

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1298-A}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**QUARTINI, SPORTIELLO, MARIANNA RICCIARDI, DI LAURO, AIELLO,
AMATO, CAFIERO DE RAHO, CAPPELLETTI, CARAMIELLO, CAR-
MINA, CASO, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, SERGIO COSTA, DEL-
L'OLIO, DONNO, FEDE, ILARIA FONTANA, MORFINO, PAVANELLI,
TORTO, PELLEGRINI**

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

(Relatore per la maggioranza: **CIANCITTO**)

PARERE DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE

Il Comitato per la legislazione,

esaminato il disegno di legge n. 1298 e rilevato che:

sotto il profilo dell'omogeneità di contenuto:

il disegno di legge presenta un contenuto omogeneo e corrispondente al titolo; esso è sottoposto al parere del Comitato in ragione della presenza, all'articolo 4, comma 8, di una disposizione recante una delega legislativa;

sotto il profilo della semplicità, chiarezza e proprietà della formulazione:

l'articolo 4, al comma 7, stabilisce che l'Anagrafe dei Fondi sanitari, istituita ai sensi del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, sia pubblica ed integralmente consultabile da chiunque nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute; in proposito, considerato che il citato decreto 31 marzo 2008 è stato modificato dal decreto del 27 ottobre 2009 ad opera del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ai fini di una più precisa formulazione della disposizione, potrebbe farsi riferimento anche a tali modifiche;

il medesimo articolo 4, al comma 8, reca una delega al Governo 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 »; in proposito, considerato che, come chiarito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 158/1985, « le direttive, i principi ed i criteri servono, da un verso, a circoscrivere il campo della delega, sì da evitare che essa venga esercitata in modo divergente dalle finalità che l'hanno determinata, ma, dall'altro, devono consentire al potere delegato la possibilità di valutare le particolari situazioni giuridiche da regolamentare », ai fini di una migliore chiarezza e precisione della disposizione, la sua formulazione potrebbe essere approfondita individuando in modo specifico ed espresso i singoli principi e criteri direttivi della delega in esame; al riguardo, ad ogni modo, si ricorda che, secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale, le deleghe di riordino normativo concedono al legislatore delegato « un limitato margine di discrezionalità per l'introduzione di soluzioni innovative, le quali devono comunque attenersi strettamente ai principi e criteri direttivi enunciati dal legislatore delegante » (sentenza n. 61 del 2021 ma si veda anche la sentenza n. 80 del 2012);

l'articolo 7, al comma 1, lettera a), n. 3), capoverso comma 5-*bis*, nel disciplinare gli ambiti oggetto di valutazione da parte della commissione responsabile del conferimento dell'incarico di direttore

sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, dispone che essa valuti 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; ai fini di una maggiore specificità del testo, la formulazione della disposizione potrebbe essere approfondita precisando la natura degli «altri settori» cui la norma fa implicito riferimento;

due disposizioni indicano termini temporali che dovrebbero essere aggiornati; si fa riferimento, in particolare, all'articolo 9, comma 1, che prevede, «a decorrere dall'anno 2023», un incremento dello 0,5 per cento della quota del Fondo sanitario nazionale destinata al potenziamento della ricerca sanitaria e dello sviluppo dei farmaci, e all'articolo 12 che, nel disciplinare la copertura degli oneri finanziari, prevede l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri «entro il 31 marzo 2024»;

sotto il profilo dell'efficacia del testo per la semplificazione e il riordino della legislazione vigente:

l'articolo 3, al comma 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 del Presidente del Consiglio dei ministri indicato al comma precedente, prevede una deroga per la determinazione dei valori di riferimento del fabbisogno del personale (finanziati nell'ambito del livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato): si dispone, infatti, che i valori di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo del decreto-legge n. 35 del 2019 siano incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente; ciò premesso, considerato che la deroga in esame non è formulata in termini di novella al citato articolo 11, la formulazione della disposizione in esame potrebbe essere approfondita al fine di chiarire se la percentuale di incremento del 30 per cento debba ritenersi o meno comprensiva dell'incremento percentuale del 10 per cento già previsto dalla normativa vigente;

l'articolo 4, al comma 9, definisce la procedura per l'adozione dei decreti legislativi di cui al precedente comma 8; tale disposizione, al quarto periodo, prevede che il secondo parere parlamentare – ossia il parere sui nuovi schemi di decreto corredati delle opportune osservazioni e integrazioni allorché il Governo non intenda conformarsi al primo parere parlamentare – è reso solo dalle commissioni parlamentari per materia, diversamente dal primo parere, che prevede, invece, che anche le commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari debbano pronunciarsi; la disposizione potrebbe pertanto essere approfondita consentendo anche a queste ultime di esprimere il proprio parere sui nuovi schemi di decreto trasmessi;

