

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 117, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, e successive modificazioni)

Articolo 1.

(Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie).

La disposizione introduce strumenti per la riorganizzazione delle cure primarie, in funzione dei processi di deospedalizzazione già previsti dalla vigente legislazione, prevedendo un corrispondente e contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, necessario per garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza; in particolare, vengono introdotti, nei limiti delle disponibilità finanziarie destinate per il Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente, principi normativi che regolano la stipula degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato. Gli oneri delle convenzioni sono definiti dalla legge di stabilità, sulla base di un atto di indirizzo del Governo. Peraltro, dalla riorganizzazione della continuità assistenziale, secondo ipotesi già in gestazione in alcune regioni, sarebbe possibile evitare in alcune fasce orarie (24-8) la sovrapposizione fra servizio di emergenza 118 e continuità assistenziale della medicina generale, determinando una liberazione di risorse umane ed economiche; l'impiego delle stesse risorse in ore diurne e in integrazione con la medicina generale (Aggregazioni funzionali territoriali – AFT) apporta indubbi miglioramenti all'efficienza e all'efficacia della medicina generale nell'assistenza ai malati cronici, con evidenti benefici per la salute dei cittadini, ma anche con conseguente riduzione del ricorso all'ospedalizzazione per riacutizzazioni.

Infine, si consente alle regioni, per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale anche connesse a quanto disposto dall'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, di attuare, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, processi di mobilità del personale delle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti.

Articolo 2.

(Esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria).

La disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Infatti, in primo luogo si provvede (comma 1,

lettera a)), ad introdurre una disposizione a carattere meramente tecnico-procedurale diretta a prorogare al 31 dicembre 2014 il termine per il collaudo degli interventi di ristrutturazione edilizia, finalizzati al programma per la libera professione intramuraria.

Si precisa che al 31 luglio 2011 su una somma assegnata dal decreto del Ministro della salute dell'8 giugno 2001 pari ad euro 826.143.140,92, risultano ammessi a finanziamento n. 418 interventi, per complessivi euro 746.843.755,27, pari al 90,4 per cento della somma assegnata.

Anche le altre previsioni normative risultano neutrali dal punto di vista finanziario poiché si inseriscono su quanto già a suo tempo delineato con l'articolo 1 della legge n. 120 del 2007, allo scopo di introdurre misure più incisive per portare definitivamente a regime il sistema dell'attività libero professionale intramuraria. In particolare, la prevista realizzazione dell'infrastruttura di rete per il collegamento telematico tra l'azienda sanitaria e le singole strutture nelle quali sono erogate le prestazioni di attività libero-professionale intramuraria, interna o in rete, non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto gli eventuali costi sono coperti dagli importi delle prestazioni da determinare d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di

contrattazione integrativa aziendale, volti anche ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende sanitarie. Nell'ambito di tali importi va individuata un'ulteriore quota, rispetto a quella attuale, pari al 5 per cento del compenso del libero professionista trattenuta dall'azienda sanitaria e destinata ad interventi per la riduzione delle liste di attesa. Pertanto, la determinazione degli importi risulta idonea ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione delle prestazioni e di riscossione degli onorari. Va altresì soggiunto che le spese per l'acquisizione della necessaria strumentazione tecnica per il collegamento operativo alla infrastruttura di rete, nelle ipotesi di prosecuzione dell'attività presso studi professionali già autorizzati, sono a carico del titolare dello studio.

Articolo 3.

(Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie).

La norma non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto non modifica la disciplina contrattuale vigente in materia di copertura dei costi delle polizze assicurative per i rischi da responsabilità civile dei professionisti operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Tale disciplina, relativa all'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, prevede che a carico delle aziende sanitarie locali (ASL) gravi esclusivamente la copertura assicurativa della responsabilità civile derivante da colpa lieve, con esclusione, quindi, delle ipotesi di dolo o colpa grave. In

questi casi gli oneri per la copertura assicurativa gravano sui professionisti interessati.

L'articolo, sul presupposto dell'obbligo – introdotto, per tutti i professionisti, dall'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 – di stipulare, a tutela del cliente, idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, mira esclusivamente a semplificare le procedure per l'accesso alle polizze assicurative in favore degli operatori sanitari e dei giovani medici. Esso rinvia, per la disciplina delle relative procedure e dei relativi contenuti, ad apposito regolamento governativo da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge n. 400 del 1988, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), i rappresentanti degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza sanitaria.

