



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CANTÙ, ROMEO, CANDIANI, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN, ALESSANDRINI, ARRIGONI, AUGUSSORI, BAGNAI, BERGESIO, BORGHESI, Simone BOSSI, BRIZIARELLI, BRUZZONE, CALDEROLI, CAMPARI, CANDURA, CASOLATI, CORTI, DE VECCHIS, FAGGI, FERRERO, FUSCO, GRASSI, IWObI, LUCIDI, MARTI, MONTANI, OSTELLARI, PAZZAGLINI, Emanuele PELLEGRINI, PEPE, PERGREFFI, PIANASSO, PILLON, PIROVANO, Pietro PISANI, PITTONI, PIZZOL, RICCARDI, RIPAMONTI, RIVOLTA, RUFA, SAPONARA, SAVIANE, SBRANA, SIRI, TESTOR, TOSATO, URRARO, VALLARDI, VESCOVI e ZULIANI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 24 MARZO 2021

Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. – La gestione della pandemia da COVID-19 ha contribuito a evidenziare le carenze del sistema di emergenza-urgenza del Paese, anche se alcuni sistemi regionali hanno reagito meglio di altri, per esempio utilizzando le non poche risorse umane e strumentali che, a inizio pandemia, sono state messe a disposizione dal Governo, mentre altre non hanno saputo coglierne e quindi valorizzarne l'importante apporto. Partendo da questo assunto si è ritenuto ritenuto di porvi rimedio proponendo una revisione sostanziale dell'intero sistema, coniugando prevenzione e riordino del Sistema di emergenza-urgenza preospedaliera e ospedaliera. Una particolare attenzione è stata data alla valutazione e al controllo degli impieghi e degli esiti, in una parola alla tracciabilità, indispensabile per la sostenibilità in chiave universalistica del Sistema sanitario a partire dall'emergenza-urgenza e dalla continuità assistenziale di prossimità della persona e della famiglia. Il suo riordino quale architrave dell'evoluzione ordinamentale, insieme all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), non può infatti prescindere da una revisione funzionale e organizzativa che dia certezza ed evidenza, entro una cornice ben delineata, di un corretto e appropriato impiego delle risorse disponibili, agendo in maniera preventiva e superando distorsioni e deviazioni di qualsiasi genere, con un effettivo rafforzamento delle catene di approvvigionamento, nonché investendo nel capitale umano debitamente formato, dovendosi, al tempo stesso, superare la presenza di sprechi con meccanismi regolatori atti a coniugare la riqualificazione della spesa sanitaria e il miglioramento della salute dei cittadini. Da qui la

centralità dei controlli negli impieghi e negli esiti essendo non più rimandabili la loro reingenerizzazione secondo principi di terzietà e trasparenza, tanto nella gestione corrente quanto negli investimenti di ammodernamento e messa a norma e in sicurezza secondo livelli essenziali di emergenza-urgenza e continuità assistenziale integrata con la medicina territoriale, l'ammodernamento digitale in ambito ospedaliero e l'innovazione delle strutture, sia in termini di processi sia di infrastruttura tecnologica e strumenti informatici, al fine di promuovere la transizione verso una Sanità sostenibile e in sicurezza, nonché la riduzione dell'impatto di tali processi sull'ambiente.

Partendo quindi dalle realtà regionali e nazionali, non solo europee, che hanno dimostrato di saper affrontare meglio di altri anche la situazione pandemica, si definiscono tempi, modi e parametri innovativi per la tutela della salute dei cittadini, assicurando sostenibilità economica e universalità del sistema, nella prospettiva di una progressiva adozione del Numero unico delle emergenze (NUE) 112, in linea con i dettami europei.

Solo con valutazioni derivanti da comparazioni in grado di preservare quanto di buono sin qui è stato realizzato, inserendolo in un riordino complessivo del sistema e coniugando prevenzione e medicina predittiva nell'aggiornamento del sistema di emergenza-urgenza da integrare con la medicina di cure primarie, riteniamo sia possibile assicurare risposte omogenee sul territorio in termini di efficacia, efficienza, tempestività, equità e qualità del servizio offerto.

La finalità dell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale deve essere infatti quella di

far sì che produzione e ricerca in ambito sanitario e assistenziale si concretizzino con il massimo del beneficio per la domanda e con il minimo della spesa: vale a dire, dare di più spendendo meno e meglio senza l'applicazione di tagli lineari. Ne deriva che occorre sviluppare le condizioni atte a garantire un rapporto virtuoso fra ricerca, produzione, erogazione e controllo dei costi.

Da qui riteniamo che sia giunto il momento di investire in un sistema di valutazione e di controlli che sia in grado di monitorare il servizio in tempo pressoché reale evitando il solito conflitto controllore-controllato e mettendo da parte ogni autoreferenzialità sulla base di indicatori oggettivi e misurabili, con premialità e penalità, che incentivino effettivamente i comportamenti virtuosi e disincentivino quelli dannosi, siano essi di natura strettamente personale o professionale. Tale sistema di valutazione deve riguardare tutto ciò che gli erogatori e gli operatori – siano essi pubblici o privati – fanno, al fine di limitare al massimo le inefficienze, le negligenze e le imperizie facilmente intercettabili in via preventiva incardinando la funzione presso un'*authority* indipendente. Si prospetta quindi l'introduzione di un sistema di *rating* sul modello dell'agenzia *Standard Ethics* da affidare, a regime, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato che si avvarrà delle tecniche di sperimentazione in *Machine Learning* sulla base del modello definito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), alla quale spetta invece l'incarico di sviluppare, in via sperimentale, un sistema unico integrato Stato-regioni di *rating* per il periodo 2021-2026.

Il *rating* è una procedura dei cui benefici potranno godere innanzitutto gli utenti, perché obbliga tutti i produttori a una maggiore attenzione alla qualità e all'efficienza delle procedure stesse, con ciò sviluppando anche indirettamente le migliori condizioni per la sostenibilità in chiave universalistica del no-

stro Servizio sanitario nazionale, perché tutti avranno interesse a una competizione virtuosa.

