

Senato della Repubblica
XIX Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1153

Misure per il potenziamento, il rafforzamento e la revisione del Servizio sanitario nazionale

14/07/2024 - 08:44

Indice

1. DDL S. 1153 - XIX Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1153	4

1. DDL S. 1153 - XIX Leg.

1.1. Dati generali

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

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1153

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

Senato della Repubblica XIX LEGISLATURA

N. 1153

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **ROMEO**, **CANTÙ**, **MURELLI**, **MINASI**, **BERGESIO**, **BORGHESI**, **DREOSTO**, **PAGANELLA**, **PIROVANO**, **POTENTI**, **PUCCIARELLI**, **STEFANI**, **TESTOR** e **TOSATO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 MAGGIO 2024

Misure per il potenziamento, il rafforzamento e la revisione del Servizio sanitario nazionale

Onorevoli Senatori. - Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, che recita: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

La norma è rivoluzionaria nel doppio valore della salute: è un diritto individuale inviolabile e assoluto e un bene di rilevanza collettiva. L'Italia è stata la prima in Europa a riconoscere il diritto alla salute nella sua Costituzione.

I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la legge n. 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

La pandemia ha evidenziato il grande valore del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma ne ha anche messo in luce alcuni limiti e vulnerabilità. In particolare, sono emerse significative disparità nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, tempi di attesa e grado di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali.

In Italia la spesa sanitaria è stata per lungo tempo inferiore alla media UE, ma le misure emergenziali hanno contribuito a un consistente incremento del livello del finanziamento del SSN.

Nonostante tale incremento economico per la spesa sanitaria, è ormai notizia nota, in quanto giornalmente testate giornalistiche e servizi televisivi ne parlano, che ci troviamo in una fase in cui il Servizio sanitario è particolarmente sovraccaricato, in quanto si rilevano delle problematiche in relazione all'accesso dei cittadini al servizio, in particolare a causa delle lunghe liste di attesa.

Da un'analisi condotta da una società tecnologica italiana che opera come sito di comparazione, promozione e intermediazione di assicurazioni, prodotti finanziari e tariffe (*Facile.it*) è emerso che gli italiani si indebitano sempre più per curarsi, invero secondo le stime ammonterebbe ad oltre un miliardo di euro il valore dei prestiti personali erogati agli assistiti nel 2023 per far fronte alle spese mediche. La salute ha un costo e chiedere un finanziamento per sostenere le spese sanitarie è pratica sempre più diffusa tanto che, lo scorso anno, il peso percentuale di questi prestiti è aumentato del 6,6 per cento rispetto al 2022.

La richiesta di prestiti è infatti solo uno dei campanelli di allarme in ordine al fenomeno che gli esperti hanno ribattezzato « povertà sanitaria ». Da un rapporto redatto dall'Aiop, l'Associazione delle cliniche private, in collaborazione con il Censis, si rileva che nel 2023 il 42 per cento dei pazienti con redditi bassi, fino a 15 mila euro, è stato costretto a procrastinare o direttamente a rinunciare alle cure sanitarie, in quanto impossibilitati ad accedere al Ssn e non potendo sostenere i costi del privato.

La quota di coloro che sono stati costretti a rimandare o rinunciare alle cure mediche è del 32,6 per cento nella fascia di reddito tra i 15 mila e i 30 mila euro, per scendere al 22,2 per cento in quella tra i 30 mila e i 50 mila euro. Oltre i 50 mila euro, invece, è il 14,7 per cento a rinunciare. Nel *report* si segnala « l'effetto erosivo » sulla ricchezza che hanno le spese sanitarie, quando devono essere pagate con le proprie risorse personali. Anche in questo caso, chiaramente, l'impatto è diverso a seconda della fascia di reddito. In generale il 36,9 per cento degli italiani ha rinunciato ad altre spese, per potersi permettere quelle sanitarie: il 50,4 per cento tra i redditi bassi, il 40,5 per cento tra quelli medio-bassi, il 27,7 per cento tra quelli medio-alti e il 22,6 per cento tra quelli alti.

Le famiglie che hanno riscontrato un disagio economico a causa delle spese sanitarie erano il 4,7 per cento nel 2019, sono salite al 5,2 nel 2020, per arrivare ora al 6,1 per cento, percentuale che in numeri assoluti fa un milione e 580 mila nuclei familiari. In crescita è anche il fenomeno di quelle che vengono definite « spese sanitarie catastrofiche », ossia quelle che secondo l'Oms impoveriscono le famiglie quando superano del 40 per cento le capacità economiche finalizzate a sostenerle. Secondo il Crea Sanità sono il 2,8 per cento delle famiglie italiane, ma per i calcoli della sezione europea dell'Oms sarebbero molte di più, il 9,44 per cento, dato che si attesta tra i peggiori d'Europa. Fatte le somme tra chi si impoverisce in corso d'anno per le spese sanitarie e chi va in difficoltà per esborsi improvvisi ed esorbitanti, si arriva in totale quasi al 15 per cento delle famiglie italiane, circa 9 milioni di persone in difficoltà economica a causa della sanità pubblica che dimostra di non essere più in grado di garantire le cure a tutti i cittadini.

Nel *report* vengono elencati anche altri dati, frutto dell'indagine. Ad esempio si rende noto che la quota di cittadini che, dopo aver cercato inutilmente di accedere al Servizio sanitario, ha scelto di rivolgersi al privato è del 34,4 per cento dei redditi più bassi, del 40,2 per cento di quelli medio-bassi, del 43,7 per cento dei medio-alti e del 41,7 per cento dei più alti. Secondo il *report* si sta andando verso una « sanità per censo » dove chi può permettersi le cure vi accede, mentre chi non è in grado si trova costretto a rinunciare. Non solo: aumenta anche la quota di persone che si rivolgono direttamente alla sanità a pagamento, consapevole degli ostacoli all'accesso alla sanità pubblica: si tratta del 40,6 per cento dei bassi redditi, del 48,7 per cento dei redditi medio-bassi, del 57 per cento dei redditi medio-alti e del 63,3 per cento dei redditi più alti.

Ancora, è notizia di cronaca quella dei pronto soccorso sempre più affollati, dove si verificano costanti episodi di aggressione e violenza a danno dei sanitari. Così come il fatto che i pazienti sono collocati tra le corsie ospedaliere per giorni in attesa di un posto letto che si liberi nel reparto di competenza. È chiaro dunque, che è necessaria una revisione del sistema, affinché si intervenga dalla fonte per risolvere queste storture, e quindi a partire da una revisione dell'intero sistema di presa in carico del paziente già a livello della medicina di prossimità, prevedendo che i medici di medicina generale, i primi che hanno un rapporto con il paziente, abbiano maggiori compiti e non si limitino alla riproduzione di mere ricette. Prevedendo, così, l'implementazione dei compiti del primo soggetto che ha un rapporto diretto con il paziente, così come delle strutture in cui esso opera, affinché vi sia l'instaurazione di rapporti sinergici tra questi e gli specialisti, al fine di evitare molti accessi inappropriati ai pronto soccorso.

Altro tema basilare, che certamente deve essere attenzionato e a cui si deve tendere, è quella della digitalizzazione.

Il nuovo rapporto su « *Sustainable Health* », come il digitale cambia la percezione e il rapporto cittadino-sanità, salute e benessere, presentato dall'Osservatorio della Fondazione per la sostenibilità digitale, la più importante Fondazione di ricerca riconosciuta in Italia dedicata ad approfondire i temi della sostenibilità digitale, mette in evidenza come le tecnologie digitali per la sanità vengano accolte positivamente da circa tre quarti della popolazione italiana, ma di fatti sono utilizzate da solo un terzo di essa. La ricerca, eseguita attraverso una rilevazione di dati effettuata in collaborazione con l'Istituto Piepoli, mette in evidenza come per il 77 per cento dei cittadini l'avvento delle tecnologie digitali nel settore sanitario ha migliorato il servizio e l'esperienza dell'utente.

Per correggere determinate storture del servizio appare fondamentale predisporre un sistema di controlli delle strutture in ordine all'erogazione delle prestazioni. Invero, è importante avere contezza

delle modalità di erogazione dei servizi, al fine di poterne valutare l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza. Con la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021, legge 5 luglio 2022, n. 118, è stato predisposto, all'articolo 15 un sistema di revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché un sistema di monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati.

È però opportuno estendere la portata di questi controlli anche ai soggetti pubblici, nonché prevedere delle nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari affinché il sistema dei controlli sia più diffuso e più puntuale. Solo con un debito controllo possono esservi risultati migliori a costi minori.

L'attuale situazione non assicura quei principi cardine del nostro Servizio sanitario nazionale, ed è dunque fondamentale garantire che si torni alla piena tutela, al fine di riportare la salute come bene di tutti e bene per tutti.

Inoltre, l'incremento della prevalenza delle malattie cronico degenerative e l'invecchiato della popolazione rendono indispensabile implementare un sistema imperniato sulla medicina dell'iniziativa. Quindi su un modo di operare interprofessionale che ha bisogno di un numero adeguato di professionisti, qualificati e giustamente retribuiti.

Dall'analisi di tali dati emerge chiaramente la necessità di dover intervenire in modo fattivo e celere al fine di risolvere le distorsioni dell'attuale Servizio sanitario nazionale, e quindi andare a rivederne e rimodularne le modalità operative.

Sulla base di tali riflessioni nasce l'idea di questo disegno di legge, che contiene varie misure volte al potenziamento, al rafforzamento e alla revisione di diversi ambiti del Servizio sanitario nazionale. Invero, il presente disegno di legge ha lo scopo di affrontare, non solo nel breve e medio periodo, i rilevanti *vulnus* e le notevoli criticità acuitesi durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19, costituenti altrettanti ostacoli alla piena attuazione del dettato costituzionale in termini di garanzia dei tempi, modi e contenuti delle risposte in materia di salute e di tutela delle fragilità, confacenti all'effettivo bisogno espresso dovute ai cittadini. Si tratta dell'evoluzione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, accessibili secondo modalità di appropriatezza temporale e sostanziale, in ragione dell'intrinseca universalità del diritto fondamentale di cui all'articolo 32 della Costituzione.

Nel presente disegno di legge, nel Capo I, all'articolo 1 sono contenute le finalità, prevedendo un riordino del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di garantire la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza dei cittadini, nonché di rafforzare il Servizio sanitario nazionale (SSN) in capitale umano debitamente formato, attraverso l'ampliamento della rete formativa in medicina e chirurgia e la revisione del relativo trattamento economico, il potenziamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie e lo sviluppo dei servizi digitali garantendo l'interoperabilità dei dati e il controllo degli erogatori nonché la prevenzione e il controllo in ambito veterinario.

Il Capo II, reca disposizioni in materia di regolazione contrattuale, digitalizzazione dei servizi sanitari e valorizzazione del personale sanitario per il definitivo superamento delle liste di attesa. In particolare all'articolo 2 si prevedono le nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari, con l'articolo 3 si dettano disposizioni finalizzate all'Implementazione dell'Ecosistema Digitale di Sanità Territoriale, all'articolo 4 si prevede l'introduzione della Cartella Clinica Regionale e con l'articolo 5 si dispone l'implementazione dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale, con l'articolo 6 si prevede l'attivazione dei servizi di telemedicina, quali in particolare la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza. Le predette misure sono finalizzate all'avviamento di un processo di completa digitalizzazione del percorso di ricovero e ambulatoriale del paziente, garantendo il superamento degli attuali vincoli tecnologici permettendo, così, di accrescere il patrimonio informativo a disposizione degli utenti clinici al fine della maggiore e più semplice diffusione dei dati. L'articolo 7 sancisce la digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e ospedalieri, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico e alle prescrizione elettronica, come propedeutica alla qualificazione e contrattualizzazione degli erogatori in regime di Servizio

sanitario nazionale.

Per l'abbattimento delle liste di attesa sono introdotte particolari misure strategiche, in particolare con l'articolo 8 si dispone la gestione integrata dei sistemi regionali di gestione delle prenotazioni di analisi, esami e visite mediche, al fine di velocizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture sanitarie, garantendo la disponibilità dell'intera offerta sul territorio in un unico punto, prevedendo particolari misure per i pazienti oncologici nel percorso di *follow-up*. L'articolo 9 prevede l'apertura degli ambulatori anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale sia di quella libero professionale nonché attraverso l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Per l'analisi e il monitoraggio delle liste di attese, al fine della creazione di un unico centro di monitoraggio e responsabilità, l'articolo 10 introduce la figura del responsabile unico regionale delle liste di attesa. All'articolo 11, al fine di incentivare i professionisti alla partecipazione ai programmi di recupero delle liste di attesa, è previsto un incremento della tariffa oraria corrisposta. Nell'articolo 12 sono introdotte misure volte a valorizzare le professioni sanitarie, prevedendo l'incremento dell'autonomia professionale, il superamento del vincolo di esclusività e il potenziamento della formazione post-base.

Il Capo III reca misure per il potenziamento della medicina territoriale integrata Ospedale/Territorio nonché per sopperire alla carenza di medici di assistenza territoriale e di infermieri. L'articolo 13 del presente capo istituisce la Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (*One Health*), composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, a cui spetta il compito di garantire la continuità di cura dell'assistito secondo principi di prevenzione e di promozione della salute individuale e di cura appropriata. L'articolo 14 prevede l'introduzione della figura dell'assistente infermiere quale figura di interesse sanitario deputato a svolgere tutte le funzioni infermieristiche di primo livello. L'articolo 15 reca misure straordinarie al fine di sopperire alle esigenze derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale.

Il Capo IV introduce misure per l'accesso e il riordino del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia nonché disposizioni in materia di formazione specialistica medica e veterinaria. L'articolo 16 dispone una delega al governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria. Gli articoli 17, 18, 19, 20, 21 e 22 dispongono misure volte al potenziamento della formazione universitaria medica e veterinaria, al fine del superamento della carenza quantitativa di medici specialisti attraverso il rafforzamento delle azioni di sistema per lo sviluppo e l'ampliamento della rete formativa, di un modello integrato di formazione specialistica tramite contratti altamente professionalizzanti, al fine di agevolare l'occupazione dei giovani medici e dei veterinari e provvedere al soddisfacimento dell'adeguato fabbisogno di medici specialisti e dei veterinari. Per il raggiungimento di tali finalità si prevede un incremento del trattamento economico dei medici specializzandi ed un sostanziale allineamento della condizione degli specializzandi veterinari a quelli medici, sia in relazione ai criteri di determinazione del numero di posti disponibili nelle scuole sulla base della rilevazione biennale del fabbisogno sia, soprattutto, in termini di trattamento economico.

Il Capo V reca il riordino del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e l'integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza. L'articolo 23 definisce il sistema di emergenza sanitaria preospedaliera disponendo le prestazioni che rientrano in tale sistema. L'articolo 24 detta i principi sulla base dei quali le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano organizzano il sistema di emergenza sanitaria preospedaliera. L'articolo 25 dispone l'integrazione tra le centrali uniche di risposta, il sistema di soccorso, la rete ospedaliera e il territorio, prevedendo l'attivazione dei numeri NUE 112 e (NEA) 116117 quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. L'articolo 26 individua il personale operante presso il sistema di emergenza sanitaria preospedaliera. L'articolo 27 istituisce le figure di soccorritore e di autista soccorritore del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera e l'articolo 28 quella del tecnico delle centrali di soccorso delle cure sanitarie non urgenti, delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e delle centrali uniche di risposta NUE 112. L'articolo

29 regola le attività di emergenza e urgenza ospedaliera. L'articolo 30 detta norme volte al potenziamento e alla riqualificazione delle strutture sanitarie del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria.

