

Conversione in legge del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (A.C. 5440)

Nota per il relatore, on. Barani

Colleghi, il disegno di legge in titolo, di conversione del decreto-legge n. 158 del 2012, disciplina settori ed ambiti molteplici a tutela della salute ed è per questo che si individua l'obiettivo stesso e i presupposti dell'urgenza delle disposizioni nella necessità di adottare misure finalizzate ad assicurare e garantire la continuità, la funzionalità e lo svolgimento delle particolari attività connesse ai bisogni di salute, attraverso disposizioni per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria, la promozione di corretti stili di vita e la riduzione dei rischi connessi all'alimentazione e alle emergenze sanitarie, nonché disposizioni in materia di farmaci.

Il decreto-legge in esame, composto da **16 articoli** suddivisi in **quattro Capi**, procede ad una **riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario Nazionale**. Tale riassetto presenta carattere di urgenza a seguito del **profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e, più in generale, della contrazione delle risorse destinate al SSN**, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del **decreto legge n. 95/2012**, recante *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario*.

Viene quindi operato un riassetto del sistema delle **cure territoriali**, di alcuni **aspetti della governance del personale dipendente del SSN**, nonché il completamento della **riqualificazione e razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica**. Vengono inoltre adottate misure urgenti su alcune specifiche tematiche del settore sanitario. Il provvedimento disciplina materie diverse, comprendendo disposizioni sull'organizzazione delle cure primarie, sulle modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, sulla nomina dei dirigenti sanitari, sui farmaci, sulla revisione dei L.E.A., sul divieto di fumo, sulla razionalizzazione di alcuni enti sanitari e sull'assistenza sanitaria al personale navigante.

Si tratta, pertanto, di materie attinenti ad ambiti diversi, sia pur qualificate nel loro insieme come misure destinate a garantire la continuità la funzionalità e lo svolgimento delle particolari attività connesse ai bisogni di salute.

Entrando nel merito **il capo I (artt. 1-6)**, contiene **norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria**.

L'articolo 1 dispone in tema di **riordino dell'assistenza territoriale** e di **mobilità del personale delle aziende sanitarie**. Come evidenziato dalla relazione illustrativa la disposizione in commento fornisce strumenti per la **riorganizzazione delle cure primarie**, nella consapevolezza che il processo di deospedalizzazione, se non è accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento del territorio, di fatto determina una impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria. Per questo serve supportare i medici di base affinché possano integrare le proprie attività con gli altri professionisti, realizzando un cambiamento radicale nell'attuale modo di operare, arrivando ad una squadra allargata che faccia fronte alle cure primarie.

Inoltre, il cambiamento radicale dello stato di salute - dovuto anche all'invecchiamento della popolazione - caratterizzato dall'aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza, può essere affrontato soltanto con la messa a punto di nuovi percorsi assistenziali, basati su un **approccio multidisciplinare del paziente** allo scopo di promuovere meccanismi di integrazione

delle prestazioni sanitarie e sociali per garantire l'efficacia della continuità delle cure. L'articolo in esame procede alla riorganizzazione in commento apportando alcune modifiche **all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, innovando la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali**, definita dagli accordi collettivi nazionali di durata triennale, sulla scorta di quanto, in parte, già delineato dagli Accordi medesimi. Vengono posti alcuni principi qualificanti in tema di riordino delle cure primarie, relativi alla **garanzia, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, dell'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana** (principi tra l'altro già affermato nella formulazione previgente dell'articolo 8, comma 1, lettera e), nonché di **un'offerta integrata delle prestazioni mediche** mediante l'adozione di **forme organizzative monoprofessionali e multi professionali**, alla facoltà per **le aziende sanitarie di adottare forme di finanziamento a budget per le forme organizzative multi professionali**, alla previsione **dei modi attraverso i quali le aziende sanitarie locali, coerentemente con gli indirizzi regionali e nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle nuove forme aggregative**. Viene inoltre prevista l'adesione obbligatoria dei medici **all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, nonché al Sistema Informativo Nazionale (SIS)**, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria e all'implementazione della ricetta elettronica. L'attuazione delle nuove disposizioni è rimessa alle Regioni – nei limiti delle disponibilità finanziarie a legislazione vigente - che possono anche attuare **processi di mobilità del personale dipendente dalle ASL**. Risulta auspicabile che in sede di conversione, per questo mi farò promotore di un emendamento, prevedere lo sblocco del turnover, seppure parziale, in quelle Regioni adesso virtuose in cui una gestione accurata sta dando risultati positivi, ma che restano soggette ai vincoli restrittivi del Piano di Rientro, in molti casi ereditate dalle precedenti amministrazioni.