L'impiego di tecniche di *Machine Learning*, che prevede metodi avanzati di elaborazione e analisi dei dati, ha l'obiettivo di valutare tra l'altro il livello di correlazione tra gli indicatori, il metodo di attribuzione dei *rating* sul singolo indicatore e del *rating* complessivo di struttura, nonché l'eventuale necessità di integrare ulteriori indicatori, in modo tale da validare un modello utile al raggiungimento delle dimensioni previste nel nuovo sistema finalizzato a mettere in relazione i Livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza clinica e organizzativa, ecc.) secondo parametri oggettivi e misurabili, tenuto conto della specificità e della complessità di definizione del fabbisogno e del costo *standard* di riferimento, nonché delle componenti imprescindibili di equità sociale e partecipazione (qualità percepita e umanizzazione cure) e della necessità di personalizzazione del servizio basata sull'utenza tipica.

Si prevede inoltre un aggiornamento sistemico dei LEA di emergenza-urgenza pre-ospedaliera congiuntamente a quelli del servizio di emergenza ospedaliero, di territorializzazione delle cure, di ospedalizzazione domiciliare e di domiciliarizzazione tecnologicamente assistita integrata con la medicina di base, chiamando a concorrere tutti gli erogatori di servizi pubblici e privati, accreditati e a contratto.

Il sistema proposto pertanto non si fonda solo su competenze sanitarie e tecnologie tipicamente ospedaliere, ma soprattutto sull'appropriatezza degli accertamenti diagnostici, di cura e di stabilizzazione dei parametri vitali di livello avanzato, in sinergia con la medicina territoriale, quale servizio di continuità assistenziale evoluto e integrato, agendo per rafforzare l'effettiva messa a re-

gime del fascicolo sanitario elettronico comprensivo del piano individuale terapeutico farmacologico eventualmente anche socio-sanitario. Di qui l'opportunità di mettere in campo un impianto incisivo di correzione delle incongruenze e delle lacune normative in corrispondenza con le linee progettuali del PNRR per assicurarne la tempestiva realizzazione in linea con gli obiettivi generali e specifici, con particolare riguardo alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri nell'ambito delle diverse strutture, a cominciare da quelle sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di II livello e di implementazione di un modello digitale di domiciliarizzazione delle cure secondo protocolli e linee guida nazionali, anche al fine di rendere fruibili soluzioni e strumenti di telemedicina e Sanità digitale.

Il riordino legislativo promosso introduce alcune novità in armonizzazione con il regolamento delegato (UE) n. 305/2013 della Commissione, del 26 novembre 2012 conformando il nostro Servizio sanitario nazionale ad alcuni principi e interventi non più eludibili:

- virtuosa integrazione del cosiddetto « SET118 » (che nell'articolato assume il *nomen juris* di « Sistema pre-ospedaliero di emergenza-urgenza ») attraverso le centrali operative dei sistemi sanitari regionali, con il sistema di emergenza ospedaliero;

- messa a regime del servizio del NUE 112 per la gestione di tutte le richieste di soccorso, inviandole alle sale operative di II livello (emergenza sanitaria, pubblica sicurezza e soccorso tecnico) e *in primis* con la fondamentale geolocalizzazione del chiamante;

- messa a regime del Numero europeo armonizzato (NEA) 116117, quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari;

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

- definizione di rapporti anche con i soggetti sussidiari (ANPAL-SAS, Croce bianca FAPS, Croce rossa italiana, FVS, Soccorso azzurro) con l'obiettivo prioritario di ottimizzare le procedure di assegnazione delle aree di copertura dei mezzi di soccorso di base (MSB), così come previsto dalla normativa del Terzo settore che prevede l'affidamento del soccorso e del trasporto di base alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale di cui all'articolo 56 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117;

- valorizzazione della professionalità medica, tecnica e infermieristica, superando la dicotomia e la frammentazione tra il personale medico e infermieristico nei pronto soccorso, sulle ambulanze e sull'elisoccorso, nonché standardizzazione dei criteri di reclutamento e dei livelli formativi a garanzia del possesso delle competenze, sia in regime di dipendenza che di convenzione, consentendo l'attivazione dei mezzi di soccorso avanzato con presenza di infermiere specializzato nell'emergenza-urgenza, utile a incrementare qualitativamente e quantitativamente le risorse sanitarie disponibili sul territorio;

- istituzione del profilo professionale dell'autista soccorritore con definizione dell'*iter* necessario per l'acquisizione dell'attestato di qualificazione professionale di autista soccorritore o soccorritore con percorso formativo specifico a livello nazionale che preveda il livello minimo di formazione e la certificazione delle competenze necessarie per l'attività di soccorso;

- definizione di un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione, monitoraggio e controllo quantitativo e qualitativo delle prestazioni i cui esiti in termini di adempimento/inadempimento debbono rilevare negozialmente con controlli congruenti, premialità e sanzioni secondo le nuove regole di ingaggio;

- dotazione dei mezzi di soccorso avanzato delle più moderne tecnologie, in termini di connessione (5G), di tutti i *device* e della strumentazione idonea a garantire l'abbattimento dei tempi del *triage* all'arrivo del paziente in ospedale, consentendo al paziente già stabilizzato di essere immediatamente ospedalizzato senza necessario passaggio e intasamento del pronto soccorso. A tal fine il personale destinato ad assolvere tale funzione in conformità agli *standard* previsti deve essere formato adeguatamente;

- supporto all'implementazione di iniziative per lo sviluppo della cultura del soccorso nella cittadinanza, per la formazione al primo soccorso e per il miglior utilizzo del servizio sanitario di emergenza-urgenza ospedaliero e preospedaliero, favorendo un maggiore impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici (DAE).

Ne discende un cambiamento di paradigma in termini di integrazione e rafforzamento organizzativo funzionale sia delle attività di emergenza-urgenza extra ospedaliera che ospedaliera per la presa in carico dei bisogni sia nell'ordinarietà che nelle emergenze come quella da COVID-19.

Sarà necessario un grande sforzo economico per dotare tutte le strutture dei più moderni impianti tecnologici e fra questi i mezzi di soccorso avanzato, che dovranno essere attrezzati con diagnostica strumentale con tutti i supporti informatici e con la strumentazione idonea a fare il *triage* prima dell'arrivo in ospedale, compatibili con il collegamento al 5G.

