

PROPOSTA DI LEGGE

Misure per la salvaguardia e il rilancio del SSN

d'iniziativa del deputato QUARTINI Andrea

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 del 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 del Ssn; secondo le analisi Gimbe, 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 effettuati nelle diverse manovre finanziarie e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, come processo di progressivo definanziamento che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al Ssn meno risorse rispetto ai livelli programmati.

Successivamente, le leggi di bilancio 2020, 2021 e 2022 hanno invertito la rotta con un incremento complessivo del Fsn di 11,2 miliardi, segnando un netto cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del Ssn, cresciuto in media del 3,4 per cento annuo, tasso 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 12 decreti-legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza Covid-19, per 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 Pil nominale del 3,8 per cento nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria torna a ridursi mediamente dello 0,6 per cento per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/Pil precipita addirittura al 6,2 per cento al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia e la Nota di aggiornamento al Def (Nadef) riduce ulteriormente il predetto rapporto 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 stigmatizza quindi il fatto che il rapporto fra spesa sanitaria e Pil si porta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria già dal 2024 (al 6,3 per cento), per ridursi ancora di un decimo di punto nell'anno terminale (2025); il decrescere dell'incidenza sul Pil è un elemento preoccupante perché si traduce in «meno salute» e pone il nostro Paese al di sotto della media dei Paesi Ocse e al di sotto dell'accettabilità, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sull'aspettativa di vita, che già studi e ricerche hanno documentato in accreditati rapporti; inoltre, tenuto conto che il rapporto col PIL esprime il valore monetario (cioè al lordo dell'inflazione), in termini reali (scontando l'inflazione) si può stimare che 6,1 % di PIL nel 2023 sarà pari al 5,11% nel 2025 se il FSN non sarà corretto per l'inflazione, come non è accaduto per l'appunto nel 2023, nonostante una inflazione consolidata dell'8,6%; ciò rischia di collocare l'Italia dopo la Polonia (5,2%) e prima della Turchia (4,9%) come spesa sanitaria in rapporto con il PIL nei paesi OCSE.

Permane il grave ritardo nella erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste d'attesa, cresciute esponenzialmente con la pandemia; a riguardo, sempre la Corte dei conti ha rappresentato come siano ben 14 le regioni che

presentano performance peggiori di quelle del 2019 nel caso degli interventi cardio-vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro 30 giorni; solo di poco migliore l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: sono 12 le regioni che hanno peggiorato le loro performance; le prestazioni di specialistica ambulatoriale non hanno recuperato i livelli del 2019: nel primo semestre 2022 le prestazioni erogate risultavano in media nazionale inferiori del 12,8 per cento a quelle dello stesso periodo del 2019 e 13 regioni si collocavano al di sotto della media.

Si accumula sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening, nonostante quasi 1 miliardo di euro di investimenti dedicati 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, che fatica a trovare adeguate risposte assistenziali.

Come si evince dal Report Osservatorio GIMBE 2/2022, «Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità», rispetto al mantenimento dell'erogazione dei Lea, a fronte di un Ssn fondato su principi di equità e universalismo, il nostro Paese presenta inaccettabili diseguaglianze regionali: occorre restituire centralità e unitarietà al Sistema sanitario nazionale e superare l'attuale frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali, intervenendo per riportare 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 e rispondere, così, ai principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, in osservanza e ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione.

Al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, è necessario intervenire sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale, prevedendo che nello stabilire i pesi da attribuire ai diversi elementi si tenga conto anche di indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 10 per cento a valere sull'intera quota, dell'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istat, che tenga conto 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 per i cittadini, si aggiungono le misure di contenimento della spesa sul personale che continuano a generare un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e insostenibili turni straordinari, nonché una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie 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 "gettonisti", oltre a coinvolgere personale non esperto della situazione locale (IT, specialità percorsi, ...) in organizzazioni critiche come i DEA, tende anche a demotivare il personale strutturato, con conseguente ulteriore perdita di professionisti esperti e peggioramento del servizio.

Numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e che siano sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico: si fa sempre più dilagante la «fuga» dal Ssn verso 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 cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il Ssn, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione; tuttavia, diverse forme di sanità integrativa si stanno con il tempo proponendo come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica forma di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute. Le stesse assicurazioni poi sono molto disponibili ad accogliere iscritti in età da lavoro e molto restie a stipulare polizze per ultrasessantenni, quando si sa che la maggiore spesa sanitaria è per l'appunto per le fasce più anziane della popolazione.

Il ricorso all'intramoenia è sempre più spesso una conseguenza obbligata per il cittadino dinanzi alle lunghe liste di attesa e alle inefficienze del Ssn, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto: la legge n. 120 del 2007, 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.

Già l'Anac, nell'ambito dell'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione, collocava tra gli eventi a rischio di corruzione proprio l'attività intramoenia laddove vi sia, ad esempio, l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione. La recente depenalizzazione dell'abuso di ufficio rende meno pericoloso per i dipendenti del SSN dirottare i pazienti verso la propria attività intramoenia, rischiando di aggravare un fenomeno immorale.

Come riportato anche sul sito dell'Agenas, l'attività libero professionale intramuraria (Alpi) 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 sanitario nazionale 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.

Nell'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, l'Italia (3,7 posti ogni mille abitanti) si colloca al di sotto della media europea (5,5 posti letto) e si penalizzano, 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 cosiddetto decreto Balduzzi (decreto-legge n. 198 del 2012), era e doveva essere armonizzata con un'implementazione dell'assistenza territoriale, dei presidi sul territorio anche attraverso i cosiddetti ospedali di comunità ma, alla tanta solerzia nel definire i tagli dei posti letto, allora, non fece da contraltare la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità, che solo ora cominciano a vedere luce grazie al Pnrr e alle risorse del Recovery Fund ottenute in Europa.

La riorganizzazione territoriale deve essere sostenuta da un adeguato potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'idonea copertura finanziaria, da una riforma delle

disposizioni in materia di medici di medicina generale, nonché dall'implementazione di ulteriori setting territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e l'assistenza psicologica di base; altresì, dovrebbe essere accompagnata da una riorganizzazione dei posti letto, secondo una logica ripartizione tra l'ambiente ospedaliero «tradizionale» e gli ospedali di comunità.

La riorganizzazione territoriale si scontra infatti anche con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale già da oltre 10 anni sia l'Enpam sia Fimmg rilevavano una stima drammatica sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze assistenziali, stimando che dal 2015 al 2025 sarebbero andati in pensione complessivamente circa 40.000 tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri, con un'impennata di 25.000 pensionamenti che rischiano di non essere sostituiti, e già allora si temeva che, per i successivi 10 anni, 25 milioni di italiani sarebbero potuti rimanere senza assistenza.

E' 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 delle strutture pubbliche.

Riguardo la spesa farmaceutica, dato che essa rappresenta una tra le voci più consistenti della spesa sanitaria rientrando nel fabbisogno nazionale standard, dovrebbero essere introdotte più efficaci strumenti di monitoraggio per la governance ed il controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci; per raggiungere la sostenibilità della spesa farmaceutica sarebbe auspicabile la trasparenza sul prezzo e rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti dalle aziende e sul contributo pubblico oltreché una condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci; per sopperire alla carenza di farmaci dovrebbe sopperire un sistema di ricerca e produzione farmaceutica, compreso il ciclo di fornitura e distribuzione, di tipo pubblico.

Il dominus della spesa sanitaria nelle strutture sanitarie è il direttore generale e sulla sua gestione manageriale occorre intervenire efficacemente; in tal senso sarebbe auspicabile prevedere precise ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento d'incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna da parte della Corte dei conti per fatti dolosi.

Occorre rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare la decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale, in quanto la commistione tra le due sfere rappresenta la causa più rilevante delle inefficienze in questo settore; più in particolare occorre intervenire sul sistema vigente di conferimento degli 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 disciplinare le procedure di nomina, valutazione e 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 intervenire sull'inappropriato utilizzo delle risorse del Ssn attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. 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 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; uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali.