Il Capo VI reca disposizioni in ordine alla prevenzione, la protezione e la tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica. L'articolo 31 dispone una delega al Governo per il riordino delle norme in materia di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale. L'articolo 32 detta i principi e criteri direttivi per il potenziamento della prevenzione, la protezione e la tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica. L'articolo 33 individua i principi e criteri direttivi per la revisione delle strutture adibite a residenza per le persone affette da disturbi mentali. L'articolo 34 detta i principi e criteri direttivi per la realizzazione di un sistema di valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, l'articolo 35 reca i principi e criteri direttivi per la riorganizzazione di ciascun dipartimento di salute mentale DSM, l'articolo 36 indica i principi e i criteri direttivi per la revisione ed il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, l'articolo 37 indica i principi e criteri direttivi per il rafforzamento delle azioni di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio.

Il Capo VII reca l'implementazione delle misure di prevenzione sanitaria, disposizioni in materia di educazione e promozione alla salute nelle scuole nonché per la partecipazione delle associazioni dei pazienti. L'articolo 38 dispone in materia di programmi di screening, prevedendo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della loro autonomia, delle rispettive competenze e delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche in collaborazione con le associazioni di riferimento, istituiscano programmi di screening gratuiti della popolazione per la diagnosi precoce di determinate malattie particolarmente comuni. L'articolo 39 istituisce il programma di Consulenza Genetica Oncologica (CGO), rivolto a tutti i soggetti a rischio di contrarre patologie oncologiche per causa eredo-familiare, al fine di realizzare percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce per le forme ereditarie delle forme tumorali e dispone una modifica alla legge 22 marzo 2019, n. 29, recante Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. L'articolo 40 prevede l'attivazione di campagne nazionali di sensibilizzazione e informazione, sull'importanza della prevenzione, la diagnosi precoce e la cura delle malattie, in particolare di quelle ereditarie. L'articolo 41 contiene disposizioni per la partecipazione di associazioni di malati e organizzazioni di cittadini ai tavoli decisionali in materia di tutela della salute. L'articolo 42 introduce l'insegnamento dell'educazione sanitaria come disciplina curriculare nelle scuole di ogni ordine e grado. Per le finalità del predetto articolo l'articolo 43 istituisce la figura del medico di Istituto operante nelle scuole di ogni ordine e grado, come professionista che opera in ambito scolastico in collaborazione e integrazione proattiva con il pediatra di libera scelta o con il medico del ruolo unico di assistenza primaria, mentre l'articolo 44 prevede l'istituzione dell'ambulatorio scolastico.

Il Capo VIII reca disposizioni per la tutela delle persone affette da patologie cronicodegenerative. L'articolo 45 introduce misure per la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi sanitari per la cura delle patologie croniche, ovverosia quelle malattie caratterizzate da scarso accesso alle cure, ingente ritardo diagnostico, con conseguente accumulo di danno d'organo e di invalidità. L'articolo 46 dispone l'individuazione di centri di riferimento, per singola patologia cronica, i quali definiscono il piano diagnostico terapeutico-assistenziale personalizzato, comprese le terapie avanzate e i farmaci innovativi, e i monitoraggi della persona affetta da patologie croniche. L'articolo 47 reca disposizioni volte all'implementazione dell'offerta farmaceutica per i pazienti affetti da malattie croniche degenerative al fine di assicurarne l'immediata disponibilità. L'articolo 48 prevede all'interno della programmazione nazionale per la formazione continua la predisposizione di idonei corsi di formazione dedicati agli specialisti e alle professioni sanitarie in materia di malattie croniche degenerative. L'articolo 49 introduce disposizione volte all'educazione, l'informazione e la sensibilizzazione sulla prevenzione e cura delle patologie cronicodegenerative. L'articolo 50 reca disposizioni in ordine alle cure palliative per i malati oncologici.

Il Capo IX introduce strumenti di *governance* nella programmazione, prevenzione e controllo in

ambito veterinario. L'articolo 51 individua il Piano nazionale Prevenzione Veterinaria (PPV), come lo strumento di programmazione nazionale che definisce e aggiorna periodicamente gli obiettivi della sanità veterinaria e gli interventi di prevenzione, vigilanza e controllo definiti quali livelli essenziali di assistenza (LEA). In linea con gli obiettivi del PPV si prevede l'istituzione, su base volontaria, di un sistema di valutazione degli operatori economici delle filiere agroalimentari, al fine di rendere disponibili ai consumatori informazioni circa la qualità e la sicurezza degli alimenti e valorizzare le eccellenze delle filiere agroalimentari italiane.

Il capo X reca le disposizioni finali, prevedendo all'articolo 52 le norme di attuazioni e all'articolo 53 la copertura finanziaria del presente disegno di legge.

DISEGNO DI LEGGE

Capo I

PRINCIPI FONDAMENTALI

Art. 1.

(Finalità)

1. Ai fini della piena attuazione dell'articolo 32 e nel rispetto dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), e terzo comma, della Costituzione e in linea con i principi ordinamentali dell'autonomia differenziata, la presente legge opera un riordino del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di garantire la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza dei cittadini, agendo in prevenzione prima che in cura, nonché di rafforzare l'investimento in capitale umano debitamente formato, tramite l'ampliamento della rete formativa in medicina e chirurgia e la revisione del relativo trattamento economico, il potenziamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie in tecnologia e innovazione e lo sviluppo dei servizi digitali, garantendo l'interoperabilità dei dati e il controllo degli erogatori mediante valutazione prestazionale nonché potenziando la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare, per un sistema globale di valutazione del benessere dell'utente.

2. Per il perseguimento delle finalità di cui al comma 1, la presente legge reca disposizioni in tema di digitalizzazione dei servizi sanitari, di abbattimento delle liste di attesa e di valutazione e monitoraggio delle prestazioni, volte a garantire a tutti i cittadini l'equo e sostenibile accesso alle cure, la personalizzazione e l'umanizzazione delle stesse nell'ambito dell'assistenza territoriale primaria, dell'emergenza-urgenza, della cura delle malattie mentali, delle malattie croniche, in particolare quelle oncologiche, nonché della prevenzione e dell'educazione sanitaria, secondo principi di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale, anche tramite il contrasto della carenza di medici mediante il superamento dell'accesso a numero chiuso al corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia e la revisione delle specializzazioni mediche e veterinarie e del corso di formazione specifica in medicina generale.

Capo II

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI REGOLAZIONE CONTRATTUALE, DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO PER IL DEFINITIVO SUPERAMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

Art. 2.

(Nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito il nuovo sistema di regolazione contrattuale al fine di:

a) prevedere che tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto siano tenuti, proporzionalmente alle risorse assegnate, alla normalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni e degli interventi secondo il principio di flessibilità erogativa di sistema nonché ad assicurare le prestazioni specialistiche di supporto clinico diagnostico e di seconda opinione necessarie ai medici del ruolo unico di assistenza

primaria per l'appropriata e tempestiva presa in carico dei loro assistiti per i bisogni che non richiedono l'ospedalizzazione;

b) prevedere l'adesione di tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto alla Rete di cui all'articolo 13 e al sistema di emergenza urgenza preospedaliero e ospedaliero di cui alla presente legge, proporzionalmente alle risorse assegnate;

c) stabilire che l'esatta osservanza dei principi a) e b) sia verificata e controllata oggettivamente, prevedendo un sistema di valutazione e monitoraggio delle regioni nell'esercizio dell'autonomia differenziata ovvero in applicazione di un modello di riferimento adottato dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) per conto del Ministero della salute;

d) introdurre un sistema volto alla premialità, il quale preveda che al 30 settembre di ogni anno le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dell'andamento della riduzione delle liste di attesa in ragione delle evidenze dei dati dei rapporti di valutazione certificati dalle aziende sanitarie territoriali, possano autorizzare gli erogatori che hanno raggiunto gli obiettivi negoziali a un aumento della spesa fino al 20 per cento, da calcolare sulla base della spesa storica degli ultimi cinque anni;

e) prevedere che i principi di cui alle lettere a) e b) costituiscano la base per la valutazione prestazionale di ogni singolo erogatore ai fini della definizione delle risorse per l'anno successivo e costituiscano altresì le regole generali per la contrattazione regionale degli erogatori.

Art. 3.

(Implementazione dell'Ecosistema digitale di sanità territoriale)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali per la realizzazione di un ecosistema regionale per la raccolta, la gestione e il governo dei dati e dei processi sanitari relativi all'assistenza territoriale dell'Ecosistema digitale di sanità territoriale finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) la raccolta uniforme dei dati per le finalità di prevenzione, assistenza e cura dei cittadini sul territorio, nonché la pianificazione, la programmazione e il monitoraggio dei livelli assistenziali territoriali;

b) l'integrazione dei processi e dei flussi di lavoro e la piena interoperabilità dei dati clinici tra gli enti sanitari per supportare percorsi integrati di cura e assistenza per favorire la collaborazione tra gli operatori sanitari e sociali;

c) la creazione di un'infrastruttura per il supporto della medicina di popolazione e la medicina di iniziativa;

d) lo sviluppo dei servizi digitali per i professionisti e i cittadini, così da favorire il loro ingaggio e la loro partecipazione attiva nella tutela e nella cura della loro salute, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Art. 4.

(Introduzione della Cartella clinica elettronica regionale)

1. Per le finalità di cui all'articolo 3, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano la Cartella clinica elettronica regionale al fine di avviare un processo di completa digitalizzazione del percorso di ricovero e ambulatoriale del paziente, garantendo il superamento degli attuali vincoli tecnologici, permettendo di accrescere il patrimonio informativo a disposizione degli utenti clinici e per la maggiore e più semplice diffusione dei dati clinici sia all'interno dell'ente sia a livello di fascicolo sanitario elettronico (FSE) del cittadino.

Art. 5.

(Implementazione dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano soluzioni per lo sviluppo di funzionalità innovative garantite dall'intelligenza artificiale, al fine di garantire l'implementazione dell'analisi predittiva, la creazione automatica di rapporti medici dettagliati e personalizzati, basati su

dati clinici complessi, e la personalizzazione della comunicazione con i pazienti.

Art. 6.

(Telemedicina)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano servizi di telemedicina, quali in particolare la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza, al fine di garantire il funzionamento uniforme di percorsi di cura che prevedano la valutazione e l'attivazione di servizi di telemedicina, attraverso modelli organizzativi di presa in carico dei pazienti in telemedicina, volti a garantire il rafforzamento della cura dei pazienti in un percorso di medio-lungo periodo, prevedendo la possibilità di erogare prestazioni di telemedicina per tutti i professionisti sanitari.

Art. 7.

(Obblighi di digitalizzazione e informazione degli erogatori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale)

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

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

- a) condividono mediante le piattaforme regionali i dati clinici e radiologici con i sistemi ospedalieri e preospedalieri di emergenza urgenza e con il sistema territoriale delle Case della comunità;
- b) mettono a disposizione, attraverso *software* dedicati, i dati ritenuti strategici per la gestione delle reti di patologia e la disponibilità di posti letto specialistici, intensivi e subintensivi;
- c) alimentano le banche di dati funzionali alla rilevazione e gestione della permanenza nei pronto soccorso in attesa del ricovero in reparto.

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

Art. 8.

(Integrazione dei sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie - Centri unici di prenotazione)

1. Ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano realizzano sistemi regionali di gestione delle prenotazioni di analisi, esami e visite mediche specialistiche su tutto il territorio della regione o della provincia autonoma.
2. Il sistema di cui al comma 1 opera attraverso le integrazioni con i Centri unici di prenotazione (CUP) aziendali ed è volto a velocizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture sanitarie, garantendo la disponibilità dell'intera offerta sul territorio in un unico punto consentendo di eliminare le duplici prenotazioni in strutture diverse.
3. In caso di malattia oncologica, al fine di garantire la piena ed efficiente presa in carico del paziente nel percorso di *follow-up*, la prenotazione degli esami e delle visite successive avviene da parte della

struttura che ha già in cura il paziente.

4. Tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto sono tenuti ad aderire al sistema di centralizzazione di cui al presente articolo, il quale costituisce elemento contrattuale qualificante.

Art. 9.

(Ampliamento dei giorni e degli orari di apertura degli ambulatori)

1. Al fine del miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale mediante l'apertura degli ambulatori all'utenza esterna anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale sia di quella libero-professionale e mediante l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa.

Art. 10.

(Responsabile unico regionale delle liste d'attesa)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituiscono l'Unità centrale di gestione dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione.

2. Dell'Unità di cui al comma 1 fanno parte i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, i quali in modo congiunto provvedono a individuare il Responsabile unico regionale delle liste d'attesa (RULA) a cui si attribuiscono le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa da adottare con validità annuale.

3. Presso ogni azienda sanitaria sono costituite le unità di gestione e miglioramento dei tempi e delle liste di attesa periferiche di cui fanno parte anche le associazioni dei pazienti iscritte al Registro unico nazionale del Terzo settore, in particolare le organizzazioni di volontariato, in possesso di comprovata esperienza. Le suddette unità di gestione devono garantire la piena trasparenza delle agende delle aziende sanitarie in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie e operano in sinergia con l'Unità centrale di cui al comma 1 per l'attuazione degli interventi previsti a livello di programmazione regionale.

4. Tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto sono tenuti a garantire la piena trasparenza della propria agenda di prenotazione delle prestazioni sanitarie, la quale costituisce elemento contrattuale qualificante.

5. Il RULA è responsabile dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

6. Il RULA detiene e aggiorna un apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del comma 1 e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui all'articolo 2 della presente legge in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Redige, con cadenza annuale, un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d'attesa in ambito aziendale e segnala le eventuali criticità.

7. Il RULA procede alla definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Art. 11.

(Misure per il recupero delle liste di attesa)

1. Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nonché di ridurre le liste di attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2019-2021 del 19 dicembre 2019, pubblicato nella

Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'11 marzo 2024, per le quali la tariffa oraria fissata dal comma 3 del medesimo articolo 89 può essere aumentata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nonché per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera *d*), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021 del 2 novembre 2022, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 24 gennaio 2023, per le quali la tariffa oraria può essere aumentata fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

2. Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale che fanno ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui al presente articolo sono tenuti a impiegare le relative risorse entro il termine di dodici mesi dalla data del trasferimento delle medesime e a pubblicare, con cadenza annuale, le finalità di ciascuna spesa e i risultati ottenuti in termini di riduzione dei tempi d'attesa.

3. Per il personale del Servizio sanitario nazionale che sceglie di non fare attività *extra-moenia*, l'ente di riferimento può prevedere ulteriori premi economici annuali e percorsi di valorizzazione professionale, per l'attività straordinaria svolta presso l'ente.

Art. 12.

(Valorizzazione delle professioni sanitarie)

1. Per garantire l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e la valorizzazione delle professioni sanitarie, al fine di definire e implementare modelli organizzativi e gestionali appropriati ai bisogni di salute, il presente articolo promuove il ruolo delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, mediante l'incremento dell'autonomia professionale, il superamento del vincolo di esclusività e il potenziamento della formazione post-base.

