

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1298

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

QUARTINI, SPORTIELLO, MARIANNA RICCIARDI, DI LAURO, AIELLO, AMATO, CAFIERO DE RAHO, CAPPELLETTI, CARAMIELLO, CARMINA, CASO, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, SERGIO COSTA, DELL'OLIO, DONNO, FEDE, ILARIA FONTANA, MORFINO, PAVANELLI, TORTO

Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare

Presentata il 13 luglio 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione Gimbe, nell'ambito del 5° rapporto sul Servizio sanitario nazionale (SSN), ricordano che la crisi di sostenibilità dell'SSN coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del Fondo sanitario nazionale (FSN) si è progressivamente appiattita, in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento dell'SSN; secondo le analisi, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi nel

periodo 2010-2015, in conseguenza dei tagli lineari alla spesa pubblica deliberati dalle manovre finanziarie che si sono succedute nel medesimo periodo, e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, quale effetto di un processo di progressivo definanziamento che, per il conseguimento di obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato all'SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati.

Successivamente, le leggi di bilancio per gli anni 2020, 2021 e 2022 hanno invertito tale tendenza con un incremento complessivo dell'FSN pari a 11,2 miliardi di euro, segnando un netto cambio di passo del

finanziamento pubblico dell'SSN, che è cresciuto in media del 3,4 per cento annuo, con un tasso di crescita superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9 per cento) e certificando formalmente la fine della stagione dei tagli alla sanità; oltre alle predette manovre, dal mese di marzo 2020 al mese di settembre 2022 sono stati emanati ben dodici decreti-legge che hanno stanziato risorse *ad hoc* per la gestione dell'emergenza da COVID-19, pari a complessivi 11.414,3 miliardi di euro.

A partire dal Documento di economia e finanza 2022, tuttavia, a fronte di una prevista crescita media annua del prodotto interno lordo (PIL) nominale del 3,8 per cento nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è tornata a ridursi mediamente dello 0,6 per cento annuo e nel 2025 il rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL è addirittura precipitato al 6,2 per cento, al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia; la Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza 2022 riduce ulteriormente il citato rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL al 6,1 per cento.

In riferimento alla manovra economica per il 2023 la Corte dei conti ha rilevato che la previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi in tal modo solo poco al di sotto di quella prevista per il 2022 (133,9 miliardi), confermando, dunque, che la spesa sanitaria, in termini di prodotto, è in riduzione nel prossimo biennio. La Corte dei conti ha stigmatizzato quindi il fatto che già dal 2024 il rapporto fra la spesa sanitaria e il PIL si porta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria (pari al 6,3 per cento), per ridursi nell'anno terminale (2025) ancora di un decimo di punto; la decrescita dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è un elemento preoccupante perché si traduce in « meno salute » e pone il nostro Paese al di sotto della media dei Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e al di sotto della soglia di accettabilità, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza sanitaria nonché

sull'aspettativa di vita, come è stato già documentato da studi e ricerche in accreditati rapporti. Inoltre, tenuto conto che il rapporto con il PIL esprime il valore monetario (cioè al lordo dell'inflazione), in termini reali (scontando l'inflazione) si può stimare che un rapporto pari al 6,1 per cento del PIL nel 2023 sarà pari al 5,11 per cento nel 2025 qualora l'FSN non sia corretto per l'inflazione, come non è accaduto per l'appunto nel 2023, nonostante un tasso di inflazione consolidata pari all'8,6 per cento; ciò rischia di collocare l'Italia dopo la Polonia (5,2 per cento) e prima della Turchia (4,9 per cento) per quanto concerne il rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL nei Paesi OCSE.

Permane il grave ritardo nell'erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste di attesa, cresciute esponenzialmente a seguito della pandemia di COVID-19; a tale riguardo, la Corte dei conti ha altresì rappresentato come ben quattordici regioni presentano prestazioni peggiori di quelle erogate nel 2019 con riferimento agli interventi cardio-vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro trenta giorni; solo di poco migliore risulta l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: le regioni che hanno peggiorato le loro prestazioni sono infatti dodici; si rileva inoltre che le prestazioni specialistiche erogate a livello ambulatoriale non hanno recuperato i livelli delle prestazioni effettuate nel 2019: nel primo semestre 2022 la media nazionale delle prestazioni erogate risultava inferiore del 12,8 per cento rispetto a quella dello stesso periodo del 2019 e ben tredici regioni si collocavano al di sotto di tale media.