l'articolo 12, in tema di copertura finanziaria, al secondo periodo, prevede che, in caso di mancata adozione degli interventi

disposti ai sensi del periodo precedente entro il 31 dicembre 2025, prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sia disposta « la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti », al fine di assicurare maggiori entrate in misura pari agli importi indicati; posto che la disciplina delle aliquote di imposta e delle detrazioni e agevolazioni fiscali ha carattere primario, dalla formulazione della norma sembra dunque ricavarsi una sorta di « delegificazione », diversa dal modello previsto dall'articolo 17, comma 2, della legge n. 400 del 1988; sul punto appare quindi utile ricordare la recente sentenza 192 del 2024, con cui la Corte costituzionale, seppur avendo riguardo alla figura di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dal contenuto sostanzialmente normativo, ha censurato la previsione con cui si demandava ad un atto sub-legislativo diverso da un regolamento di delegificazione la possibilità di modificare atti primari normativi, in quanto integrante un meccanismo « intrinsecamente contraddittorio e dissonante rispetto al sistema costituzionale delle fonti »; la disposizione in esame potrebbe dunque essere approfondita tenendo conto di quanto chiarito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 192 del 2024;

formula, alla luce dei parametri stabiliti dall'articolo 16-bis del Regolamento, le seguenti osservazioni:

sotto il profilo della semplicità, chiarezza e proprietà della formulazione:

valuti la Commissione di merito, per le ragioni esposte in premessa, l'opportunità di approfondire la formulazione:

dell'articolo 4, comma 7, aggiornando il riferimento normativo al decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008 alle modifiche disposte dal menzionato decreto del 27 ottobre 2009, e comma 8, individuando in modo specifico ed espresso i singoli principi e criteri direttivi della delega ivi recata;

dell'articolo 7, comma 1, lettera a), n. 3), capoverso comma 5-bis, precisando la natura degli « altri settori » cui la norma fa implicito riferimento;

degli articoli 9, comma 1, e 12, aggiornandone i riferimenti temporali;

sotto il profilo dell'efficacia del testo per la semplificazione e il riordino della legislazione vigente:

valuti la Commissione di merito, per le ragioni esposte in premessa, l'opportunità di approfondire:

l'articolo 3, comma 2, chiarendo se la percentuale di incremento recata debba ritenersi o meno comprensiva dell'incremento percentuale del 10 per cento già previsto a normativa vigente;

l'articolo 4, comma 9, quarto periodo, consentendo anche alle commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari, in

sede di secondo parere, analogamente a quanto previsto per il primo parere reso sugli schemi di decreto trasmessi, di potersi esprimere anche sui nuovi schemi di decreto allorché il Governo non intenda conformarsi al primo parere parlamentare;

l'articolo 12, alla luce della sentenza n. 192 del 2024 della Corte costituzionale.

PARERE DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

Il Comitato permanente per i pareri della I Commissione,

esaminata la proposta di legge n. 1298, recante « 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 »;

rilevato che:

il provvedimento, che si compone di 12 articoli, interviene a disciplinare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* anche allo scopo di assicurare la copertura dell'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, i criteri per il governo della spesa del personale da parte delle regioni, le forme di assistenza sanitaria integrativa, i requisiti e le modalità di nomina dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie, l'abbattimento delle liste di attesa, il potenziamento della ricerca sanitaria, il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale ed ospedaliero;

il provvedimento prevede una delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare;

ritenuto che, per quanto concerne il rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite:

il provvedimento risulta prevalentemente riconducibile alla competenza esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (articolo 117, secondo comma, lettera *m*), Costituzione), nonché a quella concorrente in materia di tutela della salute (articolo 117, terzo comma, Costituzione);

il provvedimento prevede alcune forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali. In particolare: all'articolo 2, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri diretto ad eliminare le prestazioni sanitarie obsolete; all'articolo 2, comma 4, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'ado-

zione del decreto ministeriale di ridefinizione, in via sperimentale, del sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi; all'articolo 2, comma 5, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto ministeriale volto a rafforzare la resilienza del Sistema sanitario nazionale in caso di nuovi eventi patologici epidemici o pandemici; all'articolo 3, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri volto a definire 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, con riferimento alla definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale; all'articolo 5, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto ministeriale volto a definire 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 socio-sanitarie di cui agli articoli 8-bis e 8-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992; all'articolo 11, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di ridefinizione del modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

PARERE DELLA II COMMISSIONE PERMANENTE

(GIUSTIZIA)