È altresì necessario superare la situazione paradossale, a cui si assiste quotidianamente,

di sovraccarico dei pronto soccorso spesso frequentati anche da donne vittime di violenza, con meccanismi dedicati anche per questa tipologia di utenza in funzione di prevenzione e protezione, unitamente alla creazione di centri polispecialistici territoriali, anch'essi integrati, con il sistema dell'emergenza-urgenza e di continuità assistenziale di prossimità, in grado di accogliere i pazienti non gravi che oggi accedono spontaneamente al pronto soccorso per mancanza di strutture di primo intervento, anche per quelle prestazioni diagnostico-terapeutiche per cui le liste d'attesa territoriali risultano troppo lunghe o troppo costose per l'utenza vulnerabile.

Si propone di sistematizzare il modello di gestione del 118 integrato con il 112 entro un periodo di sei anni, in linea con l'orizzonte attuativo del PNRR, con una verifica intermedia di risultati al terzo anno di implementazione per la successiva messa a regime sulla base di un'attenta analisi dei dati di *performance* in termini di interventi, costi e esiti. A tal fine alcune attività potranno essere svolte da operatori debitamente e specificatamente formati e reclutati con modalità e gestione organizzativo-funzionale differenziate e flessibili secondo le specificità territoriali, nel rispetto dei parametri normativi di rango nazionale, valorizzando risorse qualificate del comparto del volontariato. Attualmente, infatti, in molte realtà regionali, il modello di gestione « 118 su base provinciale » richiede la presenza di un medico strutturato per ogni ambulanza, non abilitando in tal modo le risorse infermieristiche disponibili e marginalizzando il ruolo del volontariato qualificato e formato in ragione del supporto offerto. Al contrario, alcune regioni come Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Piemonte presentano delle buone pratiche che puntano su una razionalizzazione dei costi e un'integrazione con i sistemi di emergenza del pronto soccorso, da cui provengono medici e infer-

mieri con auto mediche e ambulanze come mezzo di soccorso avanzato, mediche, infermieristiche o medico-infermieristiche, nonché sulla valorizzazione dei volontari anche ai fini curricolari, secondo parametri di piena funzionalità ed economicità, in chiave solidale e sussidiaria.

Indipendentemente dal modello utilizzato a livello regionale deve essere garantita una *governance* unitaria del sistema di emergenza e urgenza, anche in considerazione del ruolo fondamentale che esso deve interpretare nella gestione delle emergenze (tra cui epidemiche, ambientali, naturali, ecc.), che preveda anche la condivisione di risorse professionali altamente specializzate e l'adozione di un modello di coordinamento organizzativo.

Le regioni debbono assicurare, in termini di mezzi di soccorso da distribuire sul territorio, la revisione tecnologica e organizzativa delle centrali operative dell'emergenza-urgenza su ambiti sovra provinciali e regionali (le cosiddette sale operative di emergenza-urgenza), l'integrazione sistemica delle sale operative dell'emergenza-urgenza con il NUE 112 e con le altre centrali operative dell'emergenza (quali il 112, i Vigili del fuoco, i Carabinieri, la Polizia di Stato). A riguardo si interviene sul decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di accreditamento istituzionale e messa a contratto degli erogatori, con un sistema di *rating* premiante per le buone pratiche e disincentivante per coloro che realizzano *performance* al di sotto delle medie stabilite dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM) sulla base del modello definito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Modello di valutazione, monitoraggio e controllo debbono rilevare sinallagmaticamente secondo meccanismi negoziali utili a consentire alle regioni di disporre delle necessarie « leve » per orientare le risorse assicurando il superamento della logica dei *budget* storicizzati e

delle funzioni non tariffabili secondo il principio generale che tutti gli erogatori pubblici e privati concorrono all'erogazione delle attività di emergenza-urgenza ospedaliera proporzionalmente al *budget* assegnato, presidio per presidio in linea, con l'altrettanto generale principio di aderenza territoriale alla base della nuova classificazione delle strutture.

Il sistema proposto consente al livello centrale di disporre dei dati in tempo pressoché reale per valutare l'efficacia e l'efficienza dei singoli sistemi sanitari regionali di emergenza e quanto alle regioni di avere sotto controllo gli esiti di ogni singolo soggetto erogatore.

Altri punti qualificanti dell'articolato:

– finanziamento del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza con definizione e revisione per tutte le prestazioni in capo alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto della relativa remunerazione in attuazione del principio dal giusto corrispettivo a tariffa sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi secondo principi di trasparenza, oggettiva misurazione e valutazione degli esiti;

– revisione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015 n. 70, con l'adeguamento della rete di emergenza-urgenza ospedaliera per livelli di intensità di presa in carico e specificità dei bisogni, nel quadro di una strategia in cui, investendo in prevenzione e appropriatezza, si andrebbero a ridurre progressivamente gli interventi in emergenza, nonché, sulla base del principio di articolazione integrata e qualificata anche dai pronti soccorso pediatrici, cardiologici, ortopedici e per le restanti patologie critiche non solo tempo dipendenti ma iperspecialistiche, siano assicurati dimensionamenti congruenti per bacini di popolazione tenuto conto delle specificità territoriali (collegamenti viabilistici, orografia ecc.).

Tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto ne sono parte e le specializzazioni specifiche del presidio che ospita il pronto soccorso sono valorizzate in percorsi dedicati quale « estensione » delle specialità esercitate all'interno della struttura: in questo modo, si andranno anche a formare gli specialisti che, avendo l'opportunità di prestare servizio in pronto soccorso, avranno una formazione « ultra rapida » in caso di emergenza. Si prevede anche la valorizzazione delle competenze di tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, mono e plurispecialistici, del pari messi a sistema nella logica di sviluppare una rete di emergenza urgenza anche a vocazione specialistica selettiva;

Innovazione e formazione continua vengono, in tal modo, promossi e sistematizzati, sia per il personale dipendente che convenzionato, attesa l'importanza che il sistema di emergenza e urgenza si avvalga di soluzioni tecnologicamente avanzate che a parità di costo danno di più o in alternativa che, a parità di prestazioni, costano molto meno.