Si accumula sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di *screening*, nonostante l'adozione di investimenti dedicati per quasi 1 miliardo di euro e la definizione di un piano nazionale per il recupero delle liste di attesa; il progressivo impatto del *long-COVID* ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo

organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore, senza considerare l'impatto sulla salute mentale fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani della popolazione, che fatica a trovare adeguate risposte assistenziali.

Come si evince dal rapporto dell'Osservatorio GIMBE n. 2 del 2022 «Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità», a fronte di un SSN fondato su principi di equità e di universalismo, il nostro Paese presenta inaccettabili disuguaglianze regionali rispetto al mantenimento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA): occorre quindi restituire centralità e unitarietà all'SSN e superare l'attuale frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali, intervenendo per ricondurre in capo allo Stato, in via esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e una migliore equità nell'erogazione delle prestazioni nonché ottemperare, così, ai principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, in osservanza dell'articolo 32 della Costituzione.

Al fine di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale, è necessario intervenire sulla ripartizione dell'FSN, prevedendo che nell'attribuzione del valore ai diversi elementi si tenga conto anche di indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché si riconosca un peso non inferiore al 10 per cento sull'intera quota, all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica sulla base delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie.

Alla riduzione delle risorse economiche e alla compressione delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini, ulteriori criticità derivano dalle misure di contenimento della spesa per il personale sanitario che continuano a generare un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e l'insostenibilità dei turni straordinari, nonché una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a forme di lavoro

flessibile e precarizzato anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale, dal pronto soccorso alla rianimazione, determinando un progressivo indebolimento della sanità pubblica che in tal maniera e in queste condizioni emergenziali non è più in grado di rispondere ai bisogni della popolazione e perde terreno in favore della sanità privata o della sanità integrativa. Il fenomeno dei cosiddetti «gettonisti», ossia i medici che prestano la propria opera su chiamata delle strutture sanitarie pubbliche, oltre a comportare l'inserimento in organizzazioni critiche come i dipartimenti di emergenza urgenza e accettazione (DEA) di personale non esperto del contesto specifico, con riguardo, ad esempio, alle specialità, ai percorsi di cura, alle dotazioni informatiche, tende anche a demotivare il personale dipendente delle strutture stesse, con la conseguente ulteriore perdita di professionisti esperti e il peggioramento del servizio.

Numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e come siano sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico: si fa sempre più dilagante la «fuga» dall'SSN verso le strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto alla compartecipazione dovuta o comunque in tempi più rapidi rispetto alle liste di attesa del servizio pubblico.

I fondi sanitari integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di tutela della salute che è l'SSN, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, quale diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione; tuttavia, le diverse forme di assistenza sanitaria integrativa si stanno nel tempo proponendo come le uniche soluzioni al problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica modalità per il superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute. Tali fondi integrativi peraltro sono molto disponibili ad accettare l'iscrizione di soggetti in età lavorativa ma molto restii a stipulare polizze in favore di soggetti

ultrasessantenni, malgrado sia notorio che la maggiore spesa sanitaria è destinata per l'appunto alle fasce più anziane della popolazione.

Il ricorso dei cittadini alla prestazione sanitaria erogata in regime libero-professionale nelle strutture pubbliche, cosiddetto « *intramoenia* », rappresenta sempre più spesso una tappa obbligata a causa delle lunghe liste di attesa e delle inefficienze dell'SSN, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto: la legge 3 agosto 2007, n. 120, concernente l'attività libero-professionale intramuraria prevede infatti il « progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria », proprio al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia la conseguenza della libera scelta del cittadino e non già la conseguenza di una carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

La stessa Autorità nazionale anticorruzione, nell'ambito dell'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione, collocava tra gli eventi a rischio di corruzione proprio l'attività intramoenia nei casi di errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, di violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, di svolgimento dell'attività libero-professionale nell'orario di servizio o di trattamento più favorevole dei pazienti trattati in regime di libera professione. La recente depenalizzazione del reato di abuso di ufficio rende meno pericoloso per il personale sanitario dipendente dell'SSN indirizzare i pazienti verso la propria attività intramoenia, rischiando di aggravare un fenomeno oltretutto immorale.