2. Le professioni sanitarie di cui al comma 1 includono, tra l'altro:

a) professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica:

1) infermiere, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739;

2) ostetrica/o, individuati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 740;

3) infermiere pediatrico, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 70;

b) professioni sanitarie riabilitative:

1) podologo, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 666;

2) fisioterapista, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741;

3) logopedista, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 742;

4) ortottista-assistente di oftalmologia, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 743;

5) terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 56;

6) tecnico della riabilitazione psichiatrica, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, n. 182;

7) terapeuta occupazionale, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 136;

- 8) educatore professionale, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520;
- c) professioni tecnico-sanitarie:
- 1) tecnico audiometrista, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 667;
- 2) tecnico sanitario di laboratorio biomedico, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 26 settembre 1994, n. 745;
- 3) tecnico sanitario di radiologia medica, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 26 settembre 1994, n. 746;
- 4) tecnico di neurofisiopatologia, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 15 marzo 1995, n. 183;
- 5) tecnico ortopedico, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 665;
- 6) tecnico audioprotesista, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 668;
- 7) tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 luglio 1998, n. 316;
- 8) igienista dentale, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 15 marzo 1999, n. 137;
- 9) dietista, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 744;
- d) professioni tecniche della prevenzione:
- 1) tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 58;
- 2) assistente sanitario, individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 69.
3. Al fine di compensare le carenze di personale e di garantire una continuità del sistema salute, è abolito il vincolo di esclusività per gli operatori delle professioni sanitarie, appartenenti al personale del comparto sanità, di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43.
4. Per garantire il mantenimento di uno *standard* elevato delle prestazioni erogate dalle professioni sanitarie, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in collaborazione con il Ministero della salute e il Ministero dell'università e della ricerca, erogano percorsi di formazione *post-base* accreditati per le professioni sanitarie, finalizzati a sviluppare nuove competenze specifiche. Contestualmente, è istituito un protocollo di certificazione di tali competenze avanzate al fine di consentire ai professionisti sanitari di esercitare l'attività in autonomia.
5. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le linee guida nazionali per l'attuazione delle disposizioni del presente articolo al fine di valorizzare l'autonomia delle professioni sanitarie nell'ottica di un'evoluzione e maggiore responsabilizzazione delle stesse garantendo lo sviluppo della carriera delle professioni.
6. Le amministrazioni competenti provvedono all'attuazione delle disposizioni del presente articolo con le risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Capo III

MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO NONCHÉ PER SOPPERIRE ALLA CARENZA DI MEDICI DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DI INFERMIERI

Art. 13.

(Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (One Health) di promozione della salute, prevenzione e continuità di assistenza e cura)

1. È istituita la Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (*One Health*), di seguito denominata « Rete », composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, operanti nelle forme di cui al comma 3. Ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria, in forma singola, associata o aggregata, è garante della continuità di cura dell'assistito secondo principi di prevenzione e di promozione della salute individuale e di cura appropriata.
2. La Rete è integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di *screening* nell'età evolutiva, inclusi la diagnosi precoce delle difficoltà cognitive del bambino e della depressione maggiore tra i ragazzi nella fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni, a sostegno delle famiglie e delle scuole, le azioni specifiche e gli interventi di prossimità rispetto ai nuovi bisogni e alle fragilità emergenti a supporto e tutela delle persone maggiormente a rischio. La Rete aggiorna i modelli e gli *standard* di assistenza distrettuale indicati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e secondo quanto previsto dal presente capo. Si assume quale rapporto ottimale di distribuzione sul territorio quello di un medico del ruolo unico di assistenza primaria ogni 1.000 assistiti e, come dotazione *standard* per aggregazione funzionale territoriale di cui al comma 3, di un numero di 20 medici del ruolo unico di assistenza primaria ogni 20.000 assistiti.
3. La Rete è organizzata a livello distrettuale tramite forme organizzative monoprofessionali, denominate « aggregazioni funzionali territoriali » (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e procedure di verifica, anche tramite le Case della comunità, che erogano prestazioni assistenziali infradistrettuali tramite la figura dell'infermiere di famiglia e comunità, che garantisce il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, quali medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, tenuto conto della peculiarità dei territori afferenti al distretto sanitario quali aree metropolitane, aree disagiate o a bassa densità di popolazione e isole minori. La Rete garantisce l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, per tutti i giorni della settimana e per tutti gli assistiti dei medici, singoli, associati o aggregati. A tal fine, l'apertura degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta deve essere articolata in modo da garantire, all'interno della AFT di riferimento, l'attività assistenziale dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì, per tutti gli assistiti dei medici e pediatri di libera scelta, singoli o associati. La disponibilità dalle ore 20 alle ore 24 è garantita dal medico del ruolo unico ad attività oraria e dal pediatra di libera scelta presso la Casa della comunità, sede di riferimento dell'AFT, o presso altra sede messa a disposizione dell'azienda sanitaria. Il suddetto modello organizzativo, sulla base di puntuale monitoraggio di garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) della medicina generale e dell'effettività della continuità assistenziale per tutti i cittadini e da personale medico e infermieristico del distretto sanitario, rappresenta lo *standard* minimo di appropriatezza erogativa delle prestazioni assistenziali per quanto riguarda l'accessibilità e la continuità, sia nella prevenzione che nella cura.
4. Le funzioni e le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria dalle ore 8 alle ore 20 comprendono:
 - a) la gestione delle patologie croniche con attività di telemedicina e di teleconsulto mediante l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche interfacciate sia con sistemi di monitoraggio che di rilevazione dei parametri clinici da remoto, secondo le linee guida ministeriali vigenti in materia con prestazioni di supporto specialistico, clinico e diagnostico erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il Servizio sanitario regionale di appartenenza;

- b) l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo inquadramento;
- c) nell'ambito dell'AFT di appartenenza, la copertura dell'attività assistenziale diurna per dodici ore dal lunedì al venerdì, tramite apertura coordinata degli studi;
- d) l'attività di prevenzione e promozione della salute, compresa la profilassi vaccinale in prevenzione e risposta a virus, influenzali e non, endemici e pandemici, secondo i programmi vaccinali nazionali e regionali, nonché la gestione dell'isolamento nella presa in carico delle patologie infettive degli assistiti;
- e) l'erogazione delle attività correlate al modello delle Case della comunità di cui alla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione regionale di un sistema strutturalmente integrato di emergenza urgenza, continuità assistenziale e medicina territoriale, assicurano nelle Case della comunità la continuità dell'assistenza dalle ore 24 alle ore 8, nel fine settimana e nei giorni festivi, anche in ulteriori sedi appositamente individuate.

6. La Rete si integra con il sistema di continuità assistenziale connesso al numero europeo armonizzato (NEA) 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di cure primarie secondo principi di appropriatezza, e forniscono al medesimo sistema le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali o alla centrale di telemedicina. La centrale di telemedicina, attraverso la rete delle strutture erogatrici, si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di continuità dell'assistenza, in particolare nelle aree remote e in relazione ai soggetti fragili, riducendo gli accessi al pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata.

7. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni operano nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscono all'Ecosistema dei dati sanitari (EDS) utilizzando il sistema di monitoraggio, di valutazione e di controllo di aderenza ai flussi informativi e di alimentazione del FSE di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite dal comma 7 del medesimo articolo 12, nonché delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, ai sensi del decreto del Ministro della salute e del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 18 maggio 2022 e del decreto del Ministro della salute del 20 maggio 2022, entrambi pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* n. 160 dell'11 luglio 2022.

Art. 14.

(Istituzione del profilo professionale di assistente infermiere quale operatore di interesse sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43)

1. È istituito il profilo professionale sanitario dell'assistente infermiere.
2. Il profilo professionale dell'assistente infermiere si aggiunge alle professionalità presenti nell'area sanitaria già previste dalla legge e si pone come figura di livello intermedio tra quello dell'infermiere laureato e quello dell'operatore sociosanitario.
3. La formazione dell'assistente infermiere avviene nell'ambito delle Scuole professionali per assistente infermiere allo scopo istituite.
4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire le Scuole professionali per assistente infermiere presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere.
5. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità e le regole nazionali per la costituzione delle Scuole professionali per assistente infermiere, il percorso didattico, il piano di studi e di tirocinio formativo, della durata complessiva di 1.500 ore, per la formazione degli assistenti infermieri.
6. Può altresì accedere al triennio formativo finale chi sia in possesso dell'attestato di qualifica di operatore sociosanitario.

7. Il diploma di scuola secondaria di secondo grado rilasciato dalla Scuola professionale per assistente infermiere, dopo i cinque anni di studi secondari superiori ovvero dopo il triennio formativo finale, consente l'accesso a qualsiasi corso di laurea universitario.

8. L'assistente infermiere svolge tutte le funzioni infermieristiche di primo livello, è impiegato nell'assistenza ospedaliera, domiciliare e territoriale e nelle strutture previste dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e collabora con le altre figure professionali, ferme restando le specifiche competenze. L'assistente infermiere:

- a) opera nel contesto di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie in ambito ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, negli istituti pubblici e privati, *profit e non profit*;
- b) collabora con le altre figure professionali nel campo dell'educazione alla salute, dell'epidemiologia e della prevenzione primaria;
- c) acquisisce il diritto a ricevere un aggiornamento professionale continuo con i relativi crediti formativi di educazione continua in medicina (ECM);
- d) ha compiti di tutorato con riconoscimento di crediti ECM.

9. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute adotta con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un elenco che individui in maniera puntuale gli ambiti professionali, le funzioni e le mansioni di tutte le professioni sanitarie non mediche.

10. All'attuazione delle disposizioni del presente articolo si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Art. 15.

(Misure straordinarie per sopperire alla carenza congiunturale di medici di medicina territoriale)

1. Al fine di sopperire alla carenza di medici di medicina del ruolo unico di assistenza primaria, le regioni nell'esercizio dell'autonomia differenziata e nel limite delle risorse disponibili possono reclutare in regime di rapporto di lavoro dipendente medici di medicina territoriale a cui è applicato il vigente contratto collettivo della dirigenza medica, ai quali assegnare utenza e funzioni anche nelle Case della comunità secondo il modello evoluto e integrato ai sensi delle disposizioni della presente legge e del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

2. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del sistema di formazione specifica e di programmazione della distribuzione delle borse di studio, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali per il ruolo unico del medico dell'assistenza primaria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto una o più delle seguenti attività nel periodo dal 1° marzo 2020 al 1° marzo 2022, per un totale complessivo di almeno 3.200 ore:

- a) servizio presso le unità di continuità assistenziale (UCA), ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- b) servizio presso aziende sanitarie o altri enti accreditati presso il Servizio sanitario nazionale nei reparti di pronto soccorso o adibiti alla ricezione di pazienti contagiati dal virus SARS-CoV-2. La partecipazione all'assegnazione dei soggetti di cui all'alinea è in ogni caso aggiuntiva alle assegnazioni già previste alla data di entrata in vigore della presente legge. I medici ai quali è conferito l'incarico di medico di medicina generale ai sensi del presente comma svolgono, nell'arco dei due anni successivi al conferimento dell'incarico, l'attività didattica prevista, pari a 1.600 ore. In caso di mancato svolgimento dell'attività didattica, l'incarico si intende revocato. Il termine di cui all'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, è prorogato fino al 31 dicembre 2026.

3. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza dei medici del ruolo unico dell'assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, per i medici iscritti al corso di formazione

specifica in medicina generale che, ai sensi della normativa vigente, hanno instaurato un rapporto convenzionale a tempo determinato con il Servizio sanitario nazionale o hanno assunto un incarico provvisorio, sono attivate a livello territoriale modalità innovative di tutoraggio, anche all'interno dei moduli prestazionali di supporto specialistico, clinico e diagnostico, da contrattualizzare con le strutture sanitarie accreditate e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, in particolare con gli IRCCS e le aziende ospedaliere universitarie di riferimento, nonché all'interno del distretto sanitario, con le Unità complesse di cure primarie, le Case della comunità e gli Ospedali di comunità quali sedi sia per la formazione continua che per la specializzazione universitaria, valorizzando altresì i medici di medicina generale pensionati e pensionandi su base volontaria, ancorché remunerati in base alla normativa vigente, con il coinvolgimento dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri per il controllo dei requisiti di formazione e di iscrizione ai corsi di medicina generale, al fine di garantire il supporto continuativo all'attività ambulatoriale svolta, anche ai fini previsti dall'articolo 26, comma 2, lettera d), del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

4. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, entro il 31 dicembre 2026, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali nel ruolo unico del medico dell'assistenza primaria anche i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto le funzioni di medico di assistenza primaria per almeno 1.000 giorni.

5. In via residuale, esaurita l'assegnazione delle borse di studio programmate per soddisfare le carenze accertate e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, i medici chirurghi specialisti di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, possono partecipare alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria sul territorio nazionale.

6. I medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi è riconosciuto ai fini del conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

7. Al fine di sopperire alla contingente carenza di medici calcolata entro il 31 dicembre 2026, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale medesimo, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti.

8. A decorrere dall'anno 2025 ai medici ammessi al corso di formazione in medicina generale è erogata una borsa di studio per un importo annuo complessivo lordo non inferiore a euro 26.500, correlata strettamente all'effettuazione del periodo di formazione.

Capo IV

MISURE PER L'ACCESSO E IL RIORDINO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA NONCHÉ DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICA E VETERINARIA

Art. 16.

(Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria, in attuazione degli articoli 32 e 34 della Costituzione e nel rispetto dell'autonomia delle università.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri

direttivi:

- a) prevedere che l'iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria sia libera;
- b) individuare le discipline qualificanti comuni che devono essere oggetto di insegnamento nel primo semestre dei corsi di studio di area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria da definire con i medesimi decreti legislativi di cui al comma 1, garantendo programmi uniformi e coordinati e l'armonizzazione dei piani di studio dei medesimi corsi, per un numero complessivo di crediti formativi universitari (CFU) stabilito a livello nazionale;
- c) prevedere che l'ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 sia subordinata al conseguimento di tutti i crediti formativi universitari (CFU) stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre svolti secondo standard uniformi nonché alla collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito nazionale;
- d) garantire, nel caso di mancata ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 il riconoscimento dei crediti formativi universitari conseguiti dagli studenti negli esami di profitto del primo semestre relativi alle discipline qualificanti comuni di cui alla lettera b), ai fini del proseguimento in un diverso corso di studi tra quelli di cui alla lettera b), da indicare come seconda scelta rispetto ad uno dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1, rendendo obbligatoria e gratuita la doppia iscrizione limitatamente al primo semestre, nonché individuare modalità per permettere l'iscrizione a corsi di laurea diversi da quelli di cui al comma 1 nonché di quelli definiti ai sensi della lettera b) del presente comma anche oltre il termine stabilito in via ordinaria;
- e) in coerenza con il fabbisogno di professionisti determinato dal SSN, individuare le modalità per rendere sostenibile il numero complessivo di iscrizioni al secondo semestre dei corsi di studio di cui alla lettera b), anche attraverso il potenziamento delle capacità ricettive delle università, nel rispetto di *standard* innovativi relativi alla qualità della formazione;
- f) individuare le modalità atte a consentire l'allineamento del contingente di posti dei corsi di laurea di cui alla lettera c) con i posti disponibili per l'accesso ai corsi di formazione *post lauream*;
- g) introdurre un sistema di monitoraggio dei fabbisogni del personale del SSN, in collaborazione con il Ministero della salute, al fine di intervenire a sostegno degli ambiti di specializzazione in cui si registrano le eventuali carenze;
- h) garantire che il numero di studenti iscritti al primo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 non sia considerato ai fini del riparto annuale del Fondo per il finanziamento ordinario delle università di cui all'articolo 5 della legge 24 dicembre 1993, n. 537;
- i) operare un riordino dell'offerta formativa universitaria che tenga conto del necessario allineamento tra i piani di studio dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 dei requisiti richiesti dalle rispettive classi di laurea, garantendo un'offerta formativa aderente a *standard* di qualità elevati;
- l) prevedere che gli studenti dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 possano svolgere un'attività di formazione teorico-pratica anche sotto la guida di *tutor*, individuati tra i dirigenti medici e sanitari in servizio presso le strutture ospedaliere e territoriali sia universitarie sia non universitarie, di primo e di secondo livello, pubbliche e private convenzionate, e presso gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);
- m) organizzare, anche in collaborazione con gli ordini delle professioni sanitarie, per gli ultimi tre anni di scuola secondaria di secondo grado, percorsi di orientamento e di sviluppo delle vocazioni per i corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 e corsi di studi di cui alla lettera b), i quali possano prevedere anche un tirocinio, assicurando la piena accessibilità degli stessi su tutto il territorio nazionale, secondo modalità afferenti ai percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO) definiti dal Ministero dell'istruzione e del merito, la cui frequenza sia valorizzata nell'ambito dell'attribuzione dei CFU previsti nel primo semestre dei corsi di laurea di cui al comma 1 e di quelli definiti ai sensi della lettera b) del presente comma;
- n) promuovere percorsi di formazione e di preparazione ai corsi di laurea magistrale di cui al comma 1

e corsi di studi di cui alla lettera *b*), anche in collaborazione con le università, cui possano accedere gli studenti e i diplomati delle scuole secondarie di secondo grado.

3. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, sentito il Ministro della salute. Limitatamente a quanto previsto dalla lettera *e*), i decreti di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli schemi dei decreti legislativi sono trasmessi alle Camere per l'espressione del parere da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si esprimono nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

4. Se il termine previsto per l'espressione del parere da parte delle Commissioni parlamentari scade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine per l'esercizio della delega previsto al comma 1, o successivamente, quest'ultimo è prorogato di quarantacinque giorni.

5. Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni correttive e integrative dei decreti legislativi di cui al comma 1, o recanti le norme eventualmente occorrenti per il coordinamento formale e sostanziale con le altre leggi dello Stato, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore dell'ultimo dei decreti legislativi medesimi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e secondo la procedura di cui al presente articolo.

6. Qualora uno o più decreti legislativi di cui al presente articolo determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, essi sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie, in conformità a quanto previsto dall'articolo 17, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Art. 17.

(Modificazioni all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. L'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è sostituito dal seguente:

« 1. Con cadenza triennale ed entro il 30 aprile del terzo anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle relative esigenze sanitarie e sulla base di una approfondita analisi della situazione di carenza di specialisti nel Servizio sanitario, individuano il numero ottimale rispetto al fabbisogno effettivo e oggettivizzato di medici specialisti da reclutare annualmente per la formazione, per ciascuna tipologia di specializzazione, comunicandolo al Ministero della salute e al Ministero dell'università e della ricerca. Entro il 30 giugno del terzo anno, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina il numero globale di specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, nonché il numero di contratti di formazione specialistica aggiuntivi attivabili presso le strutture di cui al comma 2, lettera *b*), tenuto conto dell'obiettivo di migliorare progressivamente la corrispondenza tra il numero degli studenti ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia e quello dei medici ammessi alla formazione specialistica, nonché del quadro epidemiologico, dei flussi previsti per i pensionamenti e delle esigenze di programmazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, con riferimento alle attività del Servizio sanitario nazionale.

2. In base all'individuazione effettuata ai sensi del comma 1:

a) il Ministro dell'università e della ricerca, previo parere del Ministro della salute, determina, con proprio decreto, il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione accreditata ai sensi dell'articolo 43, tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa della scuola stessa;

b) il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, determina, con proprio decreto, il numero di posti aggiuntivi da assegnare in formazione specialistica presso le

strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie di secondo livello e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che si sono resi disponibili con precedente manifestazione d'interesse all'attivazione dei contratti di formazione medico-specialistica, nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 43 del presente decreto, sentito l'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica. Con il medesimo decreto, il Ministro della salute dispone l'accreditamento delle strutture di cui al periodo precedente, dopo la verifica della corrispondenza agli *standard*, ai requisiti e agli indicatori di attività formativa e assistenziale previsti dal decreto del Ministro dell'università e della ricerca 13 giugno 2017, pubblicato nel supplemento ordinario 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 medica specialistica e nelle corrispondenti sedi regionali.

3. Nell'ambito dei posti determinati ai sensi del comma 2, lettera *a*), è stabilita, d'intesa con il Ministero dell'interno, una riserva di posti complessivamente non superiore al cinque per cento per le esigenze di sanità e formazione specialistica della Polizia di Stato e, qualora non coperti, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, per le esigenze di sanità e formazione specialistica del Corpo della Guardia di finanza, nonché d'intesa con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, il numero dei posti da riservare ai medici stranieri provenienti dai Paesi in via di sviluppo. La ripartizione tra le singole scuole dei posti riservati è effettuata con il decreto di cui al medesimo comma 2, lettera *a*). Per il personale della Polizia di Stato e del Corpo della Guardia di finanza si applicano, in quanto compatibili, le previsioni di cui agli articoli 757, comma 3, 758, 964 e 965 del codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66.

4. Il Ministro dell'università e della ricerca, su proposta del Ministro della salute, può autorizzare, per specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, l'ammissione, alle scuole, nel limite di un dieci per cento in più del numero di cui al comma 2, lettera *a*), e della capacità recettiva delle singole scuole, di personale medico di ruolo, appartenente a specifiche categorie, in servizio presso strutture sanitarie diverse da quelle inserite nella rete formativa della scuola.

5. Con il decreto di cui al comma 2, lettera *b*), 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, può riservare, altresì, nell'ambito dei posti aggiuntivi, una quota rivalutata annualmente da assegnare alle strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie di secondo livello e agli IRCCS, destinata all'attivazione di contratti per la specializzazione in medicina di pronto soccorso, in medicina e chirurgia di emergenza e urgenza o in anestesia e rianimazione, nonché in malattie infettive, in ragione di accertate carenze strutturali.

6. Per l'accesso ai posti aggiuntivi di cui al comma 2, lettera *b*), i candidati devono aver superato le prove di ammissione previste dall'ordinamento della scuola, ai sensi dell'articolo 36. ».

Art. 18.

(Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)

1. All'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 7 sono aggiunti i seguenti:

« *7-bis.* Fermo restando quanto previsto dai commi precedenti, i contratti di formazione specialistica aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera *b*), sono stipulati tra le strutture pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale ai sensi della medesima lettera, e i candidati utilmente collocati nella graduatoria nazionale nelle prove di cui all'articolo 36.

7-ter. Per le finalità di cui al comma *7-bis*, il Ministro dell'università e della ricerca, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipula protocolli d'intesa con le regioni e con le università, al fine di disciplinare le modalità di frequenza del corso e il numero di crediti formativi universitari da acquisire presso la sede universitaria per la parte teorica e presso le strutture di assegnazione per la parte pratica, anche tenuto

conto delle specifiche del modulo formativo *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* (SOS-TH).

7-quater. Alle strutture sanitarie aderenti alla rete formativa che attivano contratti di formazione specialistica aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera *b*), 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 in formazione specialistica operante presso le proprie strutture, comprensivo di tutti gli oneri previsti per legge, per ciascun anno di contratto e fino al momento del conseguimento del titolo. ».

Art. 19.

(Modificazioni all'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. L'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è sostituito con il seguente:

« Art. 38. - *I.* Con la sottoscrizione del contratto, il medico in formazione specialistica si impegna a seguire con profitto il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e dai regolamenti didattici determinati secondo la normativa vigente in materia, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Ogni medico in formazione specialistica è affiancato da un *tutor* che deve garantire la reperibilità in caso di necessità. Il *tutor* è designato dal Consiglio della scuola, sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato *curriculum* professionale, nonché di documentata capacità didattico-formativa. Il numero di medici in formazione specialistica per *tutor* non può essere superiore a tre e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni.

2. Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, ivi compresa la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia degli interventi pratici da seguire personalmente per essere ammessi a sostenere la prova finale annuale, sono preventivamente determinati dal Consiglio della scuola in conformità agli ordinamenti e ai regolamenti didattici di cui al comma 1 nonché agli accordi fra le università e le aziende sanitarie di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il programma generale di formazione della scuola di specializzazione è portato a conoscenza del medico all'inizio del periodo di formazione ed è aggiornato annualmente in relazione alle mutate necessità didattiche e alle specifiche esigenze del programma di formazione del medico stesso.

3. Il medico in formazione specialistica partecipa alla totalità delle attività mediche delle unità operative alle quali è assegnato dal Consiglio della scuola. A partire dal secondo anno di specializzazione, la progressiva assunzione in autonomia di compiti assistenziali è stabilita dal Consiglio della scuola all'esito di una valutazione annuale, sulla base delle competenze acquisite nei percorsi formativi teorico-pratici che siano stati sottoposti ad un processo di certificazione con la partecipazione del *tutor*, tenendo conto di quanto riportato nel libretto-diario delle attività formative di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, n. 68. Il medico in formazione specialistica svolge le attività assistenziali affidategli sulla base delle competenze acquisite e certificate nonché secondo i tempi e le modalità di cui ai commi 4 e 5.

4. I tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali, nonché la tipologia degli interventi che il medico in formazione specialistica deve eseguire, sono concordati dal Consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture sanitarie presso le quali lo stesso svolge la formazione, sulla base del programma formativo personale e sono elencati nel contratto annuale di cui all'articolo 37.

5. Nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 3 e 4, il medico in formazione specialistica assume progressive responsabilità durante il percorso formativo. A tal fine, il medico in formazione specialistica certifica, con la partecipazione del *tutor*, le attività e gli interventi svolti in autonomia, che sono, altresì, contemplate nei piani di attività della struttura nella quale si svolge la formazione e concorrono alla definizione dei requisiti di accreditamento della struttura medesima.

6. Ai fini delle periodiche verifiche dei medici in formazione specialistica, la scuola predispone prove *in itinere* in rapporto con gli obiettivi formativi propri delle singole scuole, volte a verificare l'acquisizione delle competenze descritte negli ordinamenti didattici, anche ai fini della progressiva assunzione di responsabilità assistenziale di cui ai commi 3, 4 e 5. ».

Art. 20.

(Modificazioni all'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. All'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 3, è inserito il seguente:

« 3-*bis*. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 3, su proposta del Ministro della salute e sulla base dei fabbisogni dei medici specialisti nelle specializzazioni di cui all'articolo 35, comma 3, sono individuati, nell'ambito delle medesime specializzazioni, i corsi ai quali riconoscere un incremento della parte variabile del trattamento economico pari a euro 500 lordi mensili per l'intera durata del corso. ».

Art. 21.

(Tutor senior e valorizzazione delle expertise dei professionisti del Servizio sanitario nazionale)

1. L'attività di formazione teorico-pratica svolta nell'ambito dei contratti in formazione specialistica può essere svolta anche sotto la guida di *tutor senior* riconosciuti dal Consiglio della scuola di specializzazione di riferimento, individuati tra i docenti dell'area preclinica, i dirigenti di ricerca operanti presso l'Istituto superiore di sanità e i dirigenti medici direttori di struttura ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio che, su base volontaria, al raggiungimento 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 specialistica. Tali dirigenti sono inseriti al di fuori della dotazione organica.

2. I *tutor senior* sono individuati dal Consiglio della scuola di specializzazione in via prioritaria tra i responsabili di struttura ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio presso gli IRCCS di cui al decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, e i presidi ospedalieri di secondo livello, pubblici e privati convenzionati, come disciplinati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, che aderiscono al sistema formativo delle strutture qualificate di *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* di cui all'articolo 8.

3. Per le finalità della presente legge, in ordine al rafforzamento della rete formativa delle scuole di specializzazione mediante il mantenimento in servizio del personale con elevata esperienza specialistica, valorizzandone le competenze e la professionalità, preconditione per il conseguimento degli obiettivi di cui alla Missione 6 (Salute) del PNRR, in termini di sviluppo della capacità di prevenzione e cura del Servizio sanitario nazionale, al fine di migliorare le prestazioni e rafforzare l'assistenza, all'articolo 5-*bis*, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, le parole: « 31 dicembre 2022 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2026 » e le parole: « settantesimo anno di età » sono sostituite dalle seguenti: « settantaduesimo anno di età » e all'articolo 7, comma 6-*bis*, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , nonché dal personale medico e delle professioni sanitarie convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o in servizio presso strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, dai docenti universitari di medicina e chirurgia e dai dirigenti medici e sanitari di ruolo presso le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ».

Art. 22.

(Delega al Governo per la revisione delle scuole di specializzazione veterinarie)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente

legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle modalità di accesso e di svolgimento delle specializzazioni veterinarie. Nell'esercizio della delega di cui al presente articolo, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) prevedere una programmazione con cadenza triennale sulla base del fabbisogno numerico di medici veterinari nelle aree disciplinari di sanità animale, di igiene degli alimenti di origine animale e di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. Il numero è stabilito in base ai flussi previsti per i pensionamenti e al fabbisogno di personale individuato dagli enti del Servizio sanitario regionale e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), con l'obiettivo di potenziare la prevenzione e i controlli e le relative valutazioni di aderenza agli standard di qualità e sicurezza alimentare;
- b) introdurre contratti di formazione specialistica che prevedano una parte di formazione teorica e una parte di attività pratica sotto la guida di *tutor senior*;
- c) individuare un numero di posti per le specializzazioni dei medici veterinari da assegnare, nell'ambito della rete formativa, alle strutture di aziende sanitarie e IZS che si sono resi disponibili con precedente manifestazione d'interesse a stipulare contratti di formazione specialistica;
- d) disciplinare che l'attività di formazione pratica prevista dai contratti di cui alla lettera b) sia svolta sotto la guida di *tutor senior* riconosciuti dal Consiglio della scuola di specializzazione di riferimento su proposta della struttura sanitaria o dell'IZS, individuati tra i dirigenti medici degli IZS e dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie con almeno cinque anni di anzianità di servizio, che, su base volontaria al raggiungimento dei requisiti per il pensionamento, chiedono 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 specialistica veterinaria nelle strutture accreditate;
- e) disporre che ai medici veterinari in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, sia corrisposto un trattamento costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile non inferiore a quella prevista per le specializzazioni mediche.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1, corredati di relazione tecnica che indichi, per ciascuna misura, l'impatto sulla formazione nonché sul soddisfacimento del fabbisogno numerico dei medici veterinari, corredati altresì della relazione sull'analisi di impatto della regolamentazione, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Le Commissioni possono chiedere al Presidente della rispettiva Camera di prorogare di venti giorni il termine per l'espressione del parere, qualora ciò si renda necessario per la complessità della materia o per il numero dei decreti legislativi. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere o quello eventualmente prorogato, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

3. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari di cui al comma 2, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le proprie osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni competenti per materia sono espressi entro dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

4. Qualora i termini per l'espressione dei pareri parlamentari di cui ai commi 2 e 3 scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega previsti dai commi 1, 6 e 7, o successivamente, questi ultimi sono prorogati di novanta giorni.