La II Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il testo della proposta di legge n. 1298, recante 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;

premesso che l'articolo 7 prevede che taluni incarichi apicali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale siano sospesi in caso di condanna al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti, anche nel caso in cui tale condanna sia non definitiva,

esprime

PARERE CONTRARIO

PARERE DELLA VI COMMISSIONE PERMANENTE

(FINANZE)

La VI Commissione,

esaminata, ai sensi dell'articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, la proposta di legge n. 1298 Quartini e altri, recante « 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 »;

rilevato che l'articolo 4 della proposta di legge interviene sulle agevolazioni fiscali in favore delle forme di assistenza sanitaria integrativa, recando in particolare, al comma 8, una delega al Governo per il riordino delle stesse, senza individuare tuttavia principi e criteri direttivi specifici;

preso atto che la legge delega per la riforma fiscale, legge n. 111 del 2023, nell'individuare principi e criteri direttivi specifici in materia di revisione dell'Irpef, incide sulla materia delle agevolazioni fiscali, disponendo all'articolo 5 che la revisione dell'imposta predetta avvenga anche attraverso il riordino delle deduzioni dalla base imponibile, delle detrazioni dall'imposta lorda e dei crediti d'imposta, individuando specifiche finalità;

tenuto conto che la predetta riforma fiscale è, al momento, in corso di attuazione;

evidenziato peraltro che il decreto legislativo n. 192 del 2024, attuativo della delega contenuta nel citato articolo 5 della legge n. 111 del 2023, nel disporre una revisione del regime impositivo dei redditi Irpef, ha modificato le condizioni necessarie per dedurre i contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, con disposizioni destinate ad applicarsi ai componenti del reddito di lavoro dipendente percepiti a decorrere dal 1° gennaio 2025;

sottolineato pertanto che la materia della razionalizzazione e del riordino delle spese fiscali attiene al più ampio e sistematico quadro della riforma fiscale, in corso di implementazione, e merita dunque di essere affrontata organicamente e complessivamente in seno a tale quadro;

rilevato dunque che la proposta in esame, alla luce di quanto suesposto, rischia di frammentare ulteriormente la legislazione tributaria, anche incidendo sulla conoscibilità e delle norme fiscali e, dunque, sulla certezza dei rapporti tra fisco e contribuente,

esprime

PARERE CONTRARIO

PARERE DELLA VII COMMISSIONE PERMANENTE

(CULTURA, SCIENZA E ISTRUZIONE)

NULLA OSTA

PARERE DELLA VIII COMMISSIONE PERMANENTE

(AMBIENTE, TERRITORIO E LAVORI PUBBLICI)

NULLA OSTA

PARERE DELLA IX COMMISSIONE PERMANENTE

(TRASPORTI, POSTE E TELECOMUNICAZIONI)

La IX Commissione,

esaminata, per i profili di competenza, la proposta di legge n. 1298, recante « 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 »;

considerato che i profili di interesse della Commissione appaiono limitati all'articolo 10, in tema di digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, e ad alcune disposizioni dell'articolo 8, relative alla gestione informatizzata dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché di quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria;

rilevato peraltro che l'articolo 12 del provvedimento, che reca le disposizioni finanziarie, non individua le risorse da destinare alla digitalizzazione e le relative modalità di copertura, limitandosi ad un generico richiamo a variazioni delle aliquote di imposta e alla riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti,

esprime

PARERE CONTRARIO

PARERE DELLA X COMMISSIONE PERMANENTE

(ATTIVITÀ PRODUTTIVE, COMMERCIO E TURISMO)

PARERE CONTRARIO

PARERE DELLA XI COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO PUBBLICO E PRIVATO)

La XI Commissione,

esaminata, per quanto di competenza, la proposta di legge n. 1298 Quartini e altri, recante 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;

ritenuto di non condividere le misure previste dal provvedimento in esame, anche considerato che la maggioranza e il Governo, pur tenendo conto degli stringenti vincoli di bilancio, stanno già adottando misure per rendere il Servizio sanitario nazionale più moderno e più efficiente, dare risposte sempre più adeguate e tempestive ai cittadini e riconoscere ai lavoratori del settore sanitario condizioni di lavoro e trattamenti retributivi più gratificanti,

esprime

PARERE CONTRARIO

TESTO

DELLA 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 ».

TESTO

DELLA COMMISSIONE

—

La Commissione propone la reiezione della proposta di legge.

Art. 2.

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

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

nome 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 sa-

lute, 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 finalità 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 salute 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 contempra 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 movimentazione 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 direttore 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 private 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'accreditamento 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 sul-

l'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 sup-

plemento 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

PAGINA BIANCA



19PDL0146610