La proposta normativa detta anche i seguenti criteri cui dovrà attenersi il Governo nell'emanare il citato regolamento: determinazione dei casi, sulla base del rischio professionale, per cui sia possibile ricorrere ad un fondo assicurativo appositamente costituito, senza nuovi o maggiori oneri, finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate, clausola *bonus malus*. Si tratta di misure che hanno anche lo scopo di abbassare i costi delle polizze stesse.

Si evidenzia che la semplificazione delle procedure di accesso alle polizze assicurative, determinando un contenimento delle pratiche di medicina difensiva, è potenzialmente in grado di causare una riduzione degli oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

Articolo 4.

(Dirigenza sanitaria e governo clinico).

Le disposizioni ivi previste regolano le procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei dirigenti delle strutture complesse e semplici, nonché le funzioni del collegio di direzione, pertanto non comportano nuovi o maggiori oneri in quanto vi si provvede nell'ambito delle risorse finanziarie del Servizio sanitario nazionale disponibili a legislazione vigente. Va inoltre rappresentato che anche la nuova composizione del collegio di direzione non comporta maggiori oneri atteso che i neo componenti sono le stesse figure professionali presenti nell'azienda, pertanto già incardinate, per le quali, sulla base anche della disciplina vigente, non è prevista alcuna indennità o emolumento. Per quanto concerne la nuova qualificazione del collegio di direzione come organo aziendale, si fa presente che esso, in tale qualificazione, è già previsto in varie aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, pertanto la previsione ha solo rilievo giuridico istituzionale.

Articolo 5.

(Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia).

L'attuazione della disposizione non comporterà nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica in quanto l'operazione di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) dovrà essere effettuata nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e quindi con un approccio di tipo compensativo. Ciò, sulla base di quanto già previsto dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e compatibilmente con le disponibilità finanziarie complessive per il Servizio sanitario nazionale (SSN) derivanti dall'articolo 15 del decreto- legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nel senso che l'inserimento di nuove patologie croniche o malattie rare e la più specifica e sistematica attenzione al tema del trattamento delle ludopatie, peraltro già praticato nelle strutture del SSN, sarà compensato da misure di razionalizzazione dei rimanenti LEA, compresa l'esclusione parziale o totale di patologie croniche o malattie rare per le quali la periodica revisione dei criteri epidemiologici, dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa e della valutazione comparativa di costi-benefici, suggeriscono un diverso posizionamento rispetto all'esclusione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Articolo 6.

(Disposizioni in materia di edilizia sanitaria, di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie, nonché di ospedali psichiatrici giudiziari).

Al comma 1 la disposizione prevede che nell'ambito dei contratti di partenariato pubblico-privato relativi ad opere di edilizia sanitaria, già previsti dalla legislazione vigente, si possa prevedere anche la cessione all'aggiudicatario di immobili ospitanti strutture ospedaliere da dismettere, quale quota del corrispettivo.

Il comma 2 dispone che quota parte delle risorse iscritte nel bilancio dello stato e destinate agli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988), siano finalizzate all'adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa antincendio. Simultaneamente si dispone che con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, venga aggiornata e semplificata la predetta normativa con riferimento alle aziende sanitarie, prevedendo scadenze differenziate per il rispetto della stessa, compatibili con la quota parte delle risorse precedentemente individuate. Trattandosi di disposizione tendente alla semplificazione del quadro ordinamentale vigente e alla contestuale destinazione di risorse previste dalla vigente legislazione, la medesima non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il comma 3 interviene esclusivamente su aspetti procedurali, al fine di consentire la concreta realizzazione della riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari, già prevista a legislazione vigente.

Articolo 7.

(Disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica).

L'articolo, con i commi da 1 a 3, è finalizzato a varare misure che rafforzino gli interventi in atto contro il fumo di tabacco considerato, per le patologie ad esso connesse, uno dei principali fattori che incrementano la spesa del SSN. Le misure proposte in tema di vendita e somministrazione dei prodotti del tabacco, non comportano, dunque, oneri per la finanza pubblica, ma già nel breve periodo introiti, derivanti dalle previste sanzioni amministrative pecuniarie da 250 a 1.000 euro nell'ipotesi di vendita ai minori di anni 18 e da 500 a 2.000 euro nell'ipotesi di reiterazione del predetto divieto.

Gli ulteriori commi intervengono con misure, anche sanzionatorie, dirette a contrastare il fenomeno sempre più crescente della ludopatia, che non comportano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Infine, le previsioni in materia di certificazione per l'attività sportiva non agonistica non comportano nuovi o maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale, in quanto gli oneri sono a carico dei soggetti richiedenti, tranne la certificazione dell'idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico su richiesta dell'autorità scolastica, già prevista tra i compiti del medico di medicina generale ai sensi dell'accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005.