5. Nei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo provvede all'introduzione delle nuove norme mediante la modifica o l'integrazione delle disposizioni che regolano le materie interessate dai decreti medesimi provvedendo ad abrogare espressamente le norme incompatibili.

6. Il Governo è delegato ad adottare, entro il termine di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo, uno o più decreti legislativi recanti le norme eventualmente occorrenti per il coordinamento formale e

sostanziale tra i decreti legislativi adottati ai sensi della presente legge e le altre leggi dello Stato e per l'abrogazione espressa delle norme incompatibili.

7. Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni correttive e integrative dei decreti legislativi adottati ai sensi della presente legge, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore dell'ultimo dei decreti legislativi medesimi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo.

Capo V

RIORDINO DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA PREOSPEDALIERA E INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA OSPEDALIERO DI EMERGENZA URGENZA

Art. 23.

(Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera)

1. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera 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 di cura più adeguata.

2. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera rappresenta il modello organizzativo di riferimento nazionale.

3. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera eroga le prestazioni di soccorso mediante una rete di mezzi e di *équipe*, coordinati da sale operative integrate a livello regionale che garantiscono prestazioni caratterizzate da:

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

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

5. Il sistema ospedaliero di emergenza prevede almeno un presidio di pronto soccorso oncologico per ogni provincia.

Art. 24.

(Organizzazione e struttura del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera)

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

- a) appropriatezza, uniformità e qualità delle prestazioni erogate sull'intero territorio regionale, superando le forme di ingaggio atipiche e le distorsioni derivanti da forme di esternalizzazione delle attività assistenziali di pronto soccorso;
 - b) integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza sanitaria ivi compreso il personale sanitario che vi opera, per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura; il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera assume il raccordo con i dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA);
 - c) gestione unitaria delle risorse in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte per il tramite dei referenti sanitari regionali del Dipartimento di protezione civile;
 - d) creazione o consolidamento di servizi di elisoccorso regionali e interregionali che, interagendo con il soccorso territoriale, garantiscano l'omogeneità del servizio su base nazionale;
 - e) coordinamento dell'organizzazione del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera rispetto alle esigenze complessive del territorio in relazione alla rete ospedaliera di riferimento.
2. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera è organizzato per ambiti territoriali, sulla base di quanto previsto dalla presente legge e dagli indirizzi della programmazione regionale.
3. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera svolge le proprie funzioni tramite:
- a) una direzione organizzativa;
 - b) le sale operative;
 - c) il coordinamento territoriale e la rete dei mezzi di soccorso e delle relative *équipe* dislocati in postazioni distribuite sul territorio.
4. La direzione organizzativa opera a livello regionale o di provincia autonoma con funzione di centro di responsabilità e direzione del sistema.
5. Le sale operative operano a livello interregionale, regionale, interprovinciale o di provincia autonoma attraverso personale medico, infermieristico e tecnico preposto alla ricezione e alla classificazione delle richieste di soccorso, all'attivazione di mezzi ed *équipe* in base alle priorità e criticità stabilite in fase di ricezione della richiesta, alla erogazione di istruzioni pre-arrivo, anche finalizzate al ripristino e al sostegno delle funzioni vitali, al coordinamento degli interventi di soccorso e alla scelta della struttura di destinazione del paziente sulla base dei dati forniti dai dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) in tempo reale. In relazione ai livelli organizzativi definiti, al personale medico che opera presso le sale operative sono attribuiti compiti di analisi e di interpretazione clinica delle immagini trasmesse dalla rete territoriale di emergenza urgenza, al fine di gestire con maggiore accuratezza gli eventi di soccorso.
6. Le sale operative prevedono la presenza di personale medico, infermieristico e tecnico. Le sale operative svolgono le seguenti funzioni essenziali:
- a) ricezione dalle centrali uniche di risposta del numero unico di emergenza europeo (NUE) 112, di cui all'articolo 98-*vicies semel* del codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, delle richieste di soccorso sanitario provenienti dal territorio di competenza con la localizzazione del chiamante e le informazioni relative al luogo e alla tipologia di soccorso;
 - b) adozione di modalità e procedure clinico-assistenziali e organizzative adeguate, al fine di offrire al cittadino un soccorso tempestivo ed efficace, attraverso la corretta ed efficiente gestione delle chiamate di soccorso, l'attivazione dei mezzi più appropriati in base al livello di assistenza necessario rilevato ed il conseguente trasferimento dei pazienti alla struttura ospedaliera più idonea, nel minor tempo e con la migliore assistenza possibile;
 - c) coordinamento dei trasferimenti tra strutture ospedaliere dei pazienti acuti afferenti alle reti di patologie tempo-dipendenti;
 - d) risposta adeguata alle situazioni di urgenza o emergenza sanitaria, ordinaria e straordinaria, ai sensi dell'articolo 7 del codice della protezione civile, di cui al decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;

- e) mantenimento del contatto con i servizi di emergenza intraospedalieri per comunicare tempestivamente l'arrivo di pazienti con patologie che richiedono l'attivazione di uno o più *team* specialistici secondo quanto previsto per il coordinamento delle reti di patologia definite a livello regionale integrate nei DEA di riferimento;
- f) garanzia dell'interazione e del coordinamento con gli altri enti coinvolti nell'attività di soccorso;
- g) coordinamento del trasporto d'organi e del trasporto di sangue secondo modalità definite su base regionale e delle province autonome con il coordinamento del Centro nazionale trapianti e del Centro nazionale sangue.

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

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

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

10. La struttura di coordinamento si avvale delle risorse umane sanitarie, tecniche e amministrative, necessarie per l'erogazione del servizio mediante l'integrazione con i dipartimenti di emergenza urgenza ospedalieri e si rapporta con la rete ospedaliera per la condivisione dei percorsi clinici di presa in carico dei pazienti.

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

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

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

14. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera è dotato di tecnologie radio, telefoniche e informatiche in grado di assicurare l'interoperatività e il collegamento fra le sue varie componenti e con i sistemi informativi ospedalieri per la gestione comune delle informazioni, dei dati sanitari, dei flussi di attività e dei flussi informativi verso il Ministero della salute. È dotato altresì di tecnologie e apparati di trasmissione sui mezzi di soccorso necessari alla corretta gestione dei pazienti per garantire la trasmissione e la ricezione di dati, informazioni e immagini, relazioni di soccorso in formato elettronico utili ai sanitari delle sale operative e delle strutture di emergenza urgenza

Art. 25.

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

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'integrazione operativa tra il NUE 112 e le sale operative di cui all'articolo 24, comma 3, lettera b), della presente legge, costituisce livello essenziale di assistenza.
2. Al fine di garantire l'uniformità del NUE 112 a livello nazionale, è istituita l'Agenzia nazionale 112 presso il Ministero dell'interno, quale struttura di supporto e coordinamento che svolge attività tecnico-operative di interesse nazionale al servizio delle amministrazioni pubbliche, comprese quelle regionali e locali, titolari delle funzioni del NUE 112. L'Agenzia nazionale 112 supporta altresì l'operatività di tutte le centrali uniche di risposta, attive e in fase di avvio, garantendo l'integrazione e l'omogeneità a livello nazionale dei sistemi operativi e l'uniformità delle azioni istituzionali, regolamentari e di comunicazione connesse all'esercizio del modello di centrale unica di risposta, consentendo lo svolgimento di progetti di ricerca e di sviluppo dei relativi sistemi informativi, gestionali e organizzativi.
3. Al fine di consentire una corretta e tempestiva gestione della domanda assistenziale a bassa priorità e ridurre l'accesso inappropriato al Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge è individuato il numero europeo armonizzato (NEA) 116117 quale numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. Il NEA 116117 è attivo su tutto il territorio nazionale, con centrali operative di livello regionale e provincia autonoma, secondo le modalità definite con i protocolli di intesa adottati ai sensi dell'articolo 98-*vicies semel*, comma 1, del codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259.
4. Le centrali uniche di risposta del NUE 112 operative a livello regionale ovvero le sale operative integrate a livello regionale, gestiscono tutte le richieste di soccorso, identificando in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante e dell'evento, che sono automaticamente inseriti in una scheda contatto in formato digitale. La scheda contatto, integrata con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario, è quindi trasferita alla sala operativa di secondo livello cui compete l'intervento.
5. Qualora la richiesta dell'utente non sia classificabile come emergenza urgenza, la sala operativa di cui all'articolo 23, comma 3, lettera b), mette in contatto l'utente con il NEA 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di assistenza primaria ai sensi della normativa vigente secondo principi di tempestività e appropriatezza in raccordo con le centrali operative territoriali (COT), almeno a valenza distrettuale e per lo sviluppo della telemedicina. Qualora la richiesta proveniente direttamente dall'utente sia classificabile come possibile emergenza-urgenza, la centrale NEA 116117 mette in contatto lo stesso con la centrale operativa di cui all'articolo 23, comma 3, lettera b). La centrale NEA 116117, attraverso strumenti di telemedicina, in caso di bisogno sanitario può mettere in contatto il cittadino con personale medico del ruolo unico di assistenza primaria che può avvalersi di video-visita e prescrizioni dematerializzate e, quando indicato, può attivare visita ambulatoriale o domiciliare nell'ambito dei servizi presenti sul territorio. La telemedicina si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di continuità assistenziale, in particolare nelle aree remote e sui soggetti fragili, riducendo gli accessi inappropriati al pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare, e anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata (*point of care*).

Art. 26.

(*Personale*)

1. Presso il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera opera personale, di livello dirigenziale e non dirigenziale, medico, infermieristico, tecnico delle sale operative e soccorritore, in possesso dei requisiti formativi e professionali, definiti ai sensi del presente articolo e degli articoli 27 e 28, nonché di formazione specifica nell'attività extraospedaliera.
2. Il personale del sistema preospedaliero di cui al comma 1:
 - a) opera in *équipe* multiprofessionali secondo linee guida internazionali e nazionali, nel rispetto delle

buone pratiche clinico-assistenziali;

b) garantisce la corretta attività di soccorso, partecipa ai percorsi di integrazione con i DEA, anche al fine di consentire il mantenimento delle competenze professionali specifiche indispensabili per il soccorso sanitario;

c) partecipa ai percorsi di formazione, aggiornamento e addestramento per l'ingresso e la permanenza del personale stesso nel sistema di soccorso sanitario;

d) supporta la formazione e la certificazione dei soccorritori, ivi inclusi, su loro richiesta, i dipendenti degli enti del Terzo settore, e dei cittadini nei percorsi di formazione per le manovre di primo soccorso e l'impiego dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni e, in generale, per lo sviluppo della cultura del soccorso nella cittadinanza.

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

a) personale medico in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia di emergenza e urgenza (MEU) o in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore (ARTID);

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

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

d) personale medico in possesso di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, qualora non sia possibile dotarsi del personale di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)*, e nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 4.

4. Il personale medico con anzianità di servizio superiore a cinque anni, anche non continuativi, che, alla data di entrata in vigore della presente legge, opera nel Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera con contratto di lavoro in convenzione a tempo determinato o indeterminato può partecipare a concorsi per l'accesso al ruolo della dirigenza dell'area sanitaria medica del Servizio sanitario nazionale. Il periodo di attività svolto in qualità di medico in convenzione è valutato come punteggio nelle graduatorie dei predetti concorsi.

5. Al personale medico di cui al comma 4 è riservato, a domanda e previa selezione, l'accesso in sovrannumero ai percorsi di formazione specialistica in MEU o in ARTID, nonché ai corsi equipollenti. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento, ove necessario, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità e dell'accordo collettivo nazionale relativo alla disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di emergenza territoriale, prevedendo, nel limite dei livelli remunerativi fissati dal medesimo accordo, i criteri di transizione progressiva al contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità dei medici in convenzione a tempo indeterminato, nonché i termini temporali e le modalità di permanenza in forma residuale nel rapporto convenzionale.

6. Il personale infermieristico di cui al presente articolo opera sia all'interno dei DEA sia all'interno delle sale operative, che nella rete del soccorso assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute del cittadino in integrazione e collaborazione con le altre figure professionali del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera.

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

8. Il personale infermieristico con anzianità di servizio di almeno cinque anni, anche non continuativi, in possesso della relativa laurea magistrale ad indirizzo clinico e che, alla data di entrata in vigore della presente legge, opera nel Sistema di emergenza sanitaria ospedaliera o preospedaliera, può accedere

alle procedure concorsuali per l'accesso al ruolo della dirigenza delle professioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale.

9. Il personale infermieristico che opera sui mezzi di soccorso avanzati infermieristici è responsabile dell'*équipe* di soccorso. Svolge le sue funzioni avvalendosi di algoritmi clinico-assistenziali finalizzati alla gestione di interventi salvavita, il trattamento delle patologie tempo dipendenti e la gestione del dolore, sempre elaborati, con il supporto delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco di cui decreto del Ministero della salute 2 agosto 2017, sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti. Gli algoritmi clinico-assistenziali, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali, prevedono attività effettuabili in autonomia e altre autorizzate dal medico di sala operativa, secondo standard di comprovata efficacia, sicurezza e tempestività dei trattamenti.

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. Allo stesso è affidata la gestione sanitaria dell'evento, secondo protocolli definiti dai responsabili clinici, mediante:

- a) il supporto agli operatori della ricezione delle chiamate mediante la rivalutazione di quelle che meritano un approfondimento;
- b) il coordinamento delle attività di soccorso degli equipaggi dei mezzi di soccorso di base;
- c) l'assegnazione del codice di gravità alla persona soccorsa sulla base delle informazioni e dei riscontri oggettivi e strumentali da parte delle *équipe* presenti sul luogo del soccorso;
- d) la destinazione ospedaliera più appropriata per il paziente, definita all'interno dei percorsi delle reti di patologia.

11. Il personale tecnico delle sale operative, di cui all'articolo 28 ove previsto dalla direzione organizzativa regionale, è chiamato a svolgere funzioni operative strettamente connesse con il modello organizzativo della struttura, quali in particolare:

- a) risposta telefonica all'utente mediante l'impiego di sistemi codificati per eseguire l'intervista del chiamante;
- b) assegnazione del codice di priorità dell'evento e invio dei primi mezzi di soccorso secondo uno schema precodificato;
- c) allerta degli enti non sanitari;
- d) monitoraggio delle fasi del soccorso;
- e) supporto logistico agli equipaggi;
- f) supporto agli astanti mediante istruzioni nell'attesa dei mezzi di soccorso (istruzioni pre-arrivo), in collaborazione con il personale infermieristico.

12. Il personale tecnico delle sale operative, qualora in possesso della certificazione di soccorritore di cui all'articolo 27 e dei requisiti ivi previsti, può operare anche sui mezzi di soccorso territoriali.

