

[Mostra rif. normativi](#)**Legislatura 16ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 379 del 25/10/2012****IGIENE E SANITA' (12ª)**

GIOVEDÌ 25 OTTOBRE 2012

379ª Seduta*Presidenza del Presidente***TOMASSINI***Interviene il ministro della salute Balduzzi.**La seduta inizia alle ore 8,30.***IN SEDE REFERENTE****(3534) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute**, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame e rinvio)

Riprende l'esame, sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.

Il **PRESIDENTE** avverte che sono stati presentati 204 emendamenti e 3 ordini del giorno, riferiti al decreto-legge in titolo, pubblicati in allegato al resoconto della seduta.

Il senatore **GUSTAVINO**(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI), in relazione al fatto che non risulta ancora pervenuto il richiesto parere sul testo e sugli emendamenti da parte delle Commissioni interessate, con particolare riferimento alla Commissione bilancio, ritiene che si corra il rischio di celebrare un rito vuoto ed inutile. Pertanto, si appella affinché almeno tutti facciano fino in fondo la propria parte; in quest'ottica, propone che la Commissione proceda alla illustrazione degli emendamenti solo dopo che la Commissione bilancio, in particolare, avrà reso il parere.

La senatrice **BAIO** (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*) manifesta il proprio dispiacere per l'andamento dei lavori, ricordando che personalmente ed anche a nome del Gruppo che rappresenta, si è comportata con la massima correttezza, attenendosi all'impegno di prospettare solo poche e mirate proposte di modifica. Pur consapevole che i relatori appartengono agli schieramenti politici di maggior peso numerico che con lealtà sostengono l'attuale Esecutivo, non può che rivendicare il ruolo anche di tutte le altre forze che con analogo senso di responsabilità stanno appoggiando l'azione del Governo. Pertanto, nella fattispecie rappresentata dal decreto-legge in titolo, si sarebbe atteso un atteggiamento più disponibile nei confronti delle proposte avanzate dal proprio Gruppo.

Ad avviso del senatore **ASTORE** (*Misto-ParDem*) si è persa l'occasione per individuare e dibattere su alcune questioni oggetto di convergenza da parte delle forze politiche, anche nell'ottica di inserirle in un eventuale strumento legislativo alternativo al disegno di legge di conversione, rispetto al quale si è preso

atto a malincuore della indisponibilità ad una sua modificazione. Di fronte a questo scenario, sarebbe stato più corretto che fossero ritirati quei pochi emendamenti che i relatori avevano in qualche modo segnalato, in primo luogo per segno di rispetto nei confronti di tutti i Gruppi, compresi quelli numericamente più piccoli che, come quello a cui appartiene, stanno sostenendo lealmente l'azione dell'Esecutivo. Si auspica che in futuro tale disponibilità possa essere correttamente accordata, perché se ciò non accadesse si riterrà libero di assumere i comportamenti conseguenti, nella convinzione che non sono più tollerabili furbizie.

Il relatore, senatore **SACCOMANNO**(*PdL*), dopo aver ripercorso quanto accaduto nei giorni scorsi, tiene a sottolineare il lavoro di ricognizione compiuto insieme all'altro relatore, senatore Bosone, lavoro che oggettivamente è stato interrotto nel momento in cui si è preso atto che una terza lettura del provvedimento da parte della Camera dei deputati sarebbe stata impraticabile. Finché non si è preso atto di questa nuova e negativa situazione, ha approfondito gli emendamenti presentati, ispirandosi ad una logica inclusiva volta in alcuni casi a manifestare sostegno per singole proposte, anche non coerenti con la linea politica del proprio Gruppo di appartenenza.

Alla luce di queste considerazioni, occorre ora concentrarsi sugli argomenti che stanno davvero a cuore della Commissione, al di là delle singole proposte presentate. In tal senso, è disposto a ritirare gli emendamenti presentati e, di conseguenza, a selezionare le tematiche ritenute maggiormente meritevoli che potrebbero essere oggetto anche di ordini del giorno da accogliere, con il consenso del Rappresentante del Governo.