Articolo 8.

(Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande).

Trattasi di disposizioni in materia di sicurezza dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, aventi per lo più natura procedimentale.

Articolo 9.

(Disposizioni in materia di emergenze veterinarie).

Trattasi di disposizioni in materia di emergenze veterinarie, dirette a responsabilizzare le regioni in ordine all'attuazione delle proprie competenze in materia, già previste dal vigente ordinamento.

Articolo 10.

(Modificazioni al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e norme sull'innovatività terapeutica).

Le disposizioni dell'articolo costituiscono una legificazione, con alcune modifiche migliorative, dell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 24 novembre 2010, per assicurare che per i medicinali di alta innovatività non si creino sperequazioni nei diversi ambiti territoriali sotto il profilo dell'accesso da parte dei pazienti. Si tratta quindi di disposizioni che non comportano nuovi o maggiori oneri poiché lasciano del tutto immutati i presupposti e le condizioni per l'inserimento dei medicinali nella classe dei farmaci erogabili dal SSN. La norma prevede semplificazioni riguardanti, tra l'altro, la procedura di produzione di principi attivi da utilizzare in medicinali destinati all'impiego sperimentale, stabilendo che ove si tratti di farmaci da impiegare in sperimentazione di fase I, la produzione

avvenga previa notifica da parte dell'azienda farmaceutica interessata anziché dopo il rilascio di una specifica autorizzazione. Tale nuova procedura consentirà all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) un risparmio di risorse strumentali e di personale, che potranno essere utilizzate per altre attività, evitando interventi diretti all'acquisizione di risorse aggiuntive.

Le disposizioni contenute nell'articolo sono dirette altresì ad esonerare un'unica e specifica tipologia di medicinali quali i radiofarmaci dall'obbligo dell'apposizione del bollino sulle singole confezioni, per ragioni esclusivamente tecniche, a chiarire gli adempimenti a cui sono tenute, in materia di trasmissione dei dati sulle vendite dei medicinali, le aziende produttrici e distributrici e, infine, a estendere i casi in cui l'AIFA può sospendere l'autorizzazione rilasciata, anziché procedere direttamente alla sua revoca. Tali disposizioni sono in grado di evitare l'insorgere di contenziosi dall'esito incerto e presumibilmente oneroso per l'Amministrazione. Anche la previsione nell'ultimo comma dell'istituzione presso l'AIFA di un tavolo permanente di monitoraggio con le regioni per la gestione di eventuali criticità dei prontuari ospedalieri regionali, avviene senza oneri per la finanza pubblica.

Articolo 11.

(Revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale e altre disposizioni dirette a favorire l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale).

L'articolo prevede, innanzi tutto, una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico e forme di confronto tra farmaci con medesima efficacia terapeutica che dovrebbero comportare risparmi per la finanza pubblica. Inoltre è prevista una modifica della disciplina contenuta nel decreto-legge n. 536 del 1996, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, finalizzata a conseguire una razionalizzazione della spesa farmaceutica. Viene, infatti, stabilito che

quando per una determinata patologia esista, fra i farmaci regolarmente autorizzati, un'unica alternativa terapeutica ad alto costo, l'AIFA possa continuare a inserire o mantenere nello specifico elenco un farmaco non autorizzato con quella indicazione terapeutica. La norma specifica che questa deroga alla disciplina ordinaria possa essere fatta valere quando il divario del costo-terapia derivante dall'uso dei due farmaci sia di almeno il 50 per cento.

Anche il comma 4 è in grado di assicurare una razionalizzazione della spesa farmaceutica in quanto consente alle farmacie ospedaliere di ripartire in più dosaggi il contenuto di singoli medicinali evitando sprechi di prodotto.

Per quanto riguarda il comma 5, che autorizza le regioni a sperimentare sistemi di riconfezionamento anche personalizzato, e di distribuzione di medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri, deve sottolinearsi che la norma specifica che dette attività debbono rientrare nei limiti delle disponibilità di bilancio dell'ente che vuole dar corso alla sperimentazione.

Articolo 12.

(Procedure concernenti i medicinali).