13. Il Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera, ai sensi della legge 21 marzo 2001, n. 74, si avvale della collaborazione del personale tecnico del Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico per l'espletamento delle attività di soccorso in ambienti previsti dalla medesima legge n. 74 del 2001 e per le funzioni per le quali sono richieste specifiche competenze tecnico-operative.

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

Art. 27.

(Soccorritore e autista soccorritore)

1. Sono istituite le figure di soccorritore e di autista soccorritore del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera.
2. Ai fini della presente legge, il soccorritore è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione, svolge attività di soccorso sanitario di base, di assistenza durante il trasporto nonché di collaborazione con le *équipe* di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera, in funzione dei contenuti previsti dai percorsi formativi.
3. Ai fini della presente legge, l'autista soccorritore è l'operatore che, previo conseguimento dell'attestato di qualifica di soccorritore di cui al comma 2, è abilitato alla guida dei mezzi di soccorso. Egli svolge le attività di conduzione di mezzi di soccorso di base e avanzati e di trasporto sanitario, nonché quelle di attuazione di manovre di soccorso di base e di collaborazione con le *équipe* di soccorso nelle diverse fasi dell'intervento.
4. Con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le disposizioni di attuazione del presente articolo e sono stabiliti i percorsi formativi e i requisiti necessari per svolgere le attività di soccorritore e di autista soccorritore, nel rispetto dei principi di cui ai commi da 1 a 3.
5. Il soccorritore e l'autista soccorritore, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, sono considerati operatori di interesse sanitario.

Art. 28.

(Tecnico delle Centrali di Soccorso)

1. È istituita la figura di tecnico delle centrali di soccorso delle cure sanitarie non urgenti, delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e delle centrali uniche di risposta NUE 112.
2. Il tecnico delle centrali di soccorso è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione svolge attività tecniche presso le centrali operative del numero europeo armonizzato (NEA 116117), le centrali uniche dell'emergenza (CUR 112) e le Sale, centrali del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera (SO 118).
3. Il tecnico della CUR NUE 112 è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione assicura la risposta e la gestione delle chiamate ricevute dalle CUR NUE sulle numerazioni d'emergenza nazionale e su altre numerazioni che afferiranno alle CUR in base ad intese locali o nazionali, nel rispetto di quanto contenuto nel disciplinare tecnico operativo per il funzionamento dei « *Call Center* laici del NUE 112 ».
4. Il tecnico delle centrali NEA 116117 è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione assicura la risposta e la gestione delle richieste degli utenti per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. L'operatore NEA 116117 è in grado di valutare la richiesta dell'utente e fornire informazioni tramite opportune schede informative oppure di instradare la chiamata verso i servizi o professionisti in grado di soddisfare il bisogno.
5. Il tecnico delle Sale, centrali operative del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera (SO 118), è l'operatore che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito a seguito di specifico percorso di formazione, supervisionato dall'infermiere di centrale operativa, garantisce l'esecuzione delle attività tecniche e logistiche relative in particolare alla gestione della risposta telefonica all'utente e all'individuazione e attivazione delle risorse più idonee per le attività di soccorso preospedaliero. L'operatore SO 118 nello svolgimento delle funzioni agisce utilizzando gli strumenti e i protocolli messi a disposizione anche in base alle specifiche disposizioni regionali.
6. La figura del tecnico delle centrali di soccorso è articolata in livelli progressivamente qualificanti, per ciascuno dei quali è definito uno specifico iter formativo e la certificazione delle competenze

necessarie. I livelli di maggiore qualificazione sono rappresentati dai tecnici del soccorso che operano nelle SO 118.

Art. 29.

(Regolazione delle attività di emergenza urgenza ospedaliera)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante i contratti con i soggetti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati accreditati, in misura proporzionata alle risorse a loro assegnate, e secondo il principio di aderenza territoriale, regolano l'erogazione delle attività di emergenza urgenza ospedaliera in conformità alle disposizioni del presente capo.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante forme di coordinamento a livello nazionale così come identificate dal Ministero della salute in qualità di Centrale remota operazioni soccorso sanitario (CROSS), che rivestono un ruolo di coordinamento anche per il Dipartimento di protezione civile, in caso di emergenze nel territorio regionale e nazionale, gestiscono in forma unitaria le risorse umane, ivi comprese quelle operanti in strutture ospedaliere private sede di università e IRCCS, in sinergia con altri sistemi regionali e con le istituzioni nazionali preposte, e sono tenute a rendere disponibili posti letto nonché risorse strumentali e tecnologiche rispondenti alle urgenze e alle necessità terapeutiche. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attivano le misure di raccordo per l'immediato e sicuro trasporto dei pazienti critici a bordo di ogni tipo di vettore, ivi compreso l'elicottero sanitario, nonché il trasporto su ala fissa ordinariamente utilizzato per le attività di prelievo e trasporto di organi e tessuti e di *équipe*.
3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione delle specifiche linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva, sul *triage* intraospedaliero e per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso emanate dal Ministero della salute, provvedono alla riorganizzazione del pronto soccorso e dei DEA, mediante lo sviluppo delle funzioni di *triage* e di osservazione breve intensiva, l'attivazione di percorsi rapidi di trattamento, i cosiddetti *see and treat* e *fast track*, e la realizzazione di percorsi per le patologie tempo-dipendenti e per le condizioni particolari di fragilità e vulnerabilità, e provvedono altresì alla definizione dei piani di sovraffollamento. L'organizzazione dell'area *see and treat* è dedicata a condizioni cliniche urgenti riferibili ai codici minori, anche al fine di ridurre i tempi di attesa nel pronto soccorso, e prevede la gestione dell'intero percorso assistenziale da parte di personale infermieristico esperto e specificatamente formato.
4. Nel corso di maxi-emergenze, non affrontabili con le soluzioni organizzative definite dai piani di sovraffollamento, le unità mobili dotate delle adeguate tecnologie dell'informazione e della comunicazione possono condurre attività di *triage* preospedaliero attraverso il costante riferimento specialistico con le sale operative, al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato del pronto soccorso e facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali.
5. In attuazione del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e per il fine di valutazione e tutela di cui alla presente legge, il Garante per la protezione dei dati personali promuove l'adozione di regole deontologiche e di debito informativo per i soggetti pubblici e privati soggetti al sistema dell'accreditamento e della contrattualizzazione interessati al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito del Sistema di emergenza urgenza sanitaria preospedaliera. Per le medesime finalità di cui al precedente periodo, il Garante, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce altresì gli adempimenti e le prescrizioni da applicare nell'ambito del sistema di emergenza urgenza in relazione alla tutela del diritto umano fondamentale alla salute e al trattamento dei dati personali a ciò strumentali, a garanzia dei soggetti che usufruiscono dei relativi trattamenti.

Art. 30.

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

1. Al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e una risposta omogenea del sistema

preospedaliero e ospedaliero territoriale di emergenza urgenza sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano le soluzioni organizzative del sistema dell'emergenza urgenza nonché la consistenza dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale non solo di terapia intensiva, ma anche rispetto alle necessità funzionali di posti tecnici di osservazione breve intensiva connessi al pronto soccorso e per una congrua dotazione complessiva di posti letto di stabilizzazione, anche nell'ambito degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza, ai sensi del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, potendo completare in forma integrata la rete ospedaliera di emergenza urgenza con presidi di prossimità, sede di punti di primo intervento, dotati di posti letto dedicati alla stabilizzazione delle condizioni cliniche dei pazienti, debitamente attrezzati per diagnosi adeguate alle necessità cliniche di una stabilizzazione anche se rivolti ai pazienti fragili a bassa complessità clinica ma sicuramente ad alta complessità assistenziale.

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

Capo VI

PREVENZIONE, PROTEZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELL'ETÀ EVOLUTIVA, ADULTA E GERIATRICA

Art. 31.

(Delega al Governo per il riordino delle norme in materia di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino del sistema di tutela della salute mentale. I decreti legislativi di cui al presente comma sono adottati, nel rispetto del diritto fondamentale di tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e nell'ottica di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici e del comportamento in età evolutiva ed adulta, delle dipendenze patologiche, nonché dei fattori di rischio, ambientali e soggettivi, in età evolutiva che possono pregiudicare l'armonico sviluppo della personalità in coerenza con il Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei seguenti principi e criteri direttivi generali:

- a) definire percorsi di cura a complessità crescente e classi di età a garanzia di appropriata continuità di diagnosi e presa in carico, modulati in base ai bisogni della persona (PDTA) tenuto anche conto dell'impatto e della crescente incidenza di patologie neurodegenerative caratterizzate da disturbi psico-comportamentali nonché dell'incidenza dell'epilessia e dei disturbi dello spettro autistico questi ultimi in specie oltre l'età evolutiva;
- b) promuovere l'integrazione delle attività e delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale (DSM) e dai servizi sanitari in generale, specie di prevenzione e contrasto delle psicosi e delle dipendenze e nelle fasi di transizione per età o patologia con servizi dedicati ad adolescenti e giovani per la prevenzione indicata della psicosi e l'intervento precoce;
- c) prevedere percorsi di cura integrati con i supporti offerti dai servizi sociali, degli enti del terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e di inserimento al lavoro, assicurando programmi specifici di inserimento lavorativo anche con il coinvolgimento degli enti locali e degli enti del terzo settore, in particolare in ambito agricolo dell'agricoltura sociale, o programmi mirati all'inclusione sociale e al benessere mediante l'attività sportiva, o interventi di supporto all'abitare con minima assistenza, o la realizzazione di esperienze di Abitare Condiviso, agganciati a sistemi di monitoraggio e controllo di effettività sulla base di indicatori di aderenza progettuale per i singoli nodi della rete;

- d) sviluppare programmi terapeutici riabilitativi individuali (PTRI), specie a orientamento psicoeducativo e lavorativo-professionalizzante, quali percorsi esigibili a intensità variabile in rapporto ai bisogni della persona e di contrasto della cronicizzazione dei disturbi mentali più frequenti quali ansia e depressione, assicurandone la presa in carico anche con gli strumenti della psicoterapia;
- e) implementare il *budget* individuale di salute quale strumento ordinario volto a realizzare progetti di vita personalizzati attraverso l'attivazione e l'integrazione di interventi sanitari e socio-sanitari e di tutte le risorse disponibili nella comunità;
- f) contrastare lo stigma associato ai disturbi mentali e discriminazione;
- g) potenziare in senso quantitativo, qualitativo ed appropriato la rete di offerta accreditata e a contratto, in linea con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale ai sensi degli articoli 8-*quater*, 8-*quinqües* e 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1, corredati di relazione tecnica che indichi, per ciascuna misura, l'impatto sulla prevenzione, protezione e tutela della salute mentale, corredati altresì della relazione sull'analisi di impatto della regolamentazione, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Le Commissioni possono chiedere al Presidente della rispettiva Camera di prorogare di venti giorni il termine per l'espressione del parere, qualora ciò si renda necessario per la complessità della materia o per il numero dei decreti legislativi. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere o quello eventualmente prorogato, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

3. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari di cui al comma 2, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le proprie osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni competenti per materia sono espressi entro dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

4. Qualora i termini per l'espressione dei pareri parlamentari di cui ai commi 2 e 3 scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega previsti dai commi 1, 6 e 7, o successivamente, questi ultimi sono prorogati di novanta giorni.

5. Nei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo provvede all'introduzione delle nuove norme mediante la modifica o l'integrazione delle disposizioni che regolano le materie interessate dai decreti medesimi provvedendo ad abrogare espressamente le norme incompatibili.

6. Il Governo è delegato ad adottare, entro il termine di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo, uno o più decreti legislativi recanti le norme eventualmente occorrenti per il coordinamento formale e sostanziale tra i decreti legislativi adottati ai sensi della presente legge e le altre leggi dello Stato e per l'abrogazione espressa delle norme incompatibili

7. Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni correttive e integrative dei decreti legislativi adottati ai sensi della presente legge, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore dell'ultimo dei decreti legislativi medesimi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo.

Art. 32.

(Principi e criteri direttivi per il potenziamento della prevenzione, protezione e tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, il Governo osserva, altresì, i seguenti principi e criteri direttivi specifici per il potenziamento della prevenzione, protezione e tutela della salute

mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica:

- a) potenziare l'offerta di presa in carico ospedaliera di persone affette da disturbi mentali severi o complessi di comorbidità con gli stati di dipendenze patologiche, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure;
- b) istituire nuovi modelli residenziali intermedi tra i livelli ospedaliero e ambulatoriale per la presa in carico di persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, che comportano comunque la necessità di assistenza;
- c) rafforzare il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) come struttura organizzativa capace di fornire percorsi integrati e multiprofessionali volti a garantire le risposte di cura per tutti i cittadini nelle diverse fasi della vita, garantendo continuità e appropriatezza dei trattamenti in integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitazione, i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, prevedendo la collaborazione delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti, al fine di favorire l'inclusione degli utenti nelle attività del territorio, prevedendo, altresì, che detto servizio svolga le proprie funzioni nell'area della psichiatria, delle dipendenze, della neuropsichiatria infantile e della psicologia clinica;
- d) attivare servizi di prevenzione delle patologie e di promozione della salute attraverso l'attribuzione di programmi specifici di intervento coordinati e diffusi su tutto il territorio regionale anche in materia di psicoterapia cognitivo-comportamentale;
- e) sviluppare modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari, anche attraverso l'organizzazione di incontri con i familiari con finalità informativa e di supporto psicologico, facilitando anche la costituzione di gruppi di aiuto reciproco, nonché l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze;
- f) implementare programmi volti al miglioramento degli interventi di prevenzione, governo dei rischi (individuali e sociali) e cura rivolti a soggetti autori di reato, migliorando gli interventi svolti nell'ambito territoriale, adeguando l'offerta di posti letto nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) secondo target di rischio individuale e sociale anche di massima sicurezza e promuovendo livelli di assistenza appropriati nelle realtà carcerarie, nonché attivando un tavolo permanente regionale finalizzato a pianificare i percorsi e i rapporti con la magistratura anche sul versante della messa in campo di interventi progettuali e soluzioni residenziali mirate per casi di disagio mentale di elevata pericolosità sociale in punto di protezione osservazionale predittiva e di trattamento preventivo proattivo;
- g) rafforzare l'integrazione formativa tra Servizio Sanitario Regionale e Università per implementare le competenze cliniche e gestionali dei medici in formazione nel contesto della disciplina di psichiatria e neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;
- h) individuare soluzioni volte all'inserimento degli utenti abilitabili nel mondo del lavoro, promuovendo attività lavorative all'interno delle strutture ospitanti, attraverso percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, e valorizzando eventuali competenze professionali specifiche.

Art. 33.