Il presente disegno di legge intende così predisporre un servizio basato sulla prevenzione nonché su un sistema di controlli e valutazioni prestazionali secondo principi di trasparenza, tracciabilità oggettivizzata e responsabilità. Difatti, non ci può essere cambiamento virtuoso senza che vi sia nei cittadini la consapevolezza che il cambiamento genera vantaggi economici e migliori servizi per gli stessi facilmente accessibili.

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

Il *rating* è come la democrazia: un sistema imperfetto e perfettibile, ma è quanto di più prossimo alla reale misurazione delle attività e dei comportamenti dei gestori e dei *care manager*, soprattutto se è affidato ad una autorità indipendente evitando il perpetuarsi della sovrapposizione tra controllore e controllato, essenziale per il superamento dell'indifferenza degli sprechi, nella visione della sanità sostenibile e universalistica del futuro.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. Al fine di assicurare la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza di emergenza-urgenza preospedaliera e ospedaliera, anche ai fini del 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, nel rispetto dell'articolo 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo della Costituzione, la presente legge reca misure sperimentali, per il periodo 2021-2026, 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-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 l'ospedalizzazione al fine di garantire a ogni utente la risposta più appropriata e che ne garantisce la collocazione nella sede più adeguata.

2. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria eroga le prestazioni di soccorso mediante una rete di mezzi e di *équipe*, coordinati da centrali operative inte-

grate a livello regionale che garantiscono prestazioni caratterizzate da:

a) organizzazione del soccorso per livello di complessità dell'intervento, attraverso l'erogazione di istruzioni pre-arrivo e l'invio dei mezzi di soccorso più appropriati, secondo specifici protocolli;

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

c) tempestività dell'intervento di soccorso in relazione 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-urgenza sanitaria è costituito dalla rete di emergenza-urgenza accreditata e a contratto, programmata per livelli di intensità, di presa in carico e specificità dei bisogni, con un'articolazione integrata e costituita anche dai pronto soccorso pediatrici, cardiologici, ortopedici e per le restanti patologie critiche tempo dipendenti e iperspecialistiche, 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 di emergenza-urgenza, competente a valutare costantemente le innovazioni sotto il profilo prestazionale ed economico, con ricaduta a livello contrattuale *bonus-malus*. Rientrano nel sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati, accreditati e a contratto, ivi inclusi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)

pubblici e privati, mono e plurispecialistici, e quelli per l'implementazione dei moduli di osservazione breve domiciliare da remoto e ospedalizzazione domiciliare integrata con la medicina territoriale.

Art. 3.

(Organizzazione e struttura del sistema pre-ospedaliero di emergenza-urgenza)

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

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

b) integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-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, interagendo con il soccorso su gomma, garantiscano l'omogeneità del servizio su base nazionale;

e) coordinamento dell'organizzazione del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza rispetto alle esigenze complessive del territorio in relazione alla rete ospedaliera di riferimento.

2. Il sistema preospedaliero di emergenza-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-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.

5. Le sale operative operano a livello regionale, interprovinciale o di provincia autonoma attraverso personale medico, infermieristico e tecnico preposto alle ricezione e alla classificazione delle richieste di soccorso, all'attivazione di mezzi ed *équipe* in base alle priorità e criticità stabilite in fase di ricezione della richiesta, alla erogazione di istruzioni 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-urgenza, al fine di gestire con maggiore accuratezza gli eventi di soccorso.

6. Le sale operative, sulla base del modello indicato dalla direzione organizzativa regionale, prevedono la presenza di personale medico e infermieristico, nonché la possibile partecipazione di personale tecnico. Le sale di cui al presente comma svolgono le seguenti funzioni essenziali:

a) ricezione 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, delle richieste di soccorso sanitario provenienti dal territorio di competenza con la localizzazione del chiamante e le informazioni relative al luogo e alla tipologia di soccorso;

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

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

d) risposta adeguata alle situazioni di urgenza o emergenza sanitaria, ordinaria e in maxi-emergenza;

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

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

8. Nel caso di bacini di utenza esigui, le sale operative operano a livello interregionale e sono integrate tra loro per garantire il vicariamento reciproco.

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

10. La rete dei mezzi e delle *équipe* di soccorso è costituita da personale, mezzi di soccorso e di trasporto, presidi e attrezzature sanitarie dislocati strategicamente sul territorio e opera in modo integrato con il servizio regionale di elisoccorso che, in base ai dati di attività e alle aree di riferimento, agisce anche su ambiti interregionali. Il numero e la tipologia dei mezzi di soccorso sono definiti tenendo conto di un livello adeguato di risposta da erogare, con particolare riferimento agli specifici indicatori per l'emergenza-urgenza di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, e di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 9 del 13 gennaio 2009.

11. Il sistema preospedaliero di emergenza-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, informazioni e immagini utili ai sanitari delle sale operative e delle strutture di emergenza-urgenza ospedaliere.

12. In attuazione del regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, il Garante per

la protezione dei dati personali promuove l'adozione di regole deontologiche per i soggetti pubblici e privati interessati al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza. Per le medesime finalità di cui al precedente periodo, il Garante, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce altresì gli adempimenti e le prescrizioni da applicare nell'ambito del medesimo sistema di emergenza-urgenza in relazione alla tutela e al trattamento dei dati personali, a garanzia dei soggetti che usufruiscono dei relativi trattamenti.