Come indicato anche nel sito *internet* istituzionale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, l'attività libero-professionale intramuraria può essere autorizzata a condizione che: non comporti un incremento delle liste di attesa per l'attività istituzionale; non contrasti o pregiudichi i fini istituzionali del Servizio sa-

nitario nazionale o regionale; non contrasti o pregiudichi gli obiettivi aziendali; non comporti per ciascun dipendente una produttività superiore a quella assicurata per l'attività istituzionale, ovvero un impegno orario superiore al 50 per cento di quello di servizio.

Per quanto concerne il numero di posti letto della rete ospedaliera, l'Italia dispone di 3,7 posti letto per mille abitanti, collocandosi al di sotto della media europea, pari a 5,5 posti letto per mille abitanti, e penalizza, nella programmazione della dotazione dei posti letto, quelle regioni italiane che, con un saldo positivo di mobilità, di fatto finanziano il sistema sanitario di regioni ritenute virtuose proprio attraverso le risorse provenienti dalla mobilità attiva.

La riduzione dei posti letto della rete ospedaliera, nelle intenzioni del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, cosiddetto « decreto Balduzzi », era e doveva essere armonizzata attraverso la realizzazione dell'assistenza territoriale e dei presidi nel territorio, anche con i cosiddetti ospedali di comunità. Tuttavia, a fronte della estrema solerzia nella riduzione dei posti letto, ad essa non fece da contraltare la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dei presidi territoriali o degli ospedali di comunità, che solo ora cominciano ad essere realizzati grazie al Piano nazionale di ripresa e resilienza e alle risorse del fondo *Next Generation EU*, cosiddetto « *Recovery Fund* », dell'Unione europea.

La riorganizzazione territoriale deve essere sostenuta da un adeguato potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'ideale copertura finanziaria, da una riforma delle disposizioni in materia di medici di medicina generale, nonché dallo sviluppo di ulteriori strutture territoriali, concernenti la salute mentale, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e l'assistenza psicologica di base; tale riorganizzazione territoriale, inoltre, dovrebbe essere accompagnata da una riorganizzazione dei posti letto, secondo una logica ripartizione tra la

rete ospedaliera « tradizionale » e gli ospedali di comunità.

La riorganizzazione territoriale dell'assistenza sanitaria si scontra infatti anche con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale già da oltre dieci anni sia l'Ente nazionale di previdenza ed assistenza medici sia la Federazione italiana medici di famiglia rilevano numeri drammatici sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze in materia di prestazioni assistenziali, stimando che dal 2015 al 2025 l'accesso al trattamento pensionistico avrebbe riguardato complessivamente circa 40.000 professionisti sanitari, ripartiti tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri, con un incremento di 25.000 professionisti che rischiano di non essere sostituiti, e già da allora si teme che per il successivo decennio circa 25 milioni di italiani sarebbero potuti rimanere senza assistenza sanitaria.

È necessario che il sistema del « fascicolo sanitario elettronico » diventi un vero e proprio « diario di bordo » del percorso diagnostico e terapeutico del paziente, in modo da coordinare le attività dei professionisti, evitare duplicazioni e tempi di attesa eccessivi; a tale fascicolo dovrebbero aderire anche i soggetti privati, contribuendo allo stesso nelle medesime modalità e condizioni dei professionisti operanti nelle strutture pubbliche.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, che rappresenta una delle voci più significative della spesa sanitaria rientrando nel fabbisogno nazionale *standard*, appare necessaria l'introduzione di strumenti di monitoraggio più efficaci per la *governance* e il controllo dell'appropriatezza nell'uso dei farmaci; per raggiungere la sostenibilità della spesa farmaceutica sarebbe auspicabile garantire la trasparenza sul prezzo e sul rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti dalle imprese e sul contributo pubblico nonché assicurare la condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci; per sopperire alla carenza di farmaci dovrebbe essere attivato un sistema pubblico di ricerca e di produzione farma-

ceutica, comprendente il ciclo di fornitura e la distribuzione.