Dopo alcune precisazioni da parte della senatrice **BAIO** (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*) che non ha inteso criticare il lavoro compiuto dai relatori, sebbene gli stessi avrebbero dovuto in qualche modo tener conto delle questioni che erano sostenute anche da altri Gruppi, oltre a quelli che essi legittimamente rappresentano, interviene il relatore, senatore **BOSONE**(*PD*), che nell'associarsi a quanto da ultimo suggerito dal senatore Saccomanno, ricorda che insieme allo stesso Ministro della salute si è cercato di valutare quegli argomenti frutto di una discussione comune all'interno della Commissione, maturata da diversi anni. L'obiettivo era quello di prospettare poche proposte di modifica in modo che su di esse potessero convergere tutte le forze politiche; tuttavia, come ricordato dal correlatore Saccomanno, tale lavoro si è interrotto nel momento in cui si è appreso della impossibilità ad apportare modifiche al disegno di legge di conversione, approvato in prima lettura dalla Camera.

Il senatore **COSENTINO**(*PD*), nel ritenere che qualsiasi tipo di equivoco in merito all'opera di ricognizione assolta dai relatori nei giorni scorsi sia del tutto superabile, rimarca l'esigenza di raggiungere un impegno di natura politica per riprendere quei temi che utilmente potrebbero essere inclusi nel perimetro del cosiddetto nuovo strumento legislativo che è stato individuato nel disegno di legge n. 2935: in relazione a tale ipotesi, auspica che possa esservi la necessaria chiarezza, coinvolgendo in primo luogo i relatori di tale iniziativa legislativa.

Il senatore **CALABRO'**(*PdL*), nel concordare con il senatore Cosentino, riterrebbe utile individuare solo poche e limitate tematiche che dovrebbero poi trovare una formulazione legislativa, quali modifiche al disegno di legge n. 2935. Non ritiene invece proficuo attardarsi nella presentazione di ordini del giorno riferiti al decreto-legge in titolo.

La senatrice **CARLINO**(*IdV*), a nome dei senatori del Gruppo dell'Italia dei Valori, tiene a precisare che non ritirerà gli emendamenti e gli ordini del giorno presentati.

La senatrice **PORETTI** (*PD*) ritiene a questo punto del tutto ragionevole la proposta avanzata in apertura di seduta dal senatore Gustavino.

Anche la senatrice **BAIO** (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*) reputa corretta la proposta del senatore Gustavino, fermo restando che il proprio Gruppo è disponibile a ritirare i propri emendamenti, dal momento che non ha senso lasciare soltanto delle "bandierine".

La senatrice **BASSOLI**(*PD*), nel reputare che comunque vada rispettato il punto di vista manifestato dal Gruppo dell'Italia dei Valori, ritiene ragionevole la proposta di mediazione avanzata dal senatore Gustavino.

Il senatore **RIZZI** (*LNP*) si dichiara disposto ad una rapida illustrazione delle proposte emendative

presentate dalla propria parte politica, le quali potrebbero essere poi successivamente ritirate.

La senatrice **BIONDELLI** (PD) si chiede come la Commissione bilancio potrà esprimersi in senso sfavorevole rispetto a taluni emendamenti che ha presentato in ordine alla diminuzione delle retribuzione dei direttori sanitari.

Il **PRESIDENTE**, nel riassumere i termini del dibattito di natura incidentale che si è sviluppato, osserva che la Commissione debba pronunciarsi su due possibili ipotesi di lavoro: la prima, proposta dal senatore Gustavino, prospetta che la Commissione proceda all'illustrazione degli emendamenti solo dopo l'espressione, tra gli altri, del parere della Commissione bilancio; la seconda ipotesi di lavoro, resta quella di procedere da subito alla illustrazione di tutti gli emendamenti, rispetto ai quali i singoli presentatori manifesteranno l'intenzione di ritirarli o meno.