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, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, sulla base di *standard* normativi minimi definiti a livello nazionale definiscono gli assetti organizzativi e gestionali dell'emergenza-urgenza preospedaliera, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, 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, legato al trattamento economico accessorio, in favore del personale medico, infermieristico e tecnico ivi operante, la gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze e la creazione o il consolidamento di

servizi di elisoccorso integrati con il soccorso su gomma »;

b) all'articolo 8-*quinquies*, comma 2, dopo la lettera b) è inserita la seguente:

« *b-bis*) l'erogazione delle attività di emergenza-urgenza preospedaliere, ospedaliere e di ospedalizzazione domiciliare integrata con la medicina territoriale, l'osservazione breve domiciliare (OBD) da remoto e il servizio *Second Opinion Supporting (SOS)* »;

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

« *4-bis*. I criteri per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni assistenziali del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza, nonché dei moduli di osservazione breve domiciliare da remoto e ospedalizzazione domiciliare integrata con la medicina territoriale, sono basati su *standard* qualitativi adeguati e uniformi a livello nazionale, secondo il principio del giusto corrispettivo a tariffa sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi e sono definiti con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali »;

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

« *4-bis*. Al fine di promuovere l'efficienza e la qualità delle prestazioni, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato, di cui all'articolo 10 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, effettua la valutazione del servizio sanitario erogato, di seguito denominata "*rating*", sulla base del modello definito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, secondo indicatori oggettivi e misura-

bili con l'impiego di tecniche di *Machine Learning*. Il sistema di *rating* è volto alla qualificazione e contrattualizzazione degli erogatori di servizi sanitari e delle relative premialità e penalità del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza e alla valutazione, al monitoraggio e alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate e dei servizi sanitari regionali, nonché alla digitalizzazione del sistema di emergenza sanitaria e alla effettiva disponibilità dei posti letto di emergenza, 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 di strumenti informatici.

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 del sistema di emergenza-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 secondo protocolli e linee guida definiti;

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

4-quater. Le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo e, attraverso i direttori generali delle medesime unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, riferiscono all'Autorità garante della concorrenza e del mercato in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del sistema di monitoraggio dei soggetti erogatori predisposto dall'Autorità

medesima, provvedendo ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe delle medesime prestazioni e sulle modalità di accesso ai servizi.

4-quinquies. L'Autorità garante della concorrenza e del mercato, nell'esercizio delle funzioni di cui al comma *4-bis*, si avvale dei poteri di cui alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, in quanto compatibili, e procede d'ufficio alle verifiche di competenza in ordine alla veridicità dei dati ricevuti. Il sistema di *rating* è strutturato in modo da coniugare il monitoraggio e la valutazione dei percorsi operati in modo oggettivo con una valutazione operata sulla base di indicatori di soddisfazione e prevede che la valutazione da parte dell'Autorità sia fondata sull'attribuzione di un punteggio sulla base di criteri e modalità stabilite con regolamento dell'Autorità medesima.

4-sexies. Ai fini delle valutazioni per il rilascio del punteggio di *rating*, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato può sottoporre al Ministero della salute e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari richieste di informazioni o pareri su questioni di carattere generale e sui singoli aspetti attinenti agli indicatori di qualità ».

2. Ai fini dell'attuazione del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2027 il numero dei posti previsti per la pianta organica del personale di ruolo dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato dall'articolo 11, comma 1, della legge 10 ottobre 1990, n. 287, è incrementato di quindici unità. Ai medesimi fini, è altresì incrementato di dieci unità il numero dei contratti di cui all'articolo 11, comma 4, della medesima legge n. 287 del 1990. L'Autorità garante della concorrenza e del mercato può anche utilizzare, nel limite di un contingente di quindici unità, personale eventualmente resosi disponibile a seguito dell'attuazione dei processi di riordino e di accorpamento di enti e amministrazioni pubbliche o posto

in posizione di comando o in analoghe posizioni secondo i rispettivi ordinamenti, con imputazione all'Autorità garante della concorrenza e del mercato del solo trattamento accessorio spettante al predetto personale. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, valutati in 700.000 euro annui a decorrere dall'anno 2027, 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.

Art. 5.

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

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'integrazione operativa tra il NUE 112, di cui all'articolo 8, comma 1, lettera *a*), della legge 7 agosto 2015, n. 124, e le sale di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *b*), della presente legge, costituisce livello essenziale di assistenza.

2. Al fine di garantire l'uniformità del NUE 112 a livello nazionale, è istituita l'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno, quale struttura di supporto e coordinamento che svolge attività tecnico-operative di interesse nazionale al servizio delle amministrazioni pubbliche, comprese quelle regionali e locali, titolari delle funzioni del NUE 112. L'Agenzia nazionale 112 supporta altresì l'operatività di tutte le centrali uniche di risposta, attive e in fase di avvio, garantendo l'integrazione e l'omogeneità a livello nazionale dei sistemi operativi, l'uniformità delle azioni istituzionali, regolamentari e di comunicazione connesse all'esercizio del modello di centrale unica di risposta e consentendo lo svolgimento di progetti di ricerca e di sviluppo dei relativi sistemi informativi, gestionali e organizzativi. Per le fi-

nalità di cui al presente comma, il Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112, di cui all'articolo 1, comma 982, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è incrementato di 40 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 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-urgenza, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge il Numero europeo armonizzato (NEA) 116117, di seguito «NEA 116117», costituisce livello essenziale di assistenza quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. Il NEA 116117 è attivo su tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale, secondo le 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. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 2 e 3, pari a 65 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

5. 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, che sono automaticamente inseriti in una scheda contatto in formato digitale. La scheda contatto, integrata con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario,

è quindi trasferita alla sala operativa di secondo livello cui compete l'intervento.

6. Qualora la richiesta dell'utente non sia classificabile come emergenza-urgenza, la sala operativa di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *b*), mette in contatto l'utente con il NEA 116117. Le centrali NEA 116117 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.

7. In previsione di possibili emergenze epidemiologiche, anche nel quadro degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ai sensi del regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano le prestazioni rese dai soggetti erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari e dai medici di continuità assistenziale, dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta ai protocolli di sorveglianza attiva e di cure domiciliari adottate dal Ministero della salute, su proposta dell'Istituto superiore di sanità e sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel quadro del piano nazionale di sorveglianza attiva e genomica 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 consentire l'accertamento virologico e la comunicazione del risultato di ogni possibile contagio entro il tempo massimo di ventiquattr'ore, su tutto il territorio nazionale;

b) rimodulare il servizio di continuità assistenziale per creare, con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, un servizio di continuità assistenziale di prossimità, anche telefonico o telematico,

efficace nel ridurre gli accessi ai pronto soccorso ospedalieri, con tracciabilità integrata attraverso il fascicolo sanitario e socio-sanitario elettronico, nonché predisporre ambulatori mobili per diagnosi e *screening* secondo le specificità territoriali;

c) sistematizzare le aggregazioni funzionali sia mediche sia pediatriche, anche in piccoli *team*, al fine di disporre di personale amministrativo e infermieristico e garantire un servizio con copertura oraria dalle ore 8 alle ore 20 atto a marginalizzare l'accesso inappropriato 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 e di *screening*, con possibilità di diversa allocazione in presenza di focolai epidemici o per campagne di vaccinazione;

e) creare un servizio SOS contrattualizzato 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 per i pazienti fragili del territorio, al fine di monitorare i pazienti infetti ancora convalescenti e ad alto rischio di sviluppare un'infezione correlata.