Nelle strutture sanitarie il *dominus* della spesa sanitaria è il direttore generale, sulla cui gestione manageriale occorre intervenire efficacemente; in tal senso sarebbe auspicabile prevedere precise fattispecie di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo dell'incarico medesimo in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di pronunce di condanna per fatti dolosi da parte della Corte dei conti.

Occorre rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare una decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione dell'SSN, in quanto la commistione tra le due sfere rappresenta la causa più rilevante delle inefficienze in questo ambito; in particolare occorre intervenire sulla disciplina vigente in materia di conferimento di incarichi di direttore generale, di direttore sanitario e di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di regolare le procedure di nomina, la valutazione e la decadenza in base a principi di trasparenza e di merito, azzerando la discrezionalità, in capo ai presidenti di regione, nella nomina dei predetti direttori.

Occorre altresì intervenire sull'utilizzo inappropriato delle risorse dell'SSN attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie. In particolare sarebbe auspicabile: rafforzare e uniformare il sistema di rilevazione del fabbisogno territoriale; garantire la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza in relazione alla determinazione del fabbisogno, all'elenco dei soggetti autorizzati e agli esiti delle attività ispettive; rafforzare e uniformare il piano di controlli assicurando procedure certe e scadenze nel tempo, garantendo la terzietà e l'indipendenza degli organi ispettivi; rafforzare e garantire il controllo e la vigilanza sul

rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, assicurando un rigoroso sistema sanzionatorio che contempli anche la revoca e la sospensione, in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; infine, uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali.

La presente proposta di legge, che si compone di dodici articoli, intende dunque intervenire sui seguenti elementi chiave del SSN:

- 1) il finanziamento;
- 2) l'appropriatezza concernente i LEA e i raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG, *Diagnosis Related Groups*);

- 3) le risorse umane;
- 4) l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- 5) la sanità integrativa;
- 6) la tracciabilità della spesa sanitaria;
- 7) le nomine della dirigenza sanitaria;
- 8) le liste di attesa e l'attività *intra-moenia*;
- 9) la ricerca sanitaria;
- 10) la digitalizzazione dell'SSN;
- 11) il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliero.

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

*(Disposizioni per il finanziamento
del Servizio sanitario nazionale)*

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale, di garantire una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e di soddisfare in modo più efficace le esigenze di pianificazione e di organizzazione nel rispetto dei principi di equità, di solidarietà e di universalismo, a decorrere dall'anno 2024, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo (PIL) non può essere inferiore all'8 per cento annuo. A decorrere dal medesimo anno 2024, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è in ogni caso aumentato su base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico, contraddistinto da una riduzione del PIL.

2. Al fine di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , ambientali, socioeconomici e culturali; inoltre, attribuisce un peso non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie ».

Art. 2.

*(Misure per l'appropriatezza
delle prestazioni sanitarie)*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare entro cen-

tottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta 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, sentita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita ai sensi dell'articolo 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provvede a modificare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine di eliminare le prestazioni sanitarie obsolete.

2. A decorrere dall'anno 2024, per l'aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, l'importo di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementato di 400 milioni di euro annui.

3. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1 del presente articolo si provvede alla ridefinizione degli indicatori e dei parametri di riferimento relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 9, comma 2, lettera *a*), del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, assicurando che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni indicatori e parametri siano fissi e altri variabili.

4. Al fine di garantire l'equità distributiva attraverso un efficace sistema di remunerazione e adeguati livelli della qualità dei servizi erogati nonché di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale e i casi di scelta delle procedure di selezione dei pazienti sulla base della minore complessità dei casi o dell'attribuzione di tariffe più remunerative, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le

province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, è ridefinito in via sperimentale il sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente.

5. All'ulteriore fine di rafforzare la resilienza del Sistema sanitario nazionale dinanzi a nuovi eventi patologici epidemici o pandemici, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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, è disciplinato il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

Art. 3.