La proposta di legge all'esame dunque intende intervenire su 10 elementi chiave del nostro SSN:

1. finanziamento;
2. appropriatezza (LEA e DRG Diagnosis Related Group);
3. risorse umane;
4. accreditamento strutture sanitarie;
5. sanità integrativa;
6. tracciabilità spesa sanitaria;
7. nomina dirigenza sanitaria;
8. liste di attesa ed intramoenia;
9. ricerca sanitaria;
10. digitalizzazione del SSN

I 10 elementi suindicati coincidono in linea di massima con gli articoli della proposta di legge:

PROPOSTA DI LEGGE

Misure per la salvaguardia e il rilancio del SSN

Art. 1. (Disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale)

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

2. Al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale nell'ambito del riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard, all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, dopo le parole: «indicatori epidemiologici territoriali» sono aggiunte le seguenti: «, ambientali, socioeconomici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 50 per cento da valere sull'intera quota, dell'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'ISTAT, che tenga 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 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 con la 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, di cui all'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 nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 al fine di eliminare le prestazioni 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.

3. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1 gli indicatori e parametri di riferimento di cui all'articolo 9, comma 2, lettera a) del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, sono ridefiniti assicurando che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni di essi siano fissi ed 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 al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e i casi di scelta delle procedure di selezione dei pazienti, sulla base dei casi meno complessi ovvero in base all'attribuzione di tariffe più remunerative, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, la Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 ridefinisce in via sperimentale il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG) quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute che vengono conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente (patient-based).

5. Anche al fine di rafforzare la resilienza del nostro sistema sanitario dinanzi a nuovi eventi patologici epidemici o pandemici, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il calcolo per la definizione dei posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando che il numero di posti letto di degenza ordinaria raggiunga almeno la media europea di circa 500 posti letto per 100.000 abitanti ed il numero di posti letto di terapia intensiva raggiunga almeno 25 posti per 100.000 abitanti.

Art. 3. (Disposizioni in materia di personale del Servizio sanitario nazionale)

1. Entro 180 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, d'intesa con la 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 del personale degli enti del Servizio sanitario nazionale ai fini della valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate, tenendo conto di quanto previsto in materia di definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale dal comma 2 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e in coerenza con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1, al fine di consentire alle Regioni una maggiore spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, i valori di cui dell'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 al 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 PNRR, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nei casi e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare, e per quello convenzionato, la spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 è incrementata di ulteriori 150 milioni di euro per l'anno 2023, 300 milioni di euro per l'anno 2024, 500 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.000,00 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale il quale è conseguentemente incrementato. 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, in base ai criteri definiti con il 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, e per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, per il triennio 2022-2024, in modo da adeguarne gli stipendi agli standard europei e incentivare l'assunzione negli ambii maggiormente carenti, attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito un apposito fondo presso il Ministero dell'economia e delle finanze 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 integrative del Servizio sanitario nazionale)

1. Nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale possono erogare esclusivamente prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza erogate da professionisti e da strutture accreditati nonché le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito.

2. I soggetti che erogano prestazioni sanitarie integrative riservano una quota delle proprie risorse annue:

a) pari all'80 per cento, a prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza;

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

3. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale devono avere esclusivamente finalità assistenziali, essere senza scopo di lucro e garantire l'adozione di politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso alle prestazioni da parte dei propri iscritti. Le forme di assistenza integrative devono, altresì, assicurare la stabilità della gestione economica e, per poter usufruire dei benefici e delle agevolazioni fiscali previsti dalla normativa vigente, devono osservare i principi di trasparenza, completezza e comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili secondo i principi del titolo V del libro quinto del codice civile.

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

5. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale affidate in gestione esterna in favore di soggetti che svolgono attività lucrativa non possono usufruire di incentivi fiscali, in forma diretta o indiretta. I datori di lavoro, le organizzazioni sindacali ovvero i promotori delle forme sanitarie integrative non possono in alcun caso far parte di organi di gestione e amministrazione delle forme di assistenza integrative, di enti gestori delle medesime o di compagnie assicurative che li finanziano o gestiscono né possono ricevere benefici o vantaggi di alcun genere come conseguenza dell'adesione a forme di assistenza integrative da parte dei propri dipendenti, iscritti o associati.