(Principi e criteri direttivi per la revisione delle strutture adibite a residenza per le persone affette da disturbi mentali)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, il Governo osserva, altresì, i seguenti principi e criteri direttivi specifici per la revisione dei requisiti delle strutture adibite a residenza per le persone affette da disturbi mentali:

- a) prevedere l'ubicazione in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi di trasporto pubblico al fine di consentire agli ospiti di interagire con il contesto sociale e di facilitare le visite di parenti e di amici, e comunque tali da essere accessibili ai mezzi di soccorso;
- b) organizzare gli spazi privati, prevedendo camere protette con una metratura congrua e prive di

barriere architettoniche, ovvero munite di attrezzature atte a garantire la mobilità degli ospiti, al fine di favorire le condizioni di autosufficienza e di garantire idonea funzionalità d'uso, fruibilità e riservatezza, con particolare riferimento al mantenimento e allo sviluppo dei livelli di autonomia individuale e nel rispetto delle differenze di genere, di età e di tipo di patologia;

c) determinare le dimensioni, in particolare per ciò che concerne gli spazi comuni, in modo adeguato rispetto al numero di ospiti della struttura;

d) organizzare l'assistenza attraverso la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, medici internisti, geriatri, fisiatristi, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente a garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura, anche in caso di disabilità.

Art. 34.

(Principi e criteri direttivi per la realizzazione di un sistema di valutazione)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, il Governo nell'individuazione di un sistema di valutazione osserva, altresì, anche i seguenti principi e criteri direttivi:

a) prevedere un sistema finalizzato al monitoraggio e alla valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, avuto riguardo delle specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure, con indicatori di monitoraggio sia di esito che di processo standardizzati per tutto il territorio nazionale che siano volti a valutare:

1) l'efficacia e l'appropriatezza di presa in carico in chiave predittiva, preventiva e clinica, in termini di tutela della salute mentale e garanzia dei relativi livelli assistenziale di prevenzione, protezione e cura;

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

3) la sicurezza delle cure, in termini di garanzia della qualità per i cittadini sottoposti ai trattamenti;

4) l'equità, in termini di equifruibilità ed equiaccessibilità nel contrasto delle diseguaglianze degli interventi;

b) realizzare un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione propedeutico alla qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori del sistema territoriale e ospedaliero di assistenza psichiatrica e tutela della salute mentale e monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, rispetto ai *target* di efficienza, efficacia e qualità effettivamente riscontrati anche in termini di effettiva aderenza ai percorsi e programmi assistenziali e in ordine all'effettiva disponibilità dei posti letto necessari al Sistema;

c) predisporre un sistema informativo, basato sull'aggregazione dei dati raccolti con modalità automatizzata e telematica, prevedendo anche l'impiego diffuso di tecniche di intelligenza artificiale, secondo indicatori oggettivi e misurabili.

2. Per la realizzazione degli interventi normativi di cui al presente articolo, al fine dell'istituzione del presente sistema di valutazione il Governo prevede l'istituzione di un organismo con funzioni di indirizzo, verifica di adesione al processo di rafforzamento e sviluppo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale.

Art. 35.

(Principi e criteri direttivi per la riorganizzazione di ciascun dipartimento di salute mentale DSM)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, il Governo osserva, altresì, i seguenti principi e criteri direttivi per la riprogettazione dei dipartimenti di salute mentale (DSM):

a) integrare il dipartimento di prevenzione per le attività di prevenzione e promozione della salute e del benessere in età evolutiva, adulta e geriatrica con il dipartimento dipendenze per il contrasto di tutte le dimensioni di disagio e dipendenza da sostanze lecite e illecite e comportamentali;

b) predisporre *équipe* multidisciplinari, anche attraverso la definizione di specifiche aree di attività da svolgere da parte del personale del DSM all'interno delle Casa di Comunità, con presenza per fasce orarie e con modalità organizzate di collaborazione con medici del ruolo unico di assistenza primaria e

specialisti ambulatoriali da parte di operatori di tutte le professionalità presenti nel DSM;

c) prevedere l'attivazione da parte dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche di forme di collaborazione e partenariato proattivo con i soggetti e con gli organismi qualificati che si occupano delle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, le università, il terzo settore, le strutture residenziali accreditate, le organizzazioni di volontariato, costituite anche da utenti e da familiari, nonché le associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale, al fine di creare una rete integrata volta alla presa in carico onnicomprensiva delle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche;

d) prevedere l'istituzione all'interno del DSM di Unità Operative dei Dipartimenti per le politiche antidroga (SerD), del Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), della disabilità mentale e della psicogeriatrica, in quanto unità di erogazione delle prestazioni essenziali per l'appropriata presa in carico dell'infermo di mente, in considerazione delle comorbilità in capo al suddetto paziente.

Art. 36.

(Principi e criteri direttivi per la revisione ed il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, il Governo osserva, altresì, i seguenti principi e criteri direttivi per la revisione ed il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera di prevenzione, protezione e cura:

a) incrementare i posti letto presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in misura di un posto letto ogni 5.000 abitanti, affinché sia garantita la presa in carico anche di tipo preventivo proattivo con moduli residenziali dedicati per target specifici di pazienti eleggibili dedicati al monitoraggio, all'osservazione intensiva e alla protezione dei rischi del malato e a garanzia della sicurezza degli operatori, nel contesto della dotazione standard da ottimizzare per la cura e l'assistenza continua del paziente con disturbo psichico critico e grave, incluse le patologie psichiatriche connesse alle dipendenze patologiche, per il quale non è obiettivamente prevedibile la dimissione dall'ospedale nel breve periodo.

b) prevedere la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, medici internisti, geriatri, fisiatri, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente per poter garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura, in raccordo funzionale con i competenti uffici giudiziari per la componente di custodia attraverso l'Unità di Psichiatria Forense.

Art. 37.

(Principi e criteri direttivi per il rafforzamento delle azioni di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio)

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 31, al fine di elaborare un piano nazionale di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio, il Governo osserva, altresì, i seguenti principi e criteri direttivi per l'elaborazione del piano:

a) prevedere le direttrici programmatiche prioritarie, rispettivamente secondo indice di prevalenza, di prevenzione terziaria (ansia e depressione), di prevenzione indicata (psicosi) e prevenzione primaria (suicidio);

b) utilizzare strumenti e moduli di intervento anche di tipo innovativo sperimentale osservazionale agganciato a sistema di valutazione e controllo con indicatori oggettivi e misurabili.

Capo VII

IMPLEMENTAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE SANITARIA, DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE NONCHÉ PER LA PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Art. 38.

(Programma di screening)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della loro autonomia, delle rispettive competenze e delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche in collaborazione con le associazioni del settore di riferimento e con comprovata esperienza nel campo della diagnosi, istituiscono programmi di screening gratuiti della popolazione per la diagnosi precoce di determinate malattie particolarmente comuni, attraverso test, eseguiti sulla base d'inviti, inviati all'intera popolazione interessata, e da effettuare presso gli ambulatori pubblici, privati o convenzionati e presso tutte le farmacie presenti sul territorio nazionale nel rispetto della propria organizzazione.
2. Per le finalità di cui al comma 1, i medici del ruolo unico di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta analizzano per fasce di età, previo consenso formale, la storia familiare dei propri assistiti per la prima valutazione del rischio e in caso risulti la necessità di approfondimento inviano ai centri territorialmente competenti la proposta di valutazione ulteriore, al fine dell'eventuale ammissione anticipata nel programma ordinario di screening e secondo le modalità utilizzate per la fascia d'età.
3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione del programma di screening di cui al comma 1.

Art. 39.

(Consulenza Genetica Oncologica - CGO)

1. Al fine di realizzare percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce per le forme ereditarie delle forme tumorali, è istituito il programma di Consulenza Genetica Oncologica (CGO), rivolto a tutti i soggetti a rischio di contrarre patologie oncologiche per causa eredo-familiare nonché a tutti i soggetti a rischio per una predisposizione accertata di tipo familiare, allo scopo di programmare eventuali misure di sorveglianza clinica e strumentale, nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della propria autonomia, attivano i Centri di CGO all'interno dei reparti di oncologia.
3. Il Centro di Genetica clinica, nel rispetto delle linee guida vigenti, definisce i criteri diagnostici per le diverse fasce di rischio e per l'accesso a eventuali test genetici, le caratteristiche dei test genetici offerti, i laboratori di riferimento nell'ambito del Servizio sanitario regionale e i tempi e le modalità di esecuzione delle eventuali misure di sorveglianza.
4. All'articolo 1 della legge 22 marzo 2019, n. 29, dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:
« 1-bis. È istituito il Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche nell'ambito della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. Il registro di cui al presente comma reca l'identificazione dei pazienti con mutazione genetica, valutata la disponibilità dei codici di esenzione ticket a vantaggio delle persone ad alto rischio eredo-familiare e gli appositi PDTA per la loro gestione. Al Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche conferiscono anche i dati raccolti e registrati dalla Rete Nazionale dei Tumori Rari e dai *Molecular Tumor Board*, previsti dall'articolo 8, comma 1-bis del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233, e istituito con decreto del Ministro della salute 30 maggio 2023, recante l'Istituzione dei *Molecular tumor board* e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next generation sequencing* (NGS).
1-ter. Con decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate le modifiche al decreto del Ministro della salute 1° agosto 2023, in tema di Registro Nazionale Tumori, al fine di disciplinare l'inserimento e l'accesso ai dati del Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche e il loro utilizzo, avvalendosi delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente. ».

Art. 40.

(Campagne informative e di sensibilizzazione)

1. Nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, il Ministero della salute, in collaborazione con le associazioni di categoria e del Terzo settore anche presso gli enti del Servizio sanitario nazionale, attiva campagne nazionali di sensibilizzazione e informazione sull'importanza della prevenzione, diagnosi precoce e cura delle malattie, in particolare di quelle ereditarie.

Art. 41.

(Disposizioni per la partecipazione di associazioni di malati e organizzazioni di cittadini ai tavoli decisionali in materia di tutela della salute)

1. Al fine di attuare i principi del coinvolgimento della cittadinanza nella definizione delle politiche pubbliche, è definito un percorso strutturato di partecipazione dei cittadini organizzati in associazioni di pazienti e *caregiver* o in altri Enti del Terzo Settore nella programmazione e nell'implementazione delle politiche in materia sanitaria.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute sono definiti i requisiti che le associazioni devono possedere ai fini della partecipazione in ordine alla durabilità, all'adeguata formazione, alla rappresentatività e alla rappresentanza.

Art. 42.

(Introduzione del corso di educazione sanitaria)

1. È istituito l'insegnamento di educazione sanitaria come disciplina curriculare nelle scuole di ogni ordine e grado. Esso concorre alla media scolastica della valutazione di ogni alunno e i risultati raggiunti concorrono alla sua valutazione complessiva finale. Con il decreto del Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con il Ministero della salute sentito l'Istituto superiore di sanità sono adottate le disposizioni per la disciplina dell'insegnamento dell'educazione sanitaria nelle scuole di ogni ordine e grado.

2. È prevista per ogni classe un'ora settimanale di educazione sanitaria, all'interno della quale il medico d'Istituto tratta gli argomenti legati al corretto utilizzo dei *social network*, all'educazione sessuale, all'igiene, all'attività motoria e all'educazione alimentare.

Art. 43.

(Disciplina del medico di Istituto)

1. È istituita la figura del medico di Istituto operante nelle scuole di ogni ordine e grado, inteso come professionista che opera in ambito scolastico in collaborazione e integrazione proattiva con il pediatra di libera scelta o con il medico del ruolo unico di assistenza primaria.

2. Il medico d'Istituto svolge i seguenti compiti:

- a) anamnesi fisiologica di base;
- b) verifica funzionale di base;
- c) visita oculistica di base;
- d) visita acustica di base;
- e) visita motoria di base;
- f) visita posturale di base;
- g) visita psico-comportamentale.

3. Nello svolgimento dei compiti di cui al comma 2, valorizza la telemedicina e il teleconsulto secondo procedure e metodiche di garanzia di piena tempestività e appropriatezza sulla base delle esigenze e bisogni conseguenti alle attività di prevenzione primaria e di *screening* secondo definiti protocolli.

4. Le visite di cui al comma 2 hanno cadenza semestrale e comunque sono effettuate all'inizio e alla fine dell'anno scolastico per le correlate eventuali prese in carico degli specialisti secondo l'effettivo bisogno.

5. Per quanto non già espressamente previsto a norma del comma 1 del presente articolo, rientrano nei compiti del medico di istituto gli interventi di prevenzione, di promozione della salute e di sani stili di vita nelle scuole, le attività di primo intervento per una valutazione tempestiva diretta ed immediata

dello stato di salute degli alunni e la gestione di eventuali emergenze in raccordo con i centri di primo e di pronto soccorso, di supporto al personale scolastico nel contrasto della diffusione di malattie infettive e nella presa in carico e nella tutela delle fragilità, ivi incluse le allergie e le malattie croniche. Il medico di istituto supporta il personale docente nella implementazione dei corsi di educazione alla salute e a corretti stili di vita, di igiene comportamentale e alimentare, al fine di diffondere la cultura della salute e del rispetto e dell'igiene della persona, in prima applicazione secondo le linee guida del progetto nazionale a cura dell'Istituto superiore di sanità definito in forza di convenzione con i Ministeri competenti.

6. Il medico d'Istituto interviene nella coadiuvazione del docente nell'attività didattica quando vengono affrontati argomenti che rientrano nelle aree sanitarie, di igiene e prevenzione.

7. Con decreto del Ministro dell'istruzione e del merito e del Ministro della salute e del Ministro dell'università e della ricerca previa intesa Stato-regioni da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati i criteri e le modalità per il reclutamento del medico d'Istituto, le funzioni di formazione e supervisione scientifica dell'Istituto superiore di sanità per le attività di educazione sanitaria, prevenzione e promozione dei sani stili di vita degli alunni presso tutte le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e per le finalità di cui al presente capo.

Art. 44.

(Ambulatorio scolastico)

1. In ogni plesso scolastico è adibito un idoneo locale ad ambulatorio scolastico destinato all'effettuazione delle visite, ai colloqui psico-pedagogici con gli alunni e, fuori dell'orario scolastico, ai colloqui con le famiglie degli studenti.

Capo VIII

DISPOSIZIONI PER LA TUTELA DELLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE

Art. 45.

(Misure di riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari per la cura delle patologie croniche)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano tutelano il diritto generale alla salute del soggetto affetto da malattie croniche, ovvero sia quelle malattie caratterizzate da scarso accesso alle cure, ingente ritardo diagnostico, con conseguente accumulo di danno d'organo e di invalidità, attraverso misure volte a garantire:

- a) la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie croniche comprese nel Piano nazionale per le cronicità;
- b) la presa in carico dei pazienti con un approccio effettivamente integrato da parte del medico specialista di riferimento e del medico del ruolo unico di assistenza primaria;
- c) la presenza della figura dello psico-oncologo in tutte le fasi di cura del paziente oncologico;
- d) l'uniformità dell'erogazione e dell'accesso, nel territorio nazionale, alle prestazioni e ai farmaci;
- e) l'aggiornamento periodico dei livelli essenziali di assistenza con il riconoscimento dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie;
- f) l'istituzione della Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle patologie;
- g) l'istituzione presso il Ministero della salute di un organismo tecnico consultivo sulle patologie croniche, coinvolgendo società scientifiche e associazioni di pazienti;
- h) la promozione e il sostegno della ricerca e dell'innovazione nella diagnosi precoce e nella cura attraverso la medicina predittiva e interventi orientati alla medicina di precisione;
- i) il potenziamento del sistema integrato ospedale-territorio e nel contesto della rete di medicina territoriale « Salute Globale » (*One Health*), costituita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sulla base di principi di prevenzione e di promozione della salute e di cura appropriata, strutturata e integrata con la collaborazione dello specialista di riferimento e dell'infermiere di famiglia

e comunità, nonché potenziando la rete delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate e a contratto, al fine di favorire l'accesso al parere di più specialisti (*Second opinion* specialistico), secondo le disposizioni e il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e di convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale ai sensi degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 46.