L'articolo 2 reca modifiche alla **legge 120/2007**, con l'intento di delineare il **passaggio a regime dell'attività libero professionale intramuraria**, fissando al **30 novembre 2012 il termine per la ricognizione straordinaria degli spazi** da dedicare all'attività libero professionale intramuraria. Gli spazi ambulatoriali potranno essere acquisiti anche **tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate**, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici. Le regioni e le province autonome nelle quali siano presenti aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, possono autorizzare, limitatamente alle medesime aziende sanitarie, l'adozione di **un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete**. Entro il **31 marzo 2013** dovrà essere attivata **una infrastruttura di rete per il collegamento telematico**, ed entro il **30 aprile 2013** il **pagamento di tutte le prestazioni dovrà essere corrisposto al competente ente o azienda del SSN**, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Alla stessa data dovrà essere adottato un programma sperimentale che preveda lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete. Le autorizzazioni finora concesse per l'attività intramuraria allargata in studi professionali cessano al 30 novembre 2012. Oltre quella data, l'autorizzazione può essere prorogata fino all'attivazione del collegamento dello studio professionale alla infrastruttura di rete e comunque **non oltre il 30 aprile 2013**. Dal 28 febbraio 2015 l'intramoenia allargata potrà essere posta a regime, previa verifica della sua funzionalità tramite strumenti di controllo, in parte già previsti dalla L. 120/2007. E' stata infine prevista la rideterminazione delle tariffe, attraverso la definizione di un tariffario.

Come relatore proporrò di includere nella conversione la problematica dell'età pensionabile dei Dirigenti del SSN che, come è noto, ha come limite il 65° anno di età. Tale limite, secondo la

normativa vigente (legge n.183/2010) che non risulta abrogata, può essere prorogato fino ai 70 anni, ma entro il limite dei 40 anni di servizio effettivo. Tale normativa comporta pertanto chi ha concluso gli studi universitari nel tempo previsto ed ha iniziato subito l'attività ospedaliera può aver concluso i 40 anni di servizio effettivo anche prima dei 65 anni e quindi deve lasciare il servizio. La normativa attuale peraltro prescinde da altre problematiche pensionistiche perchè prende in considerazione il "servizio effettivo" e non gli eventuali riscatti o l'entità dei contributi versati all'Ente previdenziale. Quanto descritto non è in sintonia con la Riforma Fornero che stabilisce a 66 anni l'età della pensione di vecchiaia e appare chiaramente discrepante con quanto stabilito per i Collegi Universitari che hanno come età pensionabile, per l'attività clinica, i 70 anni. Quindi sarebbe il caso di portare i medici del SSN e i ricercatori universitari, come già previsto nel DDL sul Governo clinico, che prevede a 67 anni l'età pensionabile per i Dirigenti del SSN, eventualmente prorogabile fino a 70, previo parere favorevole del Collegio di Direzione. Infine anche per dare la possibilità ai giovani medici di dare il loro contributo di persone fresche di studi e volenterose, si potrebbe prevedere un incentivo all'uscita per coloro che "stanchi" dell'attività professionale medica e che matureranno i requisiti entro il 31.12.2014, in modo da ottenere anche un ricambio generazionale. Mi pare evidente che ci sia l'esigenza di un riordino complessivo di questa materia, la cui disciplina è disposta in modo disarticolato in legge vigenti e in provvedimenti all'esame del parlamento.

