardo agli effetti degli sgravi fiscali concessi: paventa

che questi ultimi siano stati per valore superiori a quanto effettivamente reso da chi offre tali prestazioni. Ipotizza quindi un comma addizionale all'articolo 13, dedicato all'implementazione di controlli anche sui fondi e sui pacchetti offerti. Ritiene che allo stato non vi sia evidenza, né valutazione istituzionale in termini di analisi costi benefici, che legittimi la spesa in materia e rileva che sarebbe allora più opportuno rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale, per assicurare con maggiore economicità, tempestività, qualità e appropriatezza quello di cui c'è effettivamente bisogno per il cittadino, marginalizzando i fenomeni distorsivi e i relativi costi impropri.

La [PRESIDENTE](#), non essendovi altri iscritti a parlare, dichiara conclusa la discussione generale.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

La [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 15,25, riprende alle ore 15,45.

IN SEDE REDIGENTE

(1715) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

(179) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

(1127) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

(1634) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

(2153) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

(2231) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715, 1634, 2153 e 2231, disgiunzione dei disegni di legge nn. 179 e 1127 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 5 agosto 2021.

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) riferisce sui lavori sin qui svolti in sede di Comitato ristretto, propedeutici all'elaborazione di un testo unificato. Dato che, allo stato, ancora non si è pervenuti ad un esito condiviso, propone di disgiungere il prosieguo della discussione dei disegni di legge n. 179 e 1127, in materia di autista soccorritore, da quello dei disegni di legge n. 1715, 1634, 2231 e 2153, in tema di riforma complessiva del servizio "118". Si sofferma, in conclusione, sulla dedizione che il personale dei mezzi di soccorso ha dimostrato durante la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, augurandosi una rapida conclusione dell'*iter* dei disegni di legge n. 179 e 1127.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) si dichiara d'accordo, a nome del suo Gruppo, sulla proposta testé formulata, pur sottolineando come la tematica trattata dai disegni di legge n. 179 e 1127 debba essere ulteriormente approfondita, tenendo conto delle diverse posizioni sull'argomento e dell'opportunità di considerare sia il ruolo del soccorritore sia quello del soccorritore autista.

La [PRESIDENTE](#), non essendovi altre richieste d'intervento, prende atto chela Commissione concorda sulla proposta del relatore. Avverte che, per effetto della disgiunzione sui cui si è appena

convenuto, i disegni di legge di più ampia portata sulla riforma del sistema di emergenza-urgenza continueranno a essere trattati congiuntamente, in sede di Comitato ristretto, mentre i disegni di legge specifici sull'autista soccorritore avranno un autonomo seguito del loro *iter* congiunto in sede redigente. Saggiunge che a questi ultimi si dovrà valutare di abbinare un ulteriore disegno di legge a prima firma della senatrice Cantù, recentemente assegnato alla Commissione e concernente le figure del soccorritore e del soccorritore autista.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,55.