(Disposizioni in materia di personale del Servizio sanitario nazionale)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta 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, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, è definita una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale

degli enti del Servizio sanitario nazionale ai fini della valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate, tenendo conto di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale, e in coerenza con gli *standard* organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale.

2. Al fine di consentire alle regioni una maggiore spesa per il personale degli enti del servizio sanitario regionale, fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 del presente articolo, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, i valori di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

3. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare, e di personale convenzionato, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 150 milioni di euro per l'anno 2023, di 300 milioni di euro per l'anno 2024, di 500 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale che è conseguentemente incrementato in misura corrispondente. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base dei criteri definiti dal medesimo decreto.

4. Al fine di contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, per il triennio 2022-2024, al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2024.

Art. 4.

(Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa)

1. Nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, le forme di assistenza sanitaria integrativa possono fornire esclusivamente le prestazioni sanitarie non comprese nei LEA erogate da professionisti e da strutture accreditate nonché le prestazioni sanitarie comprese nei LEA erogate dal Servizio sanitario nazionale, per la sola quota posta a carico dell'assistito.

2. I soggetti che forniscono le prestazioni sanitarie nell'ambito delle forme di assistenza sanitaria integrativa riservano una quota delle proprie risorse annue:

a) pari all'80 per cento, per le prestazioni non comprese nei LEA;

b) pari al 20 per cento, per le prestazioni comprese nei LEA ed erogate da strutture pubbliche, limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito anche relativa agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito.

3. Le forme di assistenza sanitaria integrativa operano esclusivamente con fina-

lità assistenziali e senza scopo di lucro, attuando politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso dei propri iscritti alle prestazioni sanitarie. Le stesse assicurano altresì la stabilità della gestione economica e possono accedere ai benefici e alle agevolazioni fiscali previsti dalla normativa vigente subordinatamente all'osservanza dei principi di trasparenza, di completezza e di comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili ai sensi del titolo V del libro quinto del codice civile.

4. L'adesione alle forme di assistenza sanitaria integrativa è libera. Per le forme di assistenza sanitaria integrativa costituite sulla base di accordi contrattuali o collettivi relativi a specifiche categorie di lavoratori subordinati, di lavoratori autonomi o di liberi professionisti, l'adesione, individuale o collettiva, può avvenire esclusivamente su base volontaria del singolo.

5. Le forme di assistenza sanitaria integrativa affidate alla gestione esterna di soggetti che svolgono attività a fini di lucro non possono accedere agli incentivi fiscali, in forma diretta o indiretta. I datori di lavoro, le organizzazioni sindacali o i promotori delle forme di assistenza sanitaria integrativa non possono in alcun caso far parte di organi di gestione e amministrazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, di enti gestori delle medesime o di imprese di assicurazione che provvedono al loro finanziamento o alla loro gestione né possono ricevere benefici o vantaggi di alcun genere come conseguenza dell'adesione a forme di assistenza sanitaria integrativa da parte dei propri dipendenti, iscritti o associati.

6. Sono vietate le campagne pubblicitarie di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale e di polizze di assicurazione sanitarie che diffondano messaggi basati sulle criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale o sull'inappropriatezza delle cure erogate ovvero che promuovano la medicalizzazione della società nonché i fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

7. L'anagrafe dei Fondi sanitari istituita ai sensi del decreto del Ministro della sa-

lute 31 marzo 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 141 del 18 giugno 2008, è pubblica, è integralmente consultabile da chiunque nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute e reca gli statuti, i bilanci e ogni documento contabile utile a evidenziare le agevolazioni fiscali di cui ciascun soggetto interessato ha beneficiato per ciascun anno nonché la chiara e completa rappresentazione della struttura societaria diretta e indiretta. A tal fine ciascun soggetto interessato invia periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al numero e alla tipologia dei propri iscritti, al numero e alla tipologia dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alla tipologia delle prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale e altre tipologie.

8. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare, in conformità ai principi e criteri direttivi desumibili dalle disposizioni di cui al presente articolo, assicurando che qualsiasi beneficio fiscale sia riconosciuto esclusivamente per le prestazioni non comprese nei LEA e per le forme di assistenza sanitaria integrativa che si siano conformate ai predetti principi e criteri.

9. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 8, corredati di relazione tecnica, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere, i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per

materia sono espressi entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

Art. 5.

(Disposizioni in materia di autorizzazione, accreditamento e stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. Al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale, entro tre 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, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono stabiliti i requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale nonché per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il decreto adottato ai sensi del comma 1 in particolare definisce:

a) i criteri, le modalità, i tempi e gli ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale nonché la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, relativamente a:

1) la struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;

2) l'elenco dei soggetti autorizzati;

3) gli esiti delle attività ispettive;

b) un piano di controlli ove siano indicati:

1) il numero minimo dei controlli, a campione e senza preavviso, che si intendono effettuare;

2) i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;

3) le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità, almeno annuale, alla composizione delle commissioni ispettive, avuto riguardo, in quest'ultimo caso, alla previsione di commissioni ispettive a composizione mista, con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo, anche nella forma di accordi tra aziende sanitarie confinanti;

4) i requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, la rotazione degli ispettori, le procedure per l'esecuzione delle attività ispettive attraverso un modello *standard* di verbale omogeneo;

c) le modalità di controllo e di vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la formazione e la rotazione del personale addetto al controllo nonché un rigoroso sistema sanzionatorio, che contempli anche la revoca e la sospensione in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni;

d) le linee guida recanti gli elementi essenziali da comprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo all'ente competente alla stipula e alla gestione dei contratti, alla composizione del *budget* e all'eventuale presenza di accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti *extra-regionali* e della mobilità passiva;

e) i requisiti specifici per l'accREDITamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato da applicare uniformemente nell'intero territorio nazionale, recante l'indicazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accREDITamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Art. 6.

(Disposizioni per la tracciabilità e l'economicità della spesa sanitaria)

1. Dopo il comma 412 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, è inserito il seguente:

« 412-bis. Al fine di garantire la trasparenza e l'economicità della spesa sanitaria nonché la concorrenzialità della filiera produttiva di beni e servizi in ambito sanitario, il Sistema di gestione di cui al comma 412 è realizzato secondo i seguenti criteri:

a) rilevare il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, il numero delle procedure in deroga al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, nonché il numero di proroghe e di rinnovi sul totale degli affidamenti;

b) rendere tracciabile e uniforme nel territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, comprese la definizione del fabbisogno, la programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare, la logistica e le giacenze di magazzino;

c) garantire l'integrazione con un programma operativo contabile e patrimoniale, unico per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale, che consenta ai cittadini, attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, di rilevare, in tempo reale, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, attraverso un sistema di ricerca semplificato anche per singolo fornitore, per codice identificativo di gara, per singolo bene e per voce univoca di bilancio;

d) rilevare, in tempo reale, per ciascun fornitore o creditore, tutti i pagamenti e gli incassi effettuati dalle strutture sanitarie, con un collegamento attivo informatizzato ai titoli che hanno consentito il pagamento o l'incasso;

e) rilevare, in tempo reale, lo stato patrimoniale delle strutture sanitarie, con evidenza dei beni di inventario e delle rimanenze di magazzino, nonché della mo-

vimentazione delle scorte, con un'associazione informatizzata ai cicli di terapia applicati a pazienti i cui dati sanitari siano stati opportunamente decodificati, al fine di garantire la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico;

f) rilevare, in tempo reale, tutte le fasi dell'esecuzione del contratto, opportunamente aggiornate dal responsabile o direttore dell'esecuzione del contratto, compresi le convenzioni o le procedure di accreditamento con le strutture sanitarie private, con evidenza dei verbali ispettivi e delle verifiche condotte con periodicità prestabilita;

g) accedere alla prescritta contabilità separata dell'attività libero-professionale intramuraria, con la possibilità di rilevare tutti i costi imputabili all'attività medesima, ivi comprese le attrezzature o gli spazi interni o esterni utilizzati per lo svolgimento del servizio nonché la relativa autorizzazione e il volume di attività per ciascun professionista;

h) assicurare che il mancato aggiornamento del Sistema di gestione non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa;

i) assicurare un sistema di segnalazione automatico in presenza di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione ».