L'articolo 3 disciplina alcuni aspetti della **responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie**, stabilendo il principio che, fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile (*Responsabilità del prestatore d'opera*), nell'accertare la colpa lieve nell'attività dell'esercente delle professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile (*Diligenza nell'adempimento*) tiene conto, in particolare, dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee-guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. Viene poi demandato ad un provvedimento regolamentare, da emanare nel rispetto di alcuni criteri, la **disciplina delle procedure e dei requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione** degli esercenti le professioni sanitarie, anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto-legge 138/2011 che statuisce il principio **dell'obbligo del professionista di stipulare, a tutela del cliente, idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale**.

In proposito la relazione illustrativa evidenzia che nel **settore sanitario**, caratterizzato da un **forte incremento del contenzioso giudiziario e da un conseguente incremento dei premi delle polizze assicurative**, basate sul calcolo dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, **l'obbligo sopra ricordato potrebbe penalizzare talune categorie di professionisti, particolarmente esposte a tali rischi in ragione dell'attività svolta**.

Viene poi consentito il risarcimento del **danno biologico** conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria mediante il rinvio alle tabelle di cui agli articoli **138 e 139 del D.Lgs. n. 209/2005**.

Risulta lodevole che venga dedicato uno specifico articolo alla responsabilità professionale dei medici perché si sente l'esigenza di una più specifica regolamentazione della responsabilità professionale per contenere il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva". A tal proposito sarebbe auspicabile che la Commissione faccia un'ulteriore passo in avanti cercando di cambiare ulteriormente le regole, questo al fine di evitare che si possa ledere irrimediabilmente il rapporto fiduciario medico paziente con conseguenti oneri economici e sociali inaccettabili per tutti.

Innanzitutto, è essenziale che si definisca esattamente cosa si intenda per "atto medico" e per "atto sanitario", senza lasciare equivoci a protocolli generici che possono sempre essere usati da un magistrato "zelante". In questo modo, da un lato, si pongono le basi per conferire autonoma legittimazione ad una attività di rilevanza costituzionale; dall'altro, si precisano esattamente i limiti, i confini e le rispettive responsabilità, rispetto alle altre professioni sanitarie e limitando alcuni

atteggiamenti assolutamente inammissibili assunti in alcune Regioni note per la attivazione di una sorta di “Sanità Creativa”, che comportano un ingiustificato aumento della spesa sanitaria.

Un secondo punto è quello di eliminare ogni perplessità soprattutto per chi svolge la professione sanitaria in una struttura pubblica o convenzionata inserendo una definizione della c.d. “Colpa Grave” analogamente a quanto previsto per la magistratura. Com’è noto, la legge 13 aprile 1988, n.117 non esclude la responsabilità del magistrato ma la limita alle sole ipotesi di “dolo” e di “colpa grave” prevedendone una espressa definizione. Quindi Colleghi i protocolli richiamati nel testo procureranno un maggiore danno perché il medico per deresponsabilizzarsi diverrebbe un automa, una sorta di “meccanico applicatore” di queste linee-guida da cui mai converrebbe discostarsi onde evitare ripercussioni giudiziarie. Ma è chiaro che il significato è ben diverso e cioè il professionista non è in colpa se ha rispettato ciò che la scienza medica e le comuni regole di prudenza, perizia etc. impongono. Per questo dobbiamo rivedere la norma al fine di maggior tutela del paziente e del medico.

L’articolo 4 detta disposizioni in tema di **dirigenza sanitaria** e di **governo clinico**. **Il comma 1** reca **modifiche ed integrazioni** all’articolo **3-bis**, **all’articolo 15** e **all’articolo 17** del decreto legislativo 502/1992. Vengono disciplinate le **modalità di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale da parte delle regioni**, tenute ad attingere obbligatoriamente ad un **elenco regionale di idonei** costituito mediante **una selezione effettuata da una commissione** di cui è disciplinata la composizione. Vengono definiti gli strumenti e le modalità di **valutazione dei dirigenti medici e sanitari** e viene stabilita una nuova e specifica **disciplina per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura complessa** e di **responsabile di struttura semplice**, prevedendo che una commissione individui una **terna di candidati idonei** tra i quali la scelta viene effettuata dal direttore generale, con l’obbligo di una motivazione analitica qualora si discosti dal criterio del miglior punteggio.

Inoltre **il collegio di direzione** viene inserito **tra gli organi dell’azienda** e vengono fissati contestualmente, **alcuni principi in merito alla sua composizione e alle sue funzioni**.