L'articolo è diretto a scindere (tranne che per alcune specifiche categorie di medicinali) la procedura di richiesta di contrattazione del prezzo di un medicinale e del suo inserimento nell'elenco dei farmaci erogabili dal SSN dalla procedura di rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio dello stesso prodotto. Prevedendo che all'atto del rilascio dell'AIC (autorizzazione alla immissione in commercio) il medicinale venga automaticamente inserito in

classe C (a carico dell'assistito) e che solo da quel momento l'AIFA possa prendere in considerazione la domanda diretta all'eventuale inserimento del medicinale in classe A (a carico del SSN), l'innovazione normativa non comporta alcun aggravio di costi per il SSN, e al contempo comporta la riduzione del contenzioso, in sede nazionale o comunitaria, per ritardato rilascio delle autorizzazioni all'immissione in commercio. Inoltre, la previsione di razionalizzare gli organismi deputati a livello centrale e locale alle attività connesse alla sperimentazione clinica dei medicinali, non può che conseguire positive ricadute sui costi, unitamente alla prevista riduzione dei comitati etici e alla gestione telematica della documentazione relativa agli studi clinici.

Articolo 13.

(Disposizioni in materia di medicinali omeopatici, anche veterinari e di sostanze ad azione ormonica).

Trattasi di disposizioni di carattere procedimentale, relative ai medicinali omeopatici, anche veterinari. Inoltre, si prevedono incrementi

delle tariffe corrisposte all'AIFA, connesse alla procedura di registrazione semplificata relativa ai medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995.

Articolo 14.

(Razionalizzazione di taluni enti sanitari).

Il comma 1 dispone la soppressione e la messa in liquidazione della società consortile Consorzio anagrafi animali (CO.AN.AN.), tenuto conto del fatto che la stessa non ha mai espletato i compiti assegnatili dai commi 4-bis e 4-ter dell'articolo 4 del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 marzo 2006, n. 81, quale ente strumentale del Ministero della salute e del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali, non avendo detti Dicasteri ritenuto necessario avvalersene, avendo finora provveduto a dette funzioni per il tramite degli enti vigilati e controllati dagli stessi Ministeri. Il medesimo comma 1 dispone, quindi, che alle funzioni che sono trasferite ai predetti Ministeri questi provvedano nell'ambito delle ordinarie risorse, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica,

La quota detenuta originariamente dall'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA) nel Consorzio in oggetto è stata ceduta dalla stessa al suo ente strumentale SIN (Sistema informativo nazionale per lo sviluppo dell'agricoltura). Ad oggi quindi la compagine consortile risulta così composta:

SIN (60 per cento del capitale);

Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (30 per cento del capitale);

Centro interuniversitario di ricerca sull'inquinamento da agenti fisici – CIRIAF (10 per cento del capitale).

Per lo svolgimento della funzione di ente strumentale di assistenza tecnica, l'AGEA ha assegnato alla società medesima un contributo a decorrere dall'anno 2006 di euro 1.000.000.

Ad oggi, a fronte di un indebitamento complessivo di CO.AN.AN. pari a euro 1.660.017,12 (peraltro garantito da un pegno rilasciato dal socio di maggioranza SIN), sussistono disponibilità bancarie pari ad euro 1.356.872,99, nonché crediti complessivamente pari a circa 1,8 milioni di euro.

Per quanto concerne i commi da 2 a 7, relativi all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), si ritiene preliminarmente di seguito evidenziare le attività svolte dal medesimo, composto da una sede centrale a Roma e da tre centri di riferimento regionali nel Lazio, Puglia e Sicilia, nella attuale fase del progetto di sperimentazione gestionale.

La *mission* dell'INMP è quella di fronteggiare, all'interno del servizio sanitario nazionale, le sfide sanitarie relative alle popolazioni più vulnerabili, inclusi i migranti, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona.

Gli obiettivi dell'INMP sono: svolgere attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà; elaborare e attuare programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria; collaborare con l'OMS e le altre organizzazioni internazionali alla lotta contro le malattie della povertà nei Paesi in via di sviluppo; elaborare piani di ricerca e modelli sperimentali per la gestione di servizi sanitari specificamente orientati alle malattie derivanti dalla povertà e dall'esclusione sociale; istituire e gestire una rete di *stakeholders* italiani e internazionali che si occupino della promozione della salute dei migranti e del contrasto delle malattie della povertà; assicurare loro l'assistenza sanitaria, tramite i servizi dei tre centri regionali dell'istituto.

I servizi sanitari erogati dall'INMP comprendono le analisi cliniche e le visite e consulenze specialistiche sulle seguenti aree: chirurgia plastica e ricostruttiva, dermatologia, dermatologia tropicale, dietologia, ginecologia, malattie infettive e tropicali, medicina del turismo, medicina interna, microbiologia e micologia dermatologica, neuropsichiatria infantile, oculistica sociale, odontoiatria sociale e riabilitazione gnatologica, pediatria, psicologia clinica a orientamento etno-psichiatrico. L'INMP fornisce, inoltre, assistenza legale e *counselling* psicologico.