Previa verifica del prescritto numero legale, la Commissione approva, a maggioranza, la proposta avanzata dal senatore Gustavino.

Il **PRESIDENTE** avverte quindi che la Commissione tornerà a essere convocata in relazione al decreto-legge in titolo, per procedere all'illustrazione degli emendamenti, non appena sarà trasmesso il parere da parte delle Commissioni richieste, con particolare riguardo a quello della Commissione bilancio.

Avverte quindi che in relazione al possibile trasferimento in sede deliberante del disegno di legge n. **2935**, qualora opportunamente modificato anche al fine di includere quelle proposte emendative ritenute maggiormente meritevoli con riferimento al decreto-legge citato, cinque Gruppi hanno manifestato la loro positiva disponibilità.

Si riserva di acquisire la posizione dei Gruppi che finora non si sono espressi, entro la giornata di martedì prossimo, quando sarà convocato un Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi.

Il ministro **BALDUZZI**, in relazione a quanto da ultimo ricordato dal Presidente, comunica di aver svolto un preliminare lavoro di natura informale volto a perimetrare il disegno di legge n. **2935**, con l'indicazione di alcuni argomenti che potrebbero trovare spazio come la disciplina delle professioni sanitarie e le questioni che, in merito al decreto-legge n. 158 del 2012, sono state segnalate come maggiormente rilevanti dai commissari. Precisa inoltre che ritiene che vada mantenuta comunque l'ossatura del disegno di legge n. **2935**, fermo restando che ogni ulteriore ipotesi di modifica potrà essere valutata nel corso della discussione parlamentare che auspica sia la più aperta e costruttiva.

Il senatore **CALABRO'** (Pdl) chiede al Ministro se nella ripermetrazione del disegno di legge n. **2935** siano contemplate quelle tematiche che presumibilmente non sarà possibile affrontare nel prosieguo dell'*iter* del disegno di legge n. **3534**, cioè la disciplina della dirigenza del Ministero della salute, la gestione del personale, le questione del rischio clinico e del parto indolore.

La senatrice **BASSOLI** (PD) ringrazia il Ministro della salute, riservandosi di valutare insieme al Gruppo le linee di modifica al disegno di legge n. **2935** che sono state anticipate.

Il ministro **BALDUZZI** osserva che la cosiddetta ripermetrazione del disegno di legge n. **2935** costituisce soltanto uno schema di lavoro iniziale che ovviamente potrà essere integrato, anche tenendo conto del lavoro egregio condotto dalla Commissione che egli ha seguito con grande attenzione. Conferma l'interesse a valutare anche ulteriori argomenti che i Gruppi intenderanno segnalare come di particolare rilievo.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

SUL DIVIETO DI UTILIZZO DI ALCUNI VACCINI ANTINFLUENZALI

Il senatore **GRAMAZIO** (Pdl) chiede chiarimenti al Ministro Balduzzi in merito al divieto di alcuni vaccini antinfluenzali.

Il ministro BALDUZZI fa presente che l'azienda Novartis ha segnalato alcune anomalie presenti in quattro lotti di vaccini antinfluenzali; successivamente l'AIFA, nel richiedere alla stessa azienda la documentazione necessaria, ha effettuato una serie di verifiche da cui è emerso che la Novartis già dal mese di luglio era a conoscenza di tali anomalie. Pertanto, ha ritenuto di disporre il divieto di vendita di tali lotti di vaccini antinfluenzali, rispetto ai quali si è riscontrata la formazione di un particolato, non facilmente individuabile attraverso i controlli. Per quanto gli effetti collaterali sembrerebbero modesti, per scopo precauzionale ha valutato di disporre il divieto di impiego di tali vaccini antinfluenzali, rispetto ai quali occorrerà poi valutare la loro concreta efficacia.