Art. 6.

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

1. Presso il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza opera personale, di livello dirigenziale e non dirigenziale, medico, infermieristico, tecnico delle sale operative e soccorritore, in possesso dei requi-

siti formativi e professionali, definiti ai sensi del presente articolo e dell'articolo 7, 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 stesso nel sistema di soccorso sanitario;

d) supporta la formazione e la certificazione dei soccorritori, ivi inclusi, su loro richiesta, i dipendenti degli enti del Terzo settore, e dei cittadini nei percorsi di formazione alle manovre di primo soccorso e all'impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) 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 alle unità operative di pronto soccorso dei 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, anche non continuativi, che, alla data di entrata in vigore della presente legge, opera nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza con contratto di lavoro in convenzione a tempo determinato o indeterminato, che intenda continuare a operare nel sistema, può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanitaria medica del Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione è valutato come punteggio nelle graduatorie dei predetti concorsi.

5. Al personale medico di cui al comma 4 è riservato, a domanda e previa selezione, l'accesso in sovrannumero ai percorsi di formazione specialistica in MCAU o in anestesia e rianimazione, nonché ai corsi equipollenti. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area sanità e dell'accordo collettivo nazionale (ACN) relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale (MET), prevedendo, 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

dei medici del sistema preospedaliero di emergenza-urgenza, di cui al comma 3, è regolato dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CNNL) dell'area sanità. L'accesso avviene mediante le procedure concorsuali previste per la dirigenza medica e il medico è inquadrato come lavoratore dipendente, o in regime di convenzione con le stesse regole di formazione specialistica, presso l'azienda o altro ente del Servizio sanitario nazionale ovvero presso una struttura sanitaria privata accreditata e a contratto con il sistema preospedaliero per l'emergenza-urgenza sanitaria.

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

8. Il personale infermieristico di cui al comma 7 è in possesso di formazione specifica per l'attività di emergenza-urgenza acquisita mediante *master* universitari di primo livello o un percorso formativo regionale certificato e accede al sistema preospedaliero di emergenza-urgenza previa maturazione di esperienza professionale, di durata non inferiore a due anni, nell'area dell'emergenza-urgenza ospedaliera ovvero nei pronto soccorso e nelle terapie intensive.

9. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso infermieristici avanzati 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 della conoscenza dello specifico sistema di soccorso in cui opera e della rete ospedaliera di riferimento e ha maturato una esperienza lavorativa sui mezzi di soccorso.

11. Al personale infermieristico è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo protocolli definiti dai responsabili clinici delle sale operative, attraverso:

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

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

c) l'assegnazione del codice di gravità alla persona soccorsa sulla base delle informazioni e dei riscontri oggettivi e strumentali da parte delle *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 a disposizione.

12. Il personale tecnico delle sale operative, ove previsto dalla direzione organizzativa regionale, è chiamato a svolgere funzioni operative strettamente connesse con il modello organizzativo della struttura, quali in particolare:

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

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

c) allerta degli enti non sanitari;

- d) monitoraggio delle fasi del soccorso;
- e) supporto logistico agli equipaggi.

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

14. Il sistema preospedaliero di emergenza-urgenza, ai sensi dell'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 decreto-legge n. 104 del 2020 e per le funzioni per le quali sono richieste specifiche competenze tecnico-operative.

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

Art. 7.

(Personale soccorritore e autista soccorritore)

1. 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-urgenza.

2. L'autista soccorritore è l'operatore che, previo conseguimento dell'attestato di qualifica di soccorritore di cui al comma 1, è abilitato alla guida dei mezzi di soccorso. Svolge le attività di conduzione di mezzi di soccorso di base e avanzati e di trasporto sanitario, nonché quelle di attuazione di manovre di soccorso di base e di collaborazione con le *équipe* di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento.

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

Art. 8.

(Affidamento del servizio ad enti del Terzo settore)

1. Ai sensi degli articoli 56 e 57 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, le attività di trasporto sanitario di emergenza-urgenza possono essere affidate in via prioritaria, attraverso la sottoscrizione di apposite convenzioni, alle organizzazioni di volontariato (OdV), iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa nazionale di cui all'articolo 41 del citato codice del Terzo settore, avvalendosi del personale soccorritore e autista soccorritore di cui all'articolo 7, dipendente o volontario.

2. L'attestazione della qualifica di soccorritore e soccorritore autista, volontario o di-

pendente delle OdV, è rilasciata dalle reti associative nazionali di cui all'articolo 41 del citato codice del Terzo settore, secondo quanto previsto dai rispettivi regolamenti interni. Per le finalità di cui al presente comma, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano riconoscono quali strutture autorizzate alla formazione e certificazione le reti associative nazionali operanti nel sistema preospedaliero di emergenza-urgenza.

Art. 9.

(Formazione continua)

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le rispettive esigenze formative e di aggiornamento specifiche per singolo profilo professionale del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria e ne danno comunicazione al Ministero della salute e al Ministero dell'università e della ricerca ai fini della programmazione delle iniziative per la formazione professionale continua, in conformità agli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Tenuto conto delle indicazioni di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sulla base degli indirizzi espressi dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono individuati i criteri

minimi per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi mediante piattaforme di corsi *online* aperti e di massa (*Massive Open Online Course* - MOOC) nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, ferma restando la facoltà delle medesime regioni e province autonome di prevedere iniziative specifiche adeguate e funzionali alle realtà locali, nel rispetto dei criteri minimi individuati.