Particolare attenzione è rivolta all'attuazione di una logica costo-beneficio, attraverso il controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e degli interventi sanitari. Al poliambulatorio dell'INMP è possibile accedere senza prenotazione e, agli aventi diritto, vengono rilasciati i codici STP (straniero temporaneamente presente) ed ENI (europeo non iscritto).

Fino all'aprile 2012 sono stati registrati, presso il poliambulatorio di Roma, 137.442 accessi, di cui 16.481 italiani e 120.932 stranieri.

Totale Pazienti	Rifugiati/richiedenti/vittimediotortura	Percentuale
43311	2775	6,40%
Totale Accessi	Rifugiati/richiedenti/vittimediotortura	Percentuale
137442	6577	4,78%

Per la linea della ricerca, l'INMP è specializzato nella sperimentazione di modelli innovativi e appropriati per la promozione della salute. Esso rappresenta un laboratorio di buone pratiche per l'assistenza dei gruppi di popolazione economicamente svantaggiati e a rischio di esclusione sociale ed ha avviato numerose attività di ricerca scientifica.

Circa le attività internazionali, l'Istituto collabora con la Commissione europea, le sue agenzie e l'OMS. Vengono, inoltre, condotti programmi e attività di cooperazione con organizzazioni internazionali intergovernative, università e centri scientifici di eccellenza. L'INMP è coinvolto in

numerosi progetti comunitari per l'assistenza sanitaria a rifugiati e richiedenti asilo nei centri di accoglienza. Esso

realizza corsi di formazione per gli operatori sanitari, allo scopo di migliorare l'attività di accoglienza e cura delle comunità migranti (è il caso del progetto «Mare Nostrum», coordinato dal Ministero dell'interno italiano e realizzato in collaborazione con il Ministero della giustizia e dell'interno maltese e l'Organizzazione internazionale per le migrazioni).

Per svolgere tutte le predette attività, l'Istituto ha potuto contare su un finanziamento di 5 milioni di euro per il 2007, 10 milioni di euro per il 2008 e 10 milioni di euro per il 2009, a cui si sono sommati 8 milioni di euro derivanti da finanziamenti su progetti e circa 2 milioni di euro di finanziamento regionale per le prestazioni assistenziali rese.

Grazie a tali entrate è stato possibile assicurare lo svolgimento delle attività istituzionali (assistenza, formazione e ricerca) nel triennio in considerazione, così come anche la sostenibilità finanziaria dell'Istituto fino al 28 ottobre 2011.

Con la legge 15 luglio 2011, n. 111, che ha convertito, con modificazioni, il decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, è stata autorizzata la proroga delle attività di sperimentazione gestionale fino al 31 dicembre 2013. Tale proroga è finanziata con 5 milioni di euro per l'anno 2011 da parte del Ministero della salute, 5 milioni di euro annui per il 2012 e il 2013 a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, a seguito di presentazione di apposito progetto interregionale.

A fronte di tali ridotte fonti di finanziamento rispetto a quello di cui l'Istituto disponeva in precedenza, l'INMP ha ottimizzato il proprio costo della produzione, operando una profonda riorganizzazione dell'organico e un taglio drastico delle consulenze e dell'acquisizione dei beni e servizi, riscontrando, però, a causa di ciò, una forte limitazione nella propria capacità di investimento su progetti di ricerca che coinvolgono direttamente le regioni. Entrando nello specifico, l'attuale organizzazione dell'istituto vede più del 50 per cento delle posizioni dirigenziali non coperte, gestite con incarichi *ad interim*. L'organico, parimenti, è ridotto al minimo, per il mero funzionamento delle linee istituzionali di attività. Tale situazione di ristrettezza economico-finanziaria dell'ente, pur assicurando l'assolvimento dei compiti istituzionali, non permette il pieno riscontro alle numerose istanze di assistenza che provengono dal territorio, negli ultimi anni in via di continuo progressivo impoverimento.

Dall'analisi prospettica delineata e di scenario nonché per lo svolgimento dei compiti istituzionali, emerge la necessità di procedere alla definizione dell'istituto quale ente di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, per un finanziamento di 10 milioni di euro l'anno per le attività da svolgere, tra cui anche la necessaria ripresa della ricerca traslazionale dei modelli socioassistenziali da condurre in cooperazione alle regioni italiane, così come alla gestione di una rete nazionale che includa al proprio interno le realtà operanti nel settore, sia pubbliche che private.

A tal fine si prevede il ricorso alla procedura di cui all'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996, considerando l'attività svolta dall'Istituto, in cooperazione con le regioni, quale obiettivo di carattere prioritario del SSN; disponendo che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, vincoli un importo pari a 5 milioni di euro per l'anno 2012 e di 10 milioni di euro annui a decorrere dal 2013.