Il **PRESIDENTE** ringrazia il Ministro per le informazioni che ha riferito alla Commissione.

La seduta termina alle ore 9,25.

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. 3534

(al testo del decreto-legge)

G/3534/1/12

BUGNANO, BELISARIO

La Commissione 12a del Senato,

in sede di esame del disegno di legge AS 3534 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;

premesso che:

la disposizione prevista dal comma 11 dell'articolo 7 del decreto-legge in esame, prevede obblighi relativi alla certificazione medica da produrre e ad idonei controlli da effettuare al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale;

è il Ministro della salute, con un proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, a disporre le relative garanzie sanitarie mediante l'obbligo di una idonea certificazione medica e le linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti;

l'obbligo della certificazione medica per l'attività sportiva non agonistica è già in vigore dal lontano 1983. Infatti il decreto ministeriale 28 febbraio 1983 «Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica» prevede che per praticare una attività sportiva non agonistica è necessaria una visita medica con periodicità annuale intesa ad accertare lo stato di buona salute del cittadino interessato e il rilascio di un certificato di idoneità sportiva non agonistica (cosiddetto certificato di buona salute) per i seguenti soggetti: praticanti attività sportive qualificate non agonistiche dalle Federazioni sportive nazionali, dagli Enti di propaganda sportiva riconosciuti, dal CONI e per i partecipanti alle attività scolastiche ed alle fasi precedenti quelle nazionali dei Giochi della gioventù;

il rilascio di tali certificati, ma anche quelli per attività sportive non agonistiche non incluse nella lista indicata dal citato decreto, sono solitamente a pagamento perché esclusi dai LEA (Livelli essenziali di assistenza);

il certificato è gratuito solo nel caso che venga richiesto per attività sportiva scolastica o Giochi della gioventù, mentre negli altri casi, viene rilasciato dietro pagamento;

la pratica di un'attività sportiva non agonistica esercitata in modo regolare e moderato aiuta a controllare il sovrappeso, migliora la pressione arteriosa, riduce il tasso di colesterolo ematico, previene e controlla il diabete, riduce lo stress, riduce la dipendenza dal tabagismo, è un'attività socializzante con effetti benefici sulla qualità della vita di tutti noi e solo eccezionalmente vi è motivo di controindicazione assoluta e per questi motivi deve essere incentivata;

per le considerazioni su espresse ci sembra utile e opportuno che il Governo, in occasione del decreto applicativo da adottare summenzionato, riveda la prassi che fin ad ora ha disciplinato il rilascio dei certificati medici a pagamento per le attività sportive non agonistiche;

i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono le figure mediche che meglio conoscono le condizioni di salute, l'anamnesi e le eventuali controindicazioni alla pratica non agonistica di determinate attività sportive dei loro assistiti;

rientra nei doveri di un buon medico che conosce il proprio assistito avere cura di tutti gli aspetti, anche preventivi, per mantenere un buono stato di salute;

il pagamento dei certificati medici ha spesso disincentivato il desiderio di tanti cittadini di

praticare attività sportive non agonistiche;

lo sport è un diritto di tutti i cittadini ed è un dovere dello Stato promuoverlo, impegna il Governo:

a valutare l'opportunità, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, di favorire, per quanto di sua competenza, il rilascio gratuito da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta dei certificati medici necessari per praticare una attività non agonistica o amatoriale.