L’articolo 5 prevede l’aggiornamento dei **livelli essenziali di assistenza (LEA)** con riguardo alle **malattie croniche**, alle **malattie rare**, e alla **ludopatia**. Viene prevista l’emanazione, **entro il 31 dicembre 2012**, di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. A tal proposito va ricordato che nella seduta del 2 agosto scorso la XII Commissione affari sociali della Camera ha approvato il documento conclusivo dell’indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d’azzardo. Nelle conclusioni del documento oltre all’esigenza di disporre di una maggiore conoscenza dei dati è stata sottolineata l’opportunità di intervenire nel campo della pubblicità, di operare una limitazione dei giochi, di “sistematizzare” la cura della patologia del gioco d’azzardo mediante il riconoscimento e l’inserimento della patologia nei L.E.A., di avviare un’operazione di trasparenza nelle procedure di concessione e di definire una legge quadro per disciplinare e distinguere meglio le funzioni di governo e le competenze. A questo proposito sarebbe lodevole da parte del parlamento reinserire quanto previsto dalla prima bozza del decreto circa l’opportunità di prevedere che per le concessioni da bandire successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e per quelle che verranno trasferite, la distanza minima per aprire sale da gioco o posizionare altri giochi in esercizi pubblici deve avvenire a 500 metri da istituti scolastico, centri giovanili, luoghi di culto ecc.

L’articolo 6 dispone diverse misure in materia di **edilizia sanitaria**, per **sviluppare il coinvolgimento del capitale privato nei lavori di ristrutturazione e di realizzazione di strutture ospedaliere**, per **semplificare l’applicazione della normativa antincendio delle**

strutture sanitarie e per accelerare l'utilizzazione delle risorse per la realizzazione di strutture di accoglienza dei detenuti degli ex ospedali psichiatrici giudiziari. In questo ultimo caso vengono anche consentite alcune deroghe alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi in edilizia sanitaria.

Il capo II (artt. 7-9) dispone in tema di riduzione dei rischi sanitari connessi all'alimentazione e alle emergenze veterinarie.

L'articolo 7 reca disposizioni in materia di **vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica.** Vengono stabiliti obblighi e divieti relativamente **all'acquisto del tabacco da parte dei minorenni** – anche mediante distributori automatici – la cui **violazione è punita con l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie.** Inoltre al fine di contenere la diffusione delle dipendenze dalla pratica di **gioco con vincite in denaro**, è posto il divieto di messaggi pubblicitari dei giochi di cui sopra in trasmissioni e mezzi di comunicazione rivolti ai giovani e il divieto di ingresso dei minorenni nelle aree destinate al gioco. **Anche in tal caso sono previste sanzioni amministrative pecuniarie.**

Viene poi contemplato un **piano annuale di controlli**, predisposto da AAMS, d'intesa con la SIAE, la Polizia di Stato, l'Arma dei carabinieri e la Guardia di finanza di almeno **cinquemila verifiche** specificamente destinati al contrasto del gioco minorile, nei confronti degli **esercizi commerciali** in cui sono presenti apparecchi di gioco o attività di scommessa su eventi sportivi e non sportivi, collocati **in prossimità di istituti scolastici** primari e secondari, di **strutture sanitarie ed ospedaliere**, di luoghi di culto e **la pianificazione dal parte dell'AAMS** di una progressiva **ricollocazione** degli apparecchi di gioco a moneta (AWP), territorialmente prossimi alle strutture di cui sopra, relativamente alle concessioni di raccolta di gioco pubblico bandite successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Particolari obblighi relativi alla certificazione medica e ad idonei controlli, sono poi previsti al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'**attività sportiva non agonistica o amatoriale.**