Per quanto concerne invece il finanziamento dell'ente, si provvede nell'ambito dello stanziamento di 10 milioni di euro di cui sopra, unitamente alle entrate derivanti da rimborsi delle prestazioni assistenziali rese per conto del SSN e dai finanziamenti per partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali.

Con riferimento alle disposizioni di cui ai commi 8 e 9 riguardanti la fondazione ONAOSI (Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani), esse mirano a mettere fine al contenzioso conseguente all'articolo 52, comma 23, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ed alla sentenza della Corte costituzionale n. 190/2007. Si ricorda che la sentenza n. 190 del 5 giugno 2007 della Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità delle modalità con le quali veniva determinato il cosiddetto contributo ONAOSI, ma non ha abrogato lo stesso.

L'articolo 29 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ha fissato nuovi parametri cui gli organi della fondazione devono far riferimento nel quantificare il contributo obbligatorio «dal giorno successivo alla data del 20 giugno 2007 di pubblicazione della sentenza n. 190 della Corte costituzionale».

La fondazione si è trovata, di conseguenza, nella condizione di essere creditrice per il periodo 2003-2006 di somme non determinate ed è stata quindi costretta, per evitare il maturarsi della prescrizione quinquennale, ad inviare appositi atti di messa in mora che hanno ingenerato notevole malcontento degli interessati e rischiano di determinare ulteriore contenzioso.

In proposito si evidenzia che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con nota prot. n. [36/0000357](#) del 15 settembre 2011, ha, tra l'altro, «rinnovato l'invito, d'intesa con il Ministero dell'Economia e della Finanze, ad adottare tutte le misure utili al recupero dei crediti vantati nei confronti dei contribuenti libero professionisti relativi agli anni 2003-2006».

**SANITARI LIBERO PROFESSIONISTI NON ADEMPIENTI CUI, A PARTIRE DAL 2013,
OCCORREREBBE NOTIFICARE UN NUOVO ATTO INTERRUPTIVO DELLA
PRESCRIZIONE**

2003	24.324
2004	33.197
2005	61.796
2006	135.448
SPESA PRESUNTA	€ 1.000.000,00

DATI DI BILANCIO (preconsuntivo al 31/12/2011)

CREDITI 2003-2006 VERSO LIBERI PROFESSIONISTI	23.070.000,00
FONDO SVALUTAZIONE CREDITI	23.070.000,00

L'articolo 52, comma 23, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (che aveva esteso la contribuzione obbligatoria a tutti i farmacisti, medici chirurghi, odontoiatri e veterinari iscritti agli ordini professionali, anche se non dipendenti da pubbliche amministrazioni) ha generato dal settembre 2006 un notevolissimo contenzioso promosso da parte dei sanitari nuovi obbligati avverso le cartelle esattoriali loro notificate.

Al 3 maggio 2012 il numero complessivo dei ricorsi in materia contributiva è di 7.536: ne sono stati definiti 5.181 e la fondazione è risultata soccombente nel 94 per cento circa dei casi.

Alla luce della citata pronuncia della Corte costituzionale i restanti giudizi non potranno che avere esito analogo.

CONTRIBUTI RISCOSSI NEL PERIODO 2003-2006 DAI LIBERI PROFESSIONISTI	83.300.000,00
GIÀ RESTITUITI	240.000,00
CHE SI RISCHIA DI DOVER RESTITUIRE	83.060.000,00

La sentenza della Corte costituzionale, nel dichiarare illegittimo il predetto articolo 52, comma 23, per quanto riguarda l'individuazione dei criteri di determinazione del contributo, ha reso altresì non quantificabili i contributi dovuti dai pubblici dipendenti per il periodo gennaio 2003-giugno 2007.

A partire dal 2008 i sanitari pubblici dipendenti hanno iniziato a richiedere giudizialmente il rimborso delle trattenute effettuate dalle amministrazioni di appartenenza sugli emolumenti loro dovuti nel suddetto periodo.

Alla luce delle pronunce favorevoli ai ricorrenti intervenute (in gran parte del tribunale di Napoli) il fenomeno si sta via via allargando soprattutto nell'ambito della regione Campania.

Negli ultimi due anni oltre il 90 per cento delle azioni proposte nei confronti della fondazione ONAOSI è stato instaurato da sanitari impiegati presso pubbliche amministrazioni.