G/3534/2/12

BUGNANO, BELISARIO, CARLINO

La Commissione 12a del Senato,

in sede di esame del disegno di legge AS 3534 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;

premesso che:

soltanto nel 1992, dopo molti decenni di attività di sensibilizzazione, è stata approvata la legge 27 marzo 1992, n. 257 recante «Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto», che prevede essenzialmente: il divieto di estrazione, lavorazione e commercializzazione dell'amianto; la bonifica degli edifici, delle fabbriche e del territorio; misure per la tutela sanitaria e previdenziale dei lavoratori ex esposti all'amianto; misure per il risarcimento degli stessi e per il riconoscimento della qualifica di malattia professionale e del danno biologico;

dal 1992 ad oggi, la predetta legge è stata soltanto parzialmente attuata, in particolare per ciò che concerne la mappatura della presenza di amianto e la relativa bonifica nonché per quanto concerne l'individuazione dei siti di discarica o le modalità di trattamento del materiale rimosso;

di fatto in tutta Italia si continua a rinvenire amianto in manufatti ancora in opera, soprattutto in grandi impianti a servizio di processi produttivi, navi e traghetti, oltre che negli ambienti di vita pubblica (scuole, ospedali e altri edifici aperti al pubblico);

materiale contenente amianto è presente anche negli edifici privati e, dunque, si rende necessario incentivarne la bonifica;

tale situazione acclarata rappresenta l'evidenza che sia la popolazione lavorativa sia la popolazione generale continua ad essere esposta ad una fonte di grave rischio per la salute;

la concretizzazione del rischio di esposizione ad amianto comporta nelle persone esposte l'insorgere delle cosiddette patologie asbesto-correlate che si manifestano sotto forma di mesotelioma, tumore al polmone, alla laringe, all'ovaio, e altro, come tra l'altro accertato dalla sentenza del 13 febbraio 2012 emessa dal tribunale di Torino con la quale sono stati condannati i massimi vertici della multinazionale elvetica Eternit;

la vastità del fenomeno è testimoniata dai dati derivanti dalla perimetrazione dei siti di interesse nazionale, che ne individuano 57 su tutto il territorio nazionale, con il coinvolgimento di oltre 300 comuni;

secondo stime del registro nazionale dei mesoteliomi sono circa 3.000 ogni anno le persone che nel nostro Paese perdono la vita in seguito a patologie asbesto correlate (con un tasso di incidenza di mesotelioma pleurico che per il 2004 risulta essere di 3,49 casi per 100.000 abitanti per gli uomini e di 1,25 per le donne), e circa il 30% dei casi sono attribuibili ad esposizione non professionale;

tali dati già di per sé estremamente allarmanti non tengono conto delle cosiddette «vittime attese», poiché, visti, i tempi lunghi di incubazione, si presume che il picco della mortalità per le patologie correlate all'amianto si raggiungerà intorno al 2020;

tale dato epidemiologico è di estrema gravità ed impone che si dia corso al più presto al processo nazionale e complessivo di «fuoriuscita dall'amianto» sia per la popolazione lavorativa che per la popolazione generale;

fra i Comuni riconosciuti Siti di Interesse Nazionale è radicato il Comune di Broni (Pavia) nel quale fin dal lontano 1932 ha operato 1 Cementifera Italiana Fibronit, società impegnata nella lavorazione dell'amianto ininterrottamente dal 1932 fino al 1993 anno di cessazione della produzione imposta dalla legge n. 257 del 1992. Nella fabbrica in oggetto hanno prestato la loro opera circa 3800 lavoratori dipendenti. Nell'area in oggetto si è proceduto ad una prima fase ai lavori di bonifica del primo lotto,

ricerche mediche condotte dalla ASL di Pavia hanno dimostrato come i casi di mortalità tra residenti a Broni per tumore della pleura variano da un minimo di tre ad un massimo di 9 all'anno e che su un campione esaminato di 196 ex lavoratori, per 70 di loro (più del 33%) sono state stilate diagnosi di Probabile Malattia Professionale. Le stesse ricerche puntualizzano che in considerazione del tasso di mortalità della provincia di Pavia sono più elevati rispetto agli stessi casi registrati nelle altre province lombarde e d'Italia. Inoltre i valori del territorio dell'Oltrepò sono significativamente più elevati di quelli registrati in altre province ed emerge in modo marcato l'incidenza sui valori complessivi del contributo