Art. 10.

(Regolazione delle attività di emergenza-urgenza ospedaliere)

1. In via sperimentale, per il periodo 2021-2026, 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-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 alle necessità terapeutiche. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano le misure di raccordo per l'immediato e sicuro trasporto dei pazienti critici a bordo di ogni tipo di vettore, ivi compreso l'elicottero sanitario, nonché il trasporto su ala fissa ordinaria-

mente utilizzato per le attività di prelievo e trasporto di organi e tessuti e di *équipe*.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva, sul *triage* intraospedaliero e per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso emanate dal Ministero della salute, provvedono alla riorganizzazione dei pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza e accettazione mediante lo sviluppo delle funzioni di *triage* e di osservazione breve intensiva, l'attivazione di percorsi rapidi di *See and Treat* e di *Fast Track*, la realizzazione di percorsi per le patologie tempo-dipendenti e per le condizioni particolari di fragilità e vulnerabilità, e provvedono altresì alla definizione dei piani di sovraffollamento. L'organizzazione dell'area *See and Treat* è dedicata a condizioni cliniche urgenti riferibili ai codici minori, anche al fine di ridurre i tempi di attesa 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. 11.

(*Contratti di formazione specialistica dei medici specializzandi e formazione specialistica attraverso il Teaching Hospital*)

1. In considerazione di possibili emergenze epidemiologiche e della necessità di

sopperire alla mancanza di medici specialisti, con priorità per le specializzazioni carenti nel sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, nonché di continuità e domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, in deroga alle disposizioni di cui alla legge 2 agosto 1999, n. 264, in materia di accessi ai corsi universitari, l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in medicina veterinaria, in odontoiatria e protesi dentaria, ai corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie, nonché ai corsi di laurea di primo livello di formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non è soggetto a programmazione a livello nazionale, limitatamente alle quote aggiuntive che ogni singolo ateneo, previa valutazione degli propri organi di governo, è in grado di assicurare in ragione della propria capacità formativa.

2. In considerazione di possibili emergenze epidemiologiche e della necessità di sopperire alla mancanza di medici specialisti con priorità per le specializzazioni carenti nel sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza, nonché di continuità e domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa procedura selettiva pubblica, possono procedere ad assunzioni di medici specializzandi in formazione attraverso il « *Teaching Hospital* ». Il rapporto di lavoro del personale medico assunto in formazione a tempo determinato, in deroga al possesso del requisito di specializzazione, è disciplinato dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, salvo quanto previsto dal presente articolo con il riconoscimento del trattamento economico tabellare della dirigenza sanitaria.

3. I medici specialisti da formare attraverso il *Teaching Hospital* sono assegnati, nell'ambito della rete formativa, alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto, universitarie e non universitarie, come disciplinate dal decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, nonché agli IRCCS, di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, che si sono resi disponibili con manifestazione d'interesse all'attivazione dei contratti di formazione specialistica, nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 43 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Con proprio decreto, il Ministro della salute dispone l'accreditamento delle strutture di cui al periodo precedente, verifica la corrispondenza agli *standard*, ai requisiti e agli indicatori di attività formativa e assistenziale previsti dal decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 13 giugno 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 38 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 163 del 14 luglio 2017, individua le scuole di specializzazione territorialmente competenti di riferimento per le strutture accreditate e definisce le modalità di integrazione della rappresentanza delle predette strutture e degli IRCCS accreditati non presenti nell'Osservatorio nazionale della formazione medico-specialistica e nelle corrispondenti sedi regionali. Con il medesimo decreto, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, su indicazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, riserva altresì una quota non inferiore al 10 per cento dei posti aggiuntivi da assegnare alle strutture ospedaliere universitarie, non universitarie di secondo livello e agli IRCCS, ai fini dell'attivazione di contratti di formazione e praticantato specialistico per la specializzazione in medicina di pronto soccorso, anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, medicina interna e virologia.

4. Il contratto di formazione specialistica attraverso il *Teaching Hospital* prevede una parte di formazione teorica e una parte di attività pratica, secondo le modalità stabilite dall'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e dall'articolo 5 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 12 ottobre 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 296 del 21 dicembre 2015. L'attività di formazione teorica e pratica, in accordo con quanto disposto dall'articolo 7 del citato decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 12 ottobre 2015, si svolge sotto la guida di *tutor senior* valutati e riconosciuti idonei dal consiglio della scuola di specializzazione di riferimento tra i dirigenti medici di struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata con almeno cinque anni di anzianità di servizio che, su base volontaria, al raggiungimento, ove dipendenti di enti del SSN, dei requisiti di cui al comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono, in deroga al comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, il trattenimento in servizio per un ulteriore biennio, fino al maturare del quarantaduesimo anno di servizio effettivo e al settantaduesimo anno di età, finalizzato prevalentemente allo svolgimento di attività di formazione nell'ambito dei contratti di formazione e praticantato specialistico nelle strutture accreditate. I *tutor senior* di cui al periodo precedente possono essere altresì reclutati tra i medici, in possesso dei predetti requisiti, collocati a riposo da non oltre trentasei mesi. I compensi erogati ai *tutor senior* ai sensi del presente articolo sono soggetti ad una tassazione fissa nella misura del 15 per cento e non sono cumulabili con i redditi da lavoro dipendente, di cui all'articolo 49 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. I *tutor se-*

nior sono individuati dal consiglio della scuola di specializzazione in via prioritaria tra i direttori di struttura ospedaliera semplice, complessa o di alta specializzazione, o posizioni equivalenti, comunque con non meno di cinque anni di anzianità di servizio con merito certificato dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto, universitarie e non universitarie, nonché IRCCS di appartenenza, che aderiscono al sistema formativo delle strutture qualificate in *Teaching Hospital* e *Second Opinion Supporting* di cui al comma 5. Per quanto non diversamente previsto dal presente articolo, la formazione specialistica attraverso il *Teaching Hospital* è disciplinata dall'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e dal decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, in quanto compatibili, e in ogni caso nell'ambito del coordinamento operato dalla scuola di specializzazione.