L'articolo 8 reca norme in materia di **sicurezza alimentare** e di **bevande.** Al fine di aggiornare la normativa nazionale dedicata ai **prodotti per esigenze nutrizionali particolari** e di trasferire le relative competenze alle regioni, province autonome e aziende sanitarie locali (ASL), viene attribuito a queste ultime il riconoscimento degli stabilimenti di produzione e confezionamento, previo controllo del rispetto della normativa comunitaria e di alcuni requisiti e viene attribuita al Ministro della salute la facoltà di compiere verifiche ispettive. Al fine di garantire la **sicurezza alimentare** dei consumatori, sono poi stabiliti alcuni obblighi riguardanti il **commercio di pesce, di latte crudo e di bevande analcoliche.** Si tratta di obblighi informativi sulle caratteristiche e il corretto trattamento del prodotto la cui violazione è punita con sanzione amministrativa. Viene poi **elevato al 20% il contenuto minimo di succo di frutta che deve essere presente nelle bevande analcoliche.**

L'articolo 9, al fine di procedere in presenza di malattie infettive e diffuse del bestiame, anche di rilevanza internazionale, all'eradicazione prescritta dalla normativa dell'Unione europea, reca disposizioni in materia di **emergenze veterinarie.**

Il Capo III (artt. 10-13) reca *Disposizioni in materia di farmaci e di servizio farmaceutico.*

L'articolo 10 reca disposizioni in materia di farmaci. Il comma 1 **snellisce** alcuni **adempimenti burocratici** finora richiesti per la produzione e l'immissione in commercio dei medicinali. I commi seguenti, intendono invece assicurare, su tutto il territorio nazionale, l'**erogazione e l'utilizzo uniforme dei medicinali innovativi di particolare rilevanza**, garantendo la parità di trattamento di tutti gli assistiti nei vari ambiti regionali. Le disposizioni in esame

riproducono quasi fedelmente l'Accordo del 2010, stipulato in sede di Conferenza Stato-regioni, ma mai completamente attuato. Infine, per poter **valutare** in maniera puntuale il **requisito di innovatività**, viene prevista una **procedura** di riesame, **su istanza regionale**, che permetterà una attenta valutazione, da parte dell'AIFA, di tutti gli eventuali nuovi elementi che, a giudizio delle regioni, possono porre in dubbio il requisito in precedenza riconosciuto.

L'**articolo 11** contiene disposizioni finalizzate ad una **revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale** nonché disposizioni dirette a favorire, da parte del SSN, l'**impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali**. La misura è stata resa necessaria per adeguare il settore farmaceutico convenzionato agli interventi sulla spesa farmaceutica attuati con il D.L. 95/2012, che hanno fra l'altro ridotto gli spazi economici destinati alla rimborsabilità dei farmaci. A tal fine, si prevede che, **entro il 30 giugno 2013 l'AIFA** proceda ad una **revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale** escludendo dalla rimborsabilità i farmaci non più di interesse per il SSN e la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata. Disposizioni particolari vengono dettate in relazione ai **farmaci-off label**.

L'**articolo 12** reca interventi sul procedimento di **classificazione dei medicinali** erogati dal SSN disponendo che le aziende farmaceutiche possono presentare domande di concedibilità soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio dello stesso medicinale. In attesa di una eventuale domanda di diversa classificazione da parte dell'azienda interessata, i medicinali che ottengono un'AIC comunitaria o nazionale sono automaticamente collocati in una apposita sezione dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità e classificati nei medicinali di Fascia C, interamente a carico dell'assistito. Derogano a entrambe le disposizioni, alcuni medicinali quali i farmaci orfani, quelli di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale e quelli utilizzati esclusivamente in ospedale. Per i medicinali generici continua a valere la procedura di immissione in commercio precedentemente definita.

Per quanto riguarda la **sperimentazione clinica**, L'AIFA viene riconosciuta l'Autorità competente e viene ridimensionato il numero di Comitati etici. Entro 90 giorni ogni regione dovrà nominare un solo Comitato etico competente per le sperimentazioni svolte nel territorio di riferimento.