6. Sono vietate campagne pubblicitarie di forme di assistenza integrative del SSN e assicurazioni che diffondano messaggi consumistici, che facciano leva sulle criticità di accesso del servizio pubblico o

che alimentano l'inappropriatezza delle cure, la medicalizzazione della società nonché fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

7. L'anagrafe delle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale istituita presso il Ministero della salute è pubblica, è integralmente consultabile da chiunque nel sito internet istituzionale del medesimo Ministero e reca gli statuti, i bilanci ed ogni documento contabile utile ad evidenziare i benefici fiscali di cui ha beneficiato per ciascun anno nonché la chiara e completa rappresentazione della compagine societaria diretta e indiretta. A tal fine ciascun soggetto interessato invia periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al numero e alle tipologie dei propri iscritti, al numero e alle tipologie dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alle tipologie di prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale ed 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 livelli essenziali di assistenza e per le forme di assistenza integrative 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 SSN, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e 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. L'Intesa di cui al comma 1 in particolare dovrà definire:

a) criteri, modalità, tempi ed 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 tutela della riservatezza, relativamente a:

- 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;

- l'elenco dei soggetti autorizzati;
 - gli esiti delle attività ispettive;
- b) un piano di controlli ove siano indicati:
- il numero minimo dei controlli che, a campione e senza preavviso, si intendono effettuare;
 - i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
 - 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, a prevedere 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;
 - requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, rotazione degli ispettori, procedure per l'esecuzione delle attività ispettive attraverso un modello standard di verbale omogeneo;
- c) modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, formazione e 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) linee guida recanti gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo dell'ente competente alla stipula e dalla gestione dei contratti, della composizione del budget e dell'eventuale presenza di accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti extraregionali e della mobilità passiva.
- e) requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato da applicare uniformemente sull'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 ed economicità della spesa sanitaria)

1. All'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, dopo il comma 412 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 nonché il numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti;

b) rendere tracciabile e uniforme nel territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, dalla definizione del fabbisogno e dalla programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare fino alla logistica e alle 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, così da 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, inclusi i contratti di convenzionamento o 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 di intramoenia, con la possibilità di rilevare tutti i costi imputabili all'attività medesima, ivi incluse 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, 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, in fine, è aggiunto il seguente periodo: «Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2 dell'articolo 41 si applicano anche gli obblighi di pubblicazione concernenti le prestazioni professionali svolte in regime intramurario»;

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

Art. 7 (Disposizioni per la nomina dei direttori generali, direttori amministrativi e 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: “ titoli di dottorato di ricerca, o di master di secondo livello, o di diploma di specializzazione conseguito presso le scuole di specializzazione

individuare con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 aprile 2018, n. 80 ovvero l'aver compiuto almeno sette anni di servizio nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, svolti in posizioni funzionali per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea di cui alla lettera a);

2) la lettera c) è soppressa.

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 o 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 “all'articolo 1, comma 4, lettera b),” sono soppresse;

6) al comma 7-quater, la parola “60” è sostituita dalla seguente “40” conseguentemente al comma 7-sexies, la parola “40” è sostituita dalla seguente “60”

7) al comma 8 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, per gravi e comprovati motivi, per una gestione di grave disavanzo 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 abbia espresso la manifestazione di interesse e sia collocato nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 con un più alto punteggio. A parità di punteggio è scelto il candidato più anziano»;

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 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, ovvero, 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 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»;

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 abbia espresso la manifestazione di interesse e sia collocato con un più alto punteggio nell'elenco regionale di cui al presente articolo. A parità di punteggio è scelto il candidato più anziano».

d) all'articolo 4, dopo il comma 1 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, da parte della Corte dei conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose».

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 e per la istituzione della commissione di valutazione saranno sorteggiati i direttori di struttura complessa che abbiano l'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 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 (PNGLA) e individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;

b) ad esplicitare e rendere pubblico l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera ed i relativi tempi massimi di attesa;

c) ad assicurare la gestione 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 della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e include sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Non è consentita l'attivazione di agende per singola struttura o per gruppo di strutture, pena l'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il servizio sanitario nazionale.