CONTRIBUTI RISCOSSI PER IL PERIODO GENNAIO 2003-GIUGNO 2007 DAI PUBBLICI DIPENDENTI	78.500.000,00
GIÀ RESTITUITI	60.000,00
CHE SI RISCHIA DI DOVER RESTITUIRE	78.440.000,00

IMPORTO TOTALE DEI CONTRIBUTI CHE SI RISCHIA DI DOVER RESTITUIRE

A LIBERI PROFESSIONISTI	83.060.000,00
A PUBBLICI DIPENDENTI	78.440.000,00
TOTALE	161.500.000,00

COSTI SOSTENUTI O ACCANTONATI AL 31 DICEMBRE 2011

SPESE LEGALI	7.400.000,00
RISCOSSIONE E INTERRUZIONE DEI TERMINI	3.600.000,00
TOTALE	11.000.000,00

PROIEZIONE DELL'ULTERIORE SPESA PER GLI ANNI 2012-2016

PER RICORSI IN ATTO AL 3/5/2012	2.500.000,00
---------------------------------	--------------

PER 450 RICORSI PREVEDIBILI FINO AL 31/12/2012	1.000.000,00
PER 700 RICORSI/ANNO DAL 1/1/2013 AL 31/12/2016	6.400.000,00
INVIO ULTERIORI ATTI INTERRUTTIVI	1.000.000,00
TOTALE	10.900.000,00

Alla luce di ciò è indispensabile stabilire per legge la misura della contribuzione, stabilire norme per acconti e conguagli, estinguere alcune azioni ed evitare azioni coattive per crediti di importo modesto, senza oneri per la finanza pubblica (anzi evitando il peso finanziario di un contenzioso che può rivelarsi insostenibile).

Infine, le norme relative agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), incidendo sulla procedura di riconoscimento e revoca non hanno effetti finanziari, assicurando nel contempo maggior rigore nella valutazione di soggetti che utilizzano fondi statali o regionali.

Articolo 15.

(Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero).

La norma proposta interviene sulle disposizioni, contenute nella legge di stabilità per il 2012 (articolo 4, commi 89 e seguenti), relative al trasferimento alle regioni delle funzioni inerenti l'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo ed aereo; l'intervento si propone di evitare il rischio di interruzione dell'assistenza in parola derivante da una eventuale pronuncia di illegittimità costituzionale delle predette disposizioni, avverso le quali è attualmente pendente un ricorso davanti al giudice delle leggi. L'assistenza sanitaria al personale

navigante è attualmente affidata al Ministero della salute, cui sono attribuite le relative risorse, ed è assicurata attraverso i SASN (Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante), ambulatori distribuiti sul territorio e direttamente gestiti dal Ministero, all'interno dei quali opera personale di ruolo e personale sanitario a convenzione.

Con l'articolo 15 si prevede che il trasferimento delle funzioni in questione avvenga da subito (salvo quelle sottratte dalla norma stessa, mentre ad uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare, entro il 31 marzo 2013, è rimessa l'individuazione dell'effettiva decorrenza dell'esercizio delle funzioni conferite da parte delle regioni, unitamente all'effettivo trasferimento delle risorse, finanziarie, umane e strumentali). Il comma 93 dell'articolo 4 citato prevede invece che per le regioni a statuto speciale il trasferimento avvenga, progressivamente, nel rispetto degli statuti di autonomia. L'individuazione delle risorse da trasferire è rimessa ai predetti decreti, nell'ambito degli stanziamenti risultanti nel bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 e per il triennio 2013-2015; in tale sede saranno pertanto individuate sia le risorse da trasferire al SSN che quelle da mantenere nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per le regioni a statuto speciale e per le funzioni che ai sensi del comma 89 non vengono trasferite alle regioni; le predette risorse saranno poi definitivamente quantificate tenendo conto in percentuale delle riduzioni della spesa operate sui capitoli interessati in applicazione delle disposizioni sull'analisi e revisione della spesa in corso (da ultimo il decreto-legge n. 95 del 2012, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135).

La norma proposta si limita pertanto a trasferire le funzioni assistenziali in parola e le relative risorse, senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Al riguardo si precisa quanto segue:

per quel che riguarda i beneficiari dell'assistenza, restano fermi quelli attualmente previsti dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620, senza alcun ampliamento dei soggetti interessati;

per quel che riguarda i livelli di assistenza, oggi previsti dal decreto del Ministro della sanità 22 febbraio 1984, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 17 marzo 1984, saranno rideterminate nell'ambito del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, al fine di coordinare la disciplina dei livelli di assistenza previsti per il personale navigante con quella prevista per la generalità dei cittadini dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002. Con riferimento all'assistenza sanitaria all'estero il comma 92-*quater*, invece, innovando rispetto all'attuale disciplina – che prevedeva, nel contesto storico di riferimento, l'erogazione di tutte le prestazioni assistenziali garantite sul territorio nazionale anche all'estero con oneri a carico del Ministero della salute, sia per il personale navigante che, in alcuni casi, per i familiari al seguito – ha previsto, in considerazione del mutato