L'**articolo 13** interviene in materia di **medicinali omeopatici** e di adempimenti riguardanti la macellazione degli animali, al fine di semplificare l'attuazione delle norme. Viene confermato per i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995, il termine del **31 dicembre 2015** per **avviare la procedura di registrazione**. Viene introdotta la facoltà per le aziende titolari produttrici dei medicinali omeopatici presenti sul mercato alla data del 6 giugno 1995, in alternativa alla documentazione richiesta dal modulo 4 di cui all'allegato 1 al D.Lgs. n. 219 del 2006, di presentare, per la suddetta registrazione, una **dichiarazione autocertificativa** con particolari caratteristiche. Si stabilisce una **tariffa** per la suddetta **dichiarazione autocertificativa** di registrazione dei **medicinali omeopatici** da versare all'AIFA e da determinare con decreto del Ministro della salute, che si aggiunge al **diritto annuale** previsto, pari, per ciascuna autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) in corso di validità, a mille euro a carico del titolare. Disposizioni particolari vengono poi stabilite **per i medicinali veterinari omeopatici e in relazione agli allevamenti animali**.

Il capo IV (artt. 14-16), reca le Norme finali.

L'**articolo 14** dispone la **razionalizzazione di taluni enti sanitari**. A tale proposito la relazione illustrativa evidenzia la necessità di intervenire per situazioni di emergenza fondate su aspetti economico-gestionali o su un'esigenza di stabilizzazione o di una più proficua organizzazione.

Il **comma 1 sopprime e pone in liquidazione** la società consortile **CO.AN.AN**, le cui funzioni saranno trasferite, per quanto di competenza, ai due dicasteri dell'Agricoltura e della Salute. **I commi da 2 a 7** provvedono a configurare come **ente con personalità giuridica di diritto pubblico l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (INMP)**, e a dettarne la conseguente disciplina. Le disposizioni citate, al fine di limitare gli oneri per il servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate qualificano **l'INMP come ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile**, posto sotto la **vigilanza del Ministero della salute** e avente quale compito istituzionale la promozione di attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà. Sono **organi dell'Istituto** il Consiglio di indirizzo, con compiti di indirizzo strategico, il Direttore, che ha funzioni di rappresentanza legale e poteri di gestione e il collegio sindacale, con compiti di controllo interno. **I commi 8 e 9** dell'articolo pongono fine al contenzioso conseguente all'art. 52, comma 23, L. 289/2002 (legge finanziaria 2003) ed alla sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007, stabilendo la misura del contributo obbligatorio alla Fondazione ONAOSI, a carico dei sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali italiani dei farmacisti, dei medici chirurghi e odontoiatri e dei veterinari, per il periodo 1° gennaio 2003-21 giugno 2007. Viene disposto che le somme versate alla Fondazione ONAOSI per il periodo 1° gennaio 2003 – 21 giugno 2007 sono trattenute dalla Fondazione a titolo di acconto dei contributi da versare. Con delibera della Fondazione è stabilita la procedura, le modalità e le scadenze per l'eventuale conguaglio o rimborso. Dalla data di entrata in vigore del decreto in esame sono estinti ogni azione o processo relativo alla determinazione, pagamento, riscossione o ripetizione dei contributi di cui al primo periodo.

I commi 10-12, come sottolineato dalla relazione illustrativa, procedono ad una **manutenzione del sistema regolatorio nazionale** degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (**IRCCS**), con disposizioni volte a precisare la procedura per il riconoscimento, la revoca del medesimo e la documentazione a tal fine necessaria. L'intervento viene attuato intervenendo sul D.Lgs. 288/2003. **Entro il 31 dicembre 2012** dovrà essere inoltre adottato un **decreto del Ministro della salute**, sentiti il **Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca** e la **Conferenza Stato-regioni**, in cui saranno stabiliti **i criteri di classificazione degli IRCCS non trasformati**, delle **Fondazioni IRCCS** e degli altri **IRCCS di diritto privato** sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale. Il medesimo decreto dovrà individuare le **modalità** attraverso cui realizzare l'**attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale**.

L'**articolo 15** disciplina il trasferimento alle regioni delle funzioni di **assistenza sanitaria del personale navigante** (marittimo e dell'aviazione civile) e le **prestazioni soggette a tariffa** rese dal Ministero della salute.

Al fine di semplificare l'attuazione delle norme che trasferiscono l'assistenza sanitaria del personale navigante, l'articolo 15 rivede la normativa vigente contenuta nell'articolo 4 della legge 12 novembre 2011, n. 183 (Legge di stabilità 2012).

L'articolo 16 dispone sull'**entrata in vigore del provvedimento**.