(Piano diagnostico terapeutico-assistenziale personalizzato per le patologie cronico-degenerative)

1. Con accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si individuano centri di riferimento, per singola patologia cronica, i quali definiscono il piano diagnostico terapeutico-assistenziale personalizzato, comprese le terapie avanzate e i farmaci innovativi, che ove già autorizzati da EMA devono essere subito autorizzati da AIFA e i monitoraggi della persona affetta da patologie croniche.

2. Sono posti a totale carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) i trattamenti sanitari compresi nel piano diagnostico-terapeutico assistenziale personalizzato e indicati come essenziali, appartenenti alle seguenti categorie:

- a) le prestazioni rese nell'ambito del percorso diagnostico a seguito di sospetto di patologie croniche, con percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) integrati tra presidi ospedalieri e assistenza territoriale specificamente orientati alla prevenzione e alla diagnosi precoce;
- b) le prestazioni correlate all'aderenza e al monitoraggio clinico, anche per la riabilitazione, in un'ottica di continuità assistenziale nella cura delle patologie croniche, con particolare attenzione allo sviluppo della teleriabilitazione e del telemonitoraggio;
- c) i farmaci di fascia A o H, i farmaci eleggibili ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, ovvero i farmaci innovativi cosiddetti « *brand-on label* » con una efficacia terapeutica temporalmente maggiore.

Art. 47.

(Assistenza farmaceutica e disposizioni per assicurare l'immediata disponibilità dei farmaci)

1. I farmaci di fascia A o H prescritti per l'assistenza dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, sono erogati dai seguenti soggetti:

- a) le farmacie ospedaliere, anche nel caso di somministrazione ambulatoriale del farmaco;
 - b) le aziende sanitarie territoriali di appartenenza del paziente, anche qualora la malattia sia stata diagnosticata in una regione diversa da quella di residenza;
 - c) le farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSN, nel rispetto di quanto previsto dagli accordi regionali stipulati ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera a), del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.
2. Nelle more dei periodici aggiornamenti per il loro inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o in altri strumenti analoghi ai sensi dell'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, i farmaci di cui al comma 1 del presente articolo sono resi comunque disponibili dalle regioni.
3. In deroga a quanto previsto dal decreto del Ministro della sanità dell'11 febbraio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 72 del 27 marzo 1997, è consentita l'importazione di farmaci in commercio anche per usi non autorizzati nei Paesi di provenienza, purché compresi nei piani di cui all'articolo 44, comma 1, della presente legge, nonché nell'elenco di cui all'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648. I farmaci di cui al presente comma devono essere richiesti da una struttura ospedaliera, anche se utilizzati per assistenze domiciliari, e sono posti a carico del SSN.

Art. 48.

(Formazione continua del personale medico e di assistenza ospedaliera e territoriale)

1. Il Ministero della salute assicura la predisposizione di idonei corsi di formazione dedicati agli specialisti e alle professioni sanitarie nel programma nazionale per la formazione continua di cui agli articoli 16-*bis* e seguenti del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per la diagnosi e per i relativi protocolli terapeutici delle patologie cronicodegenerative.

Art. 49.

(Educazione, informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione e cura delle patologie cronicodegenerative)

1. Il Ministero della salute, attraverso i Centri nazionali per singole patologie cronicodegenerative deve fungere da aggregatore, informa periodicamente la Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo stato dell'arte e dei progressi raggiunti, avvalendosi degli enti del SSN e valorizzando la rete degli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, promuove azioni di educazione, informazione e sensibilizzazione della popolazione per la diagnosi precoce e la cura appropriata delle patologie cronicodegenerative.

2. Per le finalità di cui al comma 1 possono essere stipulate convenzioni e promosse collaborazioni con le società scientifiche e le associazioni di qualificata competenza.

Art. 50.

(Cure palliative per i malati oncologici)

1. Il percorso di malattia e i trattamenti palliativi, all'interno e all'esterno delle strutture ospedaliere, prevedono che l'eventuale accompagnamento verso il fine vita avviene attraverso la gestione personalizzata del dolore, osservando le seguenti prescrizioni:

a) il medico deve avere competenze specifiche sulla gestione del dolore, empatia e umanità da trasmettere al paziente e alla sua famiglia nei tempi opportuni e necessari;

b) va attivata una puntuale e tempestiva collaborazione tra oncologi e specialisti della terapia del dolore, evitando nel paziente dolori e sofferenze;

c) le cure antidolorifiche personalizzate possono aiutare ad evitare le richieste di suicidio assistito, nonché i suicidi traumatici;

d) i medici e la struttura in cui il paziente è curato programmano dall'interno il percorso per gestire il dolore e l'accompagnamento verso il fine vita con tempi e modalità appropriate;

e) ove le strutture titolate alla cura di patologie non possiedono al loro interno tutti i servizi necessari per facilitare il percorso di fine vita, attivano, d'intesa con il paziente e con la sua famiglia, il percorso alternativo all'esterno;

f) in tutte le fasi sono sempre ascoltate le associazioni dei pazienti presenti nella struttura, che possono dare un importante contributo nei diversi livelli di cura e di presa in carico verso il fine vita.

Capo IX

STRUMENTI DI *GOVERNANCE* NELLA PROGRAMMAZIONE, PREVENZIONE E CONTROLLO IN AMBITO VETERINARIO

Art. 51.

(Piano nazionale Prevenzione Veterinaria e sistema di valutazione globale del benessere del consumatore per le eccellenze agroalimentari)

1. Il Piano nazionale Prevenzione Veterinaria (PPV), che comprende il piano di controllo nazionale pluriennale previsto dal regolamento (UE) 2017/625, adottato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 22 marzo 2023, per il quinquennio 2023-2027, e recepito con il decreto legislativo 2 febbraio 2021, n. 27, in materia di controlli ufficiali svolti dalle autorità competenti degli Stati membri, il decreto legislativo 2021, n. 23 in materia di organizzazione dei controlli sugli animali e sulle merci provenienti dagli altri Stati membri, il decreto legislativo 2021, n. 24 in materia di controlli sanitari ufficiali sugli animali e sulle merci che entrano nell'Unione e il decreto legislativo 2021, n. 32,

in materia di finanziamento dei controlli e delle relative tariffe, è lo strumento di programmazione nazionale che definisce e aggiorna periodicamente gli obiettivi della sanità veterinaria e gli interventi di prevenzione, vigilanza e controllo definiti quali livelli essenziali di assistenza (LEA).

2. Il PPV determina gli obiettivi generali e specifici di prevenzione e controllo veterinario di rilievo nazionale e individua gli standard minimi di qualità delle attività di prevenzione e controllo, le modalità di verifica del loro conseguimento, nonché gli indicatori finalizzati al monitoraggio. Il PPV definisce altresì gli standard nazionali da perseguire in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale e tutela degli animali d'affezione, gli indirizzi e le priorità delle azioni da attuare e, sulla base di analisi dei costi e degli interventi da realizzare, i criteri per l'assegnazione alle regioni e alle province autonome delle risorse del Fondo sanitario nazionale finalizzate a tali interventi.

3. Il PPV, di durata quinquennale, si avvale del sistema informativo *ClassyFarm.it*, di cui all'articolo 14, comma 2, del decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 136, per le attività ivi previste ed è adottato su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, 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. Il primo PPV è adottato entro centoottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Il PPV è aggiornato nei termini e nei modi di cui al comma 3 prima della sua naturale scadenza, qualora le condizioni epidemiologiche di sanità umana e animale, gli esiti dei controlli ufficiali, l'evoluzione scientifica e l'eventuale riorganizzazione delle autorità competenti in materia di prevenzione veterinaria lo richiedano.

5. Il PPV definisce procedure uniformi per le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per l'esecuzione dei controlli ufficiali, compresi quelli volti a verificare il rispetto degli impegni previsti nell'ambito della condizionalità, ai sensi del regolamento (UE) n. 1307/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013. Il PPV definisce azioni finalizzate all'implementazione di un sistema integrato di categorizzazione del rischio al fine di migliorare la collaborazione tra autorità competenti e operatori della filiera agroalimentare, elevando il livello di sicurezza e la qualità dei prodotti.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla data della pubblicazione del PPV nella *Gazzetta Ufficiale*, adottano il piano regionale o provinciale integrato della sanità veterinaria che individua gli obiettivi specifici territoriali di prevenzione, sicurezza e controllo che le aziende sanitarie, con il supporto degli istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), di cui all'articolo 1, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, nonché delle altre autorità competenti, sono tenute ad assicurare.

7. In linea con gli obiettivi del PPV, - ai fini del consolidamento di sistemi di classificazione degli alimenti, di cui al decreto del Ministro dello sviluppo economico, del Ministro della salute e del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali del 19 novembre 2020, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 304 del 7 dicembre 2020, per lo sviluppo di strategie volte a favorire diete sane ed equilibrate nell'ambito di un sistema alimentare sostenibile, preservando il patrimonio agroalimentare quale insieme di prodotti espressione del processo di evoluzione socio-economica e culturale del Paese di rilevanza strategica per l'interesse nazionale -, è istituito, su base volontaria, un sistema di valutazione degli operatori, tenuto conto di quanto stabilito dall'articolo 11 del regolamento (UE) 2017/625, integrato con il Sistema di qualità nazionale per il benessere animale (SQNBA) di cui all'articolo 224-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e del sistema di qualità nazionale zootecnia (SQN), di cui al decreto del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali 4 marzo 2011, e del sistema di qualità « prodotto di montagna » di cui al decreto del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali del 26 luglio 2017, al fine di rendere disponibili ai consumatori informazioni circa la qualità e la sicurezza degli alimenti e valorizzare le eccellenze delle filiere agroalimentari italiane, nel rispetto di quanto stabilito dal regolamento (CE) n. 1924/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 dicembre

2006, relativo alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite su prodotti alimentari.

8. Il sistema di valutazione degli operatori è fondato sulla verifica della corrispondenza dei singoli operatori economici delle filiere agroalimentari a criteri che determinino livelli più alti degli standard di conformità, accertati dalle autorità competenti in materia di sicurezza alimentare, in tutte le fasi della produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti, a garanzia della qualità e della sicurezza alimentare, tenendo conto della conformazione orografica del territorio, con particolare riferimento alle aree territoriali interne e disagiate.

9. L'adesione al sistema di valutazione degli operatori e la puntuale alimentazione dei relativi flussi informativi, di cui al comma 11, sostituisce in materia esaustiva qualsivoglia adempimento cartaceo o richiesto per lo scopo.

10. La fissazione dei criteri per la determinazione della valutazione in materia di alta qualità e sicurezza degli alimenti e di elevata affidabilità sarà disposta con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni secondo formule che tengano conto delle variabili in percentuale rispetto ai pesi predeterminati e che soddisfino le seguenti condizioni:

- a) assicurare il nesso comprovato tra la provenienza e l'origine, l'affidabilità e la reputazione dei sistemi di controllo e vigilanza e la qualità dell'alimento quale livello di eccellenza, con l'intento di assicurare effetti positivi per la salute, in relazione alle corrette modalità di consumo degli alimenti stessi;
- b) fornire chiare indicazioni tra la proprietà nutritiva e l'appropriatezza del consumo nella giornata alimentare, in particolare con riferimento al contenuto di sale, zuccheri e acidi grassi saturi e ai processi, ai trattamenti e alle trasformazioni subiti, nonché alla formulazione finale;
- c) determinare quali azioni di filiera sono necessarie al raggiungimento di standard qualitativi elevati anche in contesti produttivi diversi, siano essi a bassa che ad alta densità produttiva;
- d) rendere evidente al consumatore finale, secondo criteri di trasparenza e di tracciabilità, le procedure che hanno determinato la valutazione positiva in merito al raggiungimento degli standard qualitativi previsti dal sistema di valutazione degli operatori.

11. Per le finalità di cui al comma 7, nel rispetto delle funzioni già esercitate dalle autorità competenti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute e il Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, stipulano una convenzione con un soggetto pubblico o privato che risulti in possesso dei seguenti requisiti, diretti ad assicurare l'immediata operatività del sistema di valutazione:

- a) integrità e trasparenza;
- b) metodologie analitiche e di calcolo rigorose e sistematiche;
- c) capacità di codificare i processi da adottare e renderli comunicabili all'interno e all'esterno del territorio nazionale;
- d) capacità operativa sul territorio nazionale, sia nelle zone a forte densità che a bassa densità produttiva;
- e) esperienza pluriennale nei processi di valutazione del merito;
- f) elevata professionalità e competenza;
- g) riconoscimento in ambito europeo e internazionale;
- h) assenza di conflitto di interesse.

12. Nella convenzione di cui al comma 11 sono definiti le modalità di finanziamento e i compiti del concessionario, in particolare volti a:

- a) elaborare e codificare il modello di valutazione da applicare, su base volontaria, ai singoli operatori economici della filiera agroalimentare;

- b) predisporre le modalità di verifica, rispondenza e mantenimento della valutazione da parte dei singoli operatori economici;
- c) pubblicare sui siti istituzionali o rendere altrimenti disponibili al pubblico informazioni circa la valutazione dei singoli operatori in base al risultato raggiunto, assicurando che non siano divulgate le informazioni coperte dal segreto professionale;
- d) elaborare un modello di valutazione e certificazione anche attraverso l'utilizzo dello strumento delle piattaforme informatiche per la tracciabilità delle informazioni al fine di coniugare la qualità e la sicurezza degli alimenti con la valorizzazione delle eccellenze del « *made in Italy* »;
- e) definire una procedura codificata di gestione del sistema da comunicare in sede nazionale e internazionale, mediante l'utilizzo della tecnologia basata su registri distribuiti (DLT), di cui all'articolo 8-ter del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, quale tecnologia innovativa utile per la tracciabilità e la valorizzazione della filiera del *made in Italy* ai fini dell'eshaustività e affidabilità delle informazioni fruibili dai consumatori, anche attraverso azioni informative e di promozione svolte in collaborazione con le strutture del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale;
- f) predisporre, entro il 30 novembre di ogni anno, la relazione annuale delle attività e degli interventi adottati nell'anno precedente.

13. Sulla base dei risultati raggiunti, nei casi in cui il sistema di valutazione evidenzi l'alta qualità della prestazione, è rilasciata una certificazione di eccellenza delle filiere agroalimentari che può essere apposta sul prodotto commercializzato al fine di informare il consumatore sulla sua elevata qualità e sicurezza.

Capo X

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 52.

(Norme di attuazione)

1. 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 modifiche al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 e al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, per adeguarli alle disposizioni di cui alla presente legge.
2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le eventuali ulteriori modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine dell'armonizzazione e del coordinamento con i nuovi livelli essenziali di assistenza disposti dalla presente legge.

Art. 53.

(Copertura finanziaria)

1. Per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore al 10 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato a decorrere dal 2025.

Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (<https://www.senato.it>) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.