5. Al fine di valorizzare le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto, universitarie e non universitarie, e gli IRCCS che erogano prestazioni *Second Opinion Supporting*, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottate disposizioni per l'introduzione, quale strumento operativo a supporto della rete formativa dei corsi di formazione specialistica di cui al citato decreto legislativo n. 368 del 1999 e dei contratti di formazione specialistica attraverso il *Teaching Hospital*, della procedura di supporto clinico multidisciplinare collegiale di tipo *Virtual Hospital* (SCMC-VH), da svolgere all'interno del sistema formativo *Teaching Hospital* e *Second Opinion Supporting* (TH-SOS) e consistente nell'apprendimento delle tecniche di erogazione di prestazioni di tipo diagnostico terapeutico effettuate da remoto e mediante teleconsulto secondo protocolli *standard*. Con il medesimo

decreto sono definite le modalità di realizzazione della messa in rete delle strutture di tipo TH-SOS, nell'ambito di forme qualificate di *Constant Training On The Job*, nonché dei programmi formativi da svolgersi presso i centri di simulazione medica avanzata.

6. Le disposizioni di cui ai commi 2, 3, 4 e 5 si applicano a tutte le specializzazioni afferenti alle restanti professioni della dirigenza sanitaria, in particolare a psicologi, biologi, farmacisti, odontoiatri, veterinari, fisici e chimici.

7. Alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto, universitarie e non universitarie, e agli IRCCS titolari di contratti di formazione specialistica attraverso il *Teaching Hospital*, stipulati ai sensi del presente articolo, è riconosciuto annualmente, per l'erogazione delle attività formative, in forma forfettaria e anticipata, un importo pari al costo lordo annuo sostenuto per ciascun medico specialista da formare che operi presso le proprie strutture, comprensivo di tutti gli oneri previsti per legge, per ciascun anno di contratto e fino al conseguimento del titolo. Il beneficiario del contratto di formazione e praticantato specialistico è tenuto a prestare servizio presso strutture pubbliche e private accreditate e a contratto in regime di SSN per i cinque anni successivi alla specializzazione, salvo rimborso allo Stato del costo sostenuto per la sua formazione specialistica nel caso di spostamento all'estero per lo svolgimento dell'attività professionale.

8. Per l'attivazione dei contratti di formazione specialistica attraverso il *Teaching Hospital* e per il trattenimento in servizio dei *tutor senior*, di cui al presente articolo, è autorizzata una spesa nel limite massimo di 90 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2021 al 2023, a valere sulle disponibilità del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a), del decreto-legge 29 novembre

2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

9. Per le finalità di cui al presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, e successivamente con cadenza annuale, il numero dei medici specialisti da formare per ciascuna tipologia di specializzazione, comunicandolo al Ministero della salute e al Ministero dell'università e della ricerca. A seguito delle comunicazioni ricevute, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze, è determinato il numero di medici specialisti da formare attraverso i corsi di specializzazione istituiti ai sensi del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e il numero di medici specialisti da formare attraverso il *Teaching Hospital* presso le strutture di cui al comma 4.

Art. 12.

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

1. Le strutture del Servizio sanitario nazionale e le istituzioni private accreditate rispondono in termini di processi, infrastrutture tecnologiche e strumenti informatici a livelli essenziali di ammodernamento digitale in ambito ospedaliero. La digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e ospedalieri, con particolare riferimento ai sistemi di blocco operatorio, *laboratory information system*, risonanze, servizi di farmacia, pronto soccorso, diagnostica per immagini, *repository* e *order entry*, è compresa nei livelli essenziali di assistenza ed è garantita dal Servizio sanitario nazionale.

2. Entro tre mesi 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 della disponibilità ordinaria dei posti letto dei pronto soccorso, dei reparti di osservazione breve intensiva e dei punti di primo intervento, possono intervenire, in via sperimentale per il periodo 2021-2026, anche attraverso la riqualificazione dell'edilizia sanitaria e socio-sanitaria di strutture e attrezzature destinate in origine alla gestione di eventuali situazioni emergenziali pandemiche con linee progettuali dedicate e territorialmente proporzionali sia per le strutture pubbliche sia per quelle private.

4. Al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e una risposta omogenea del sistema preospedaliero e ospedaliero territoriale di emergenza-urgenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono nel periodo 2021-2026 ad adeguare le soluzioni organizzative del sistema dell'emergenza-urgenza, nonché la dotazione dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, in modo da garantire un livello ottimale di dotazione, al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale integrata ospedale-territorio fino a 4,4 posti letto per 1.000 abitanti, anche nell'ambito degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ai sensi del regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, in aggiornamento dei parametri previsti dall'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

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 al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, le modifiche necessarie in relazione alle disposizioni di cui al comma 4.

Art. 13.

(Rating degli 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 periodo 2021-2026, un sistema unico integrato Stato-regioni di *rating* di qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori di servizi sanitari e delle relative premialità e penalità del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza e 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 infrastrutture tecnologiche 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 urgenza e di emergenza preospedaliera e ospedaliera;

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

c) sicurezza delle cure, in termini di garanzia della 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 o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure.

4. Il sistema di *rating*, di cui al comma 1, prevede l'impiego di tecniche di *Machine Learning* in modo da coniugare un monitoraggio e una valutazione dei percorsi operati in modo oggettivo con una valutazione operata sulla base di indicatori di soddisfazione.

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

Art. 14.

(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, defini-

scono le forme di responsabilità e l'eventuale onere risarcitorio derivanti dalla mancata ottemperanza alle obbligazioni previste dai medesimi contratti.

Art. 15.

(Modalità di finanziamento)

1. Con decreto del Ministro della salute, adottato 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 *pro capite* dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni assistenziali del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-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.

2. Per il periodo 2021-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ivi inclusi quelli in tema di emergenza-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*, così come definito a normativa vigente, e comunque per un importo non inferiore a 2.000 euro *pro capite*.

3. Relativamente alle risorse di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare in maniera flessibile quota parte delle risorse medesime, nel rispetto delle finalità previste dalla presente legge, creando un centro di costo appositamente rendicontato.