contesto dei rapporti comunitari ed internazionali, l'applicazione delle disposizioni generali vigenti per tutte le altre categorie di lavoratori, con un sensibile risparmio di spesa;

al personale di ruolo si assicura il trattamento economico complessivo in godimento, nonché il riconoscimento del servizio prestato e il trattamento economico, compreso quello accessorio, previsto nei contratti collettivi vigenti per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), secondo tabelle di corrispondenza da definirsi con i decreti ivi previsti. Qualora le voci fisse e continuative del trattamento economico fondamentale e accessorio in godimento alla data di trasferimento risultino maggiori di quelle spettanti nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata dagli interessati come assegno *ad personam* riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti. La disposizione che contiene tali previsioni (comma 91) sostanzialmente non introduce, relativamente al personale in questione, una nuova disciplina rispetto alla legislazione vigente, ma si limita a modificare gli aspetti procedurali del relativo trasferimento, definendoli in maniera più puntuale; da tale disposizione non derivano pertanto oneri aggiuntivi;

con riferimento al personale sanitario, operante a convenzione presso gli ambulatori SASN, le risorse finanziarie da trasferire alle regioni sono determinate in relazione ai rapporti di lavoro convenzionali effettivamente trasferiti. Considerata la specificità dei rapporti in questione la norma detta talune disposizioni necessarie per individuare gli accordi collettivi del SSN, nell'ambito dei quali i rapporti trasferiti dovranno essere disciplinati, ferme restando le condizioni relative ai singoli rapporti convenzionali trasferiti; da tale disposizione non derivano pertanto oneri aggiuntivi.

Infine, i commi 2 e 3 intervengono sul vigente sistema delle tariffe per le prestazioni ivi specificamente individuate, rese dal Ministero della salute a richiesta ed utilità dei soggetti interessati.

ANALISI TECNICO-NORMATIVA

PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO.

1) *Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo.*

Il provvedimento d'urgenza ha per obiettivo 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.

In particolare si adottano misure finalizzate ad assicurare e garantire la continuità, la funzionalità e lo svolgimento delle particolari attività connesse ai bisogni di salute, attraverso il riordino dell'assistenza territoriale con l'obbligo, per i medici, di aderire ad aggregazioni territoriali, a unità o reti di studi medici in modo da garantire i servizi a lungo orario; si interviene sulla regolamentazione della professione intramuraria prevedendo la possibilità per le regioni di autorizzare le aziende sanitarie locali ad acquistare spazi esterni per l'esercizio della libera professione e sulla responsabilità professionale con l'introduzione di un meccanismo assicurativo, nonché attraverso misure per promuovere corretti stili di vita, individuando tra questi il divieto di somministrare i prodotti del tabacco ai minori di anni diciotto.

Si provvede inoltre ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni relative alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da sindrome di gioco d'azzardo patologico e si introducono altresì misure per contrastare le situazioni di dipendenza, relative ai principali fattori di rischio per la salute, anche attraverso il divieto di messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro su giornali, riviste, pubblicazioni eccetera. Con le disposizioni in materia di edilizia sanitaria e di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie si realizza il completamento del complesso apparato normativo, con l'obiettivo di realizzare, comunque, gli interventi ai fini della sicurezza. Infine si provvede in materia di trasferimento alle regioni delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante.

L'intervento è coerente con il programma di Governo; infatti si attua la *spending review* in ambito sanitario colpendo sprechi e inefficienze attraverso la massima trasparenza del servizio pubblico.

2) *Analisi del quadro normativo nazionale.*

Il provvedimento si inserisce in un quadro normativo piuttosto articolato, rappresentato fondamentalmente dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 di istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN). Tale assetto è stato influenzato dalla continua evoluzione giuridica del diritto alla salute (espressione che sintetizza una pluralità di situazioni giuridiche soggettive quali il diritto all'integrità psico-fisica e quello a un ambiente salubre, il diritto a ottenere prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti nonché il diritto a non ricevere prestazioni sanitarie, se non quelle previste obbligatoriamente per legge, a tutela oltre che della persona del destinatario, di un interesse pubblico della collettività), che, iniziato con la riforma del SSN di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è culminato nella riforma dell'articolo 117 della Costituzione. A tal proposito giova ricordare come l'espressione «livelli essenziali» sia stata mutuata proprio dalla legislazione in materia sanitaria, e che l'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come sostituito dall'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, vi aggiunga l'aggettivo uniformi.