2. All'articolo 3, comma 1, primo periodo, della legge 13 agosto 2010, n. 136, dopo le parole: « filiera delle imprese » sono inserite le seguenti: « , gli affidatari dei servizi sanitari e socio-sanitari in regime di accreditamento ».

3. Al decreto legislativo 4 marzo 2013, n. 33, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 14, comma 1-bis, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2 dell'articolo 41 si applicano anche gli obblighi di pubblicazione concernenti l'attività libero-professionale intramuraria »;

b) all'articolo 41, comma 3, primo periodo, la parola: « di cui all'articolo 15 » è sostituita con la seguente: « di cui all'articolo 14 ».

Art. 7.

(Modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di nomina dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari)

1. Al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1:

1) al comma 4, la lettera b) è sostituita dalla seguente:

« b) titolo di dottorato di ricerca, di master di secondo livello o di diploma di specializzazione conseguito presso le scuole di specializzazione individuate con il regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 aprile 2018, n. 80, in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria ovvero comprovata esperienza, almeno settennale, nel Servizio sanitario nazionale, in posizioni funzionali per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea di cui alla lettera a) »;

2) la lettera c) è abrogata;

3) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

« 5-bis. La commissione valuta il curriculum formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili nonché l'eventuale e comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato »;

4) al comma 7, secondo periodo, le parole: « secondo l'ordine alfabetico dei candidati senza » sono sostituite dalla seguente: « con »;

5) al comma 7-*bis*, le parole: « , di cui all'articolo 1, comma 4, lettera *b*), » sono soppresse;

6) al comma 7-*quater*, le parole: « 60 punti » sono sostituite dalle seguenti: « quaranta punti »;

7) al comma 7-*sexies*, le parole: « 40 punti » sono sostituite dalle seguenti: « sessanta punti »;

8) al comma 8 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , per gravi e comprovati motivi, per gestione di disavanzo grave o in caso di manifesta violazione di norme di legge o regolamento o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione »;

b) all'articolo 2:

1) il comma 1 è sostituito dal seguente:

« 1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione, l'incarico che intende attribuire, al fine della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. È nominato direttore generale il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano. Non possono essere nominati coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale »;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al *curriculum* del nominato. All'atto della nomina di ciascun di-

rettore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse e gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e di facile consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo aggregato e analitico, tenendo conto dei criteri valutativi di cui al comma 3 e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico o nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui al presente articolo. In caso di decadenza per mancato raggiungimento degli obiettivi, il medesimo soggetto non può essere nominato direttore generale in nessuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale nel triennio successivo. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale secondo le procedure di cui al comma 1. Il mandato del commissario ha la durata di sei mesi, prorogabile per un periodo massimo di ulteriori sei mesi »;

c) all'articolo 3, comma 1, dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: « Il direttore generale, al fine di procedere alla nomina, rende noto, con apposito avviso pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione e dell'azienda o ente interessato, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi regionali. È nominato direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, direttore dei servizi socio-sanitari il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco regionale di cui al presente articolo con il punteggio più alto. A parità di

punteggio è nominato il candidato più anziano »;

d) all'articolo 4 è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 1-bis. L'incarico conferito ai direttori generali, ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e, ove previsto dalla legislazione regionale, ai direttori dei servizi socio-sanitari nonché a tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è sospeso in caso di condanna, anche non definitiva, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti ».

2. Per la nomina dei direttori sanitari di distretto si applicano le disposizioni di cui al comma 1, ove compatibili, anche qualora nell'atto aziendale la direzione del distretto sanitario non sia stata individuata come struttura complessa. Per l'istituzione della commissione di valutazione sono sorteggiati i direttori di struttura complessa titolari dell'incarico di direttore di distretto.

Art. 8.

(Disposizioni per l'abbattimento delle liste di attesa)

1. Per l'abbattimento delle liste di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute:

a) al rispetto dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa e individuati nei loro Piani regionali di governo delle liste di attesa per tutte le prestazioni erogate nel proprio territorio;

b) a pubblicare, nel proprio sito *internet* istituzionale, l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera e i relativi tempi massimi di attesa;

c) ad assicurare la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e pri-

vate accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione, sia per il primo accesso sia per gli accessi successivi, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria. Non è consentita l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accredimento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

2. La struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie di prestazioni di cui al primo periodo sono distinte e indipendenti.