2. La struttura sanitaria privata e convenzionata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regime privatistico o di privato sociale alle prestazioni in convenzione con il SSN. I percorsi di prenotazione e accesso alle due tipologie di prestazione devono essere distinti e indipendenti.

3. L'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia è consentita alle strutture sanitarie e socio-sanitarie che abbiano adottato un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI, dalla prenotazione alla fatturazione, e che rispettino una corretta informazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, non violino le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscano che la prestazione sanitaria non sia più favorevole per i pazienti trattati in regime di intramoenia.

4. È vietata l'attivazione dell'attività libero professionale intramoenia per quelle aziende che non abbiano provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia.

5. Il rispetto delle indicazioni di cui al presente articolo consente l'accesso alla quota premiale del Fondo sanitario nazionale 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 livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza 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, per una quota complessiva pari all'1,5 per cento. L'incremento di cui al presente comma è finalizzato al finanziamento delle attività di ricerca corrente di cui alla lettera a) del medesimo articolo 12, comma 2.

2. A decorrere dall'anno 2024, per la finalità di cui al comma 1, il contributo delle aziende farmaceutiche di cui all'articolo 48, comma 19, lettera b), punto 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 ed 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 corrispondente e comunque per un importo non inferiore al 10 per cento delle spese promozionali autocertificate di cui all'articolo 17 del predetto decreto legislativo.

Art. 10 (Disposizioni per la digitalizzazione del SSN)

1. Il percorso di cura è assicurato su tutto il territorio nazionale con la dematerializzazione della ricetta medica, della cartella clinica e del percorso di cura, sfruttando le potenzialità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), della telemedicina e degli strumenti di Digital Health a supporto alle decisioni cliniche e assicurando che i dati e le informazioni siano interoperabili e concretamente a disposizione delle persone, dei professionisti e delle istituzioni.

2. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministero della Salute effettua un monitoraggio finalizzato a misurare lo stato di realizzazione del FSE su ogni Regione e a rimuovere tutti gli ostacoli relativi al grado di utilizzo da parte della persona, delle Aziende Sanitarie e dei professionisti sanitari.

3. La piena implementazione del FSE consente l'accesso alla quota premiale del Fondo sanitario nazionale 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 livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza 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 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute definisce, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale, un cronoprogramma volto ad implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per smartphone che consentano di ottenere informazioni su strutture e servizi sanitari e promuovere l'uso di dispositivi indossabili e di monitoraggio remoto, capaci di 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 delle persone con cronicità, al fine di potenziare la continuità delle cure e dei follow-up, favorendo il dialogo costante, continuo e aggiornato tra medici di base, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere per garantire un accesso equo, tempestivo, efficace e appropriato alle terapie.

Art. 11 (Disposizioni per il riordino del sistema di emergenza urgenza territoriale ed ospedaliero)

1. Entro 180 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, d'intesa con la 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 Territoriale 118 nazionale al fine di assicurare l'integrazione funzionale del SET-118 con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), nel cui ambito devono attuarsi collegamenti del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri 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 sanitario di emergenza e urgenza e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, nonché i profili professionali e giuridici degli operatori del SET 118 medici, infermieri ed autisti-soccorritori al fine di garantirne un impiego uniforme sull'intero territorio nazionale e specifiche indennità di rischio biologico ed ambientale, garantendo una formazione adeguata che consenta al personale medico e infermieristico una efficace integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria per garantire la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura.

Art. 12 (Disposizioni finanziarie)

1. A copertura degli oneri della presente legge, entro il 31 dicembre 2025, mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica, sono approvati provvedimenti regolamentari e amministrativi che assicurano minori spese pari a 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2030. Qualora le misure previste dal precedente periodo non siano adottate o siano adottate 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 variazioni delle aliquote di imposta e riduzione della misura delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, tali da assicurare maggiori

entrate, pari agli importi di cui al precedente periodo, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute, prevedendo un limite di reddito sotto il quale non si applica la riduzione delle spese fiscali.

Art. 12 (Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.