3. L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentita nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, che non violano le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscono che la prestazione sanitaria non è più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria.

4. Le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, non possono attivare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

5. Il rispetto delle disposizioni di cui al presente articolo consente l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

Art. 9.

*(Disposizioni per il potenziamento
della ricerca sanitaria)*

1. Al fine di potenziare la ricerca e lo sviluppo sui farmaci, a decorrere dall'anno 2023, la quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è incrementata dello 0,50 per cento. L'incremento di cui al presente comma è finalizzato altresì al finanziamento delle attività di ricerca corrente di cui alla lettera *a*) del medesimo comma 2 dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

2. Per la finalità di cui al comma 1 del presente articolo, a decorrere dall'anno 2024 il contributo delle aziende farmaceutiche di cui all'articolo 48, comma 19, lettera *b*), numero 3), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, finalizzato alla realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci e in particolare di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché sui farmaci orfani e salvavita, è incrementato in misura pari al 10 per cento delle spese autocertificate sostenute per le attività di promozione di cui al comma 17 del predetto articolo 48 del decreto-legge n. 269 del 2003, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 326 del 2003.

Art. 10.

*(Disposizioni per la digitalizzazione
del Servizio sanitario nazionale)*

1. In tutto il territorio nazionale è assicurata la dematerializzazione della ricetta medica, della cartella clinica e del percorso di cura, a tal fine sfruttando le potenzialità del fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e degli strumenti di medicina digitale (*Digital Health*) a supporto alle decisioni cliniche e assicurando altresì l'interoperabilità dei dati e delle informazioni e la loro disponibilità in favore dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute effettua un monitoraggio finalizzato a misurare lo stato di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico in ciascuna regione e a rimuovere tutti gli ostacoli concernenti l'utilizzo da parte dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie.

3. La piena realizzazione del fascicolo sanitario elettronico consente l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

4. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute definisce, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale, un cronoprogramma volto a implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili che consentano di ottenere informazioni su strutture e servizi sanitari e promuovere l'uso di dispositivi indossabili e di monitoraggio da remoto, idonei a restituire riscontri e informazioni, anche ai

fini dell'adesione alle terapie, e di garantire l'integrazione delle diverse applicazioni di telemedicina (teleassistenza, telemonitoraggio, televisita, teleriabilitazione, telefarmacia) nei percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità, al fine di potenziare la continuità delle cure e dei *follow-up*, favorendo il dialogo costante, continuo e aggiornato tra i medici di medicina generale, i medici specialisti, i farmacisti e le aziende ospedaliere per garantire un accesso equo, tempestivo, efficace e appropriato alle terapie.

Art. 11.

(Disposizioni per il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliero)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta 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, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, è ridefinito il modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria, al fine di assicurare l'integrazione funzionale del sistema « 118 » con il dipartimento di emergenza urgenza e accettazione, e il collegamento tra i rispettivi sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso.

2. Con il decreto di cui al comma 1 sono definite le dotazioni organiche idonee a garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, nonché i profili professionali e giuridici dei medici, degli infermieri e degli autisti-soccorritori del sistema « 118 », al fine di garantirne un impiego uniforme nell'intero territorio nazionale e di prevedere specifiche indennità di

rischio biologico e ambientale, garantendo altresì una formazione adeguata che consenta al personale medico e infermieristico una efficace integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria nonché la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura.

Art. 12.

(Disposizioni finanziarie)

1. Alla copertura degli oneri derivanti dalla presente legge, si provvede mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica, da adottare entro il 31 dicembre 2025, che assicurino minori spese, pari a 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2030. Qualora gli interventi previsti al primo periodo non siano adottati o siano adottati per importi inferiori a quelli indicati, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 31 marzo 2024, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, al fine da assicurare maggiori entrate in misura pari agli importi di cui al primo periodo, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute, e prevedendo un limite di reddito al quale la riduzione delle spese fiscali non si applica.

PAGINA BIANCA



19PDL0045860