apportato in termini percentuali dai valori riferiti al solo Comune di Broni;

impegna il Governo:

a proseguire e completare l'opera di bonifica ambientale dell'area dell'ex cementifera Fibronit S.P.A. situata nel comune di Broni (Pavia);

a favorire e sostenere la bonifica degli edifici pubblici con presenza di amianto situati nel Comune con precedenza agli edifici scolastici;

a riordinare e rafforzare le misure di incentivazione – attraverso sgravi fiscali – della bonifica di manufatti di amianto presenti in proprietà private;

a definire d'intesa con la Regione Lombardia le modalità di sorveglianza sanitaria della popolazione generale soggiornante nelle aree di crisi e della popolazione degli esposti ed ex esposti lavorativi nonché il percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

G/3534/3/12

BUGNANO, BELISARIO, CARLINO

La Commissione 12a del Senato,

in sede di esame del disegno di legge AS 3534 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;

premessi che:

l'articolo 5 del disegno di legge in esame reca disposizioni in materia di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

l'analgia epidurale è la tecnica più sicura ed efficace per controllare il dolore del travaglio e del parto. Essa determina in pochi minuti la scomparsa del dolore, lasciando inalterate tutte le altre sensibilità compresa l'elutazione delle contrazioni uterine che continuano ad essere percepite in modo non doloroso. "Il parto avviene con la piena partecipazione della futura madre;

l'analgia epidurale viene eseguita da un medico anestesista esperto in questa tecnica e, sebbene richiesta di solito dalla partorienti durante o all'inizio del travaglio, essa può essere eseguita solo dopo una valutazione delle condizioni ostetriche da parte del ginecologo;

se correttamente eseguita l'analgia epidurale è una tecnica sicura e non ha effetti collaterali. In piena coscienza e libera dal dolore, la donna può affrontare gli sforzi espulsivi del parto nelle condizioni migliori e vivere pienamente una delle esperienze più significative della propria vita. Il benessere materno si trasmette al nascituro poiché l'epidurale riduce significativamente la morbilità e la mortalità neonatale;

considerato che:

il parto in analgesia peridurale è garantito 24 ore su 24 e gratuitamente solo nel 16% delle strutture ospedaliere italiane;

già nel 2001, quando solo il 3,7% delle donne in Italia poteva partorire in analgesia, il Comitato Nazionale di Bioetica sosteneva che «il diritto della partorienti di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza»;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008, aveva previsto l'inserimento nei LEA dell'epidurale per il controllo –del dolore nel travaglio e nel parto naturale; i Governi successivi non hanno mai stanziato le risorse sufficienti per garantire il parto indolore nelle strutture pubbliche e convenzionate, che di fatto oggi negano nella maggior parte casi tale opportunità,

impegna il Governo

ad individuare gli strumenti per garantire, nell'ambito del percorso di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, previsti dall'articolo 5 del presente disegno di legge, l'analgia epidurale per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto naturale, su tutto il territorio nazionale, nelle strutture pubbliche e convenzionate.

Art. 1

1.1

BELISARIO

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: «Le regioni», aggiungere le seguenti: «attivato il confronto con gli enti locali nelle sedi e con le procedure previste nei rispettivi ordinamenti.».

1.2

RIZZI, ADERENTI

Al comma 1, primo periodo, le seguenti parole: «, denominate unità complesse di cure primarie,», sono soppresse.

1.3

RIZZI, ADERENTI

Al comma 1, secondo periodo, le seguenti parole: «disciplinano le unità complesse di cure primarie,», sono soppresse; sostituire quindi la parola: «privilegiando», con la seguente: «privilegiano».

1.4

RIZZI, ADERENTI

Al comma 2, le seguenti parole: «e le unità complesse di cure primarie», sono soppresse.

1.5

COSENTINO, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole: «personale dipendente del Servizio sanitario nazionale,», inserire la seguente: «anche».

1.6

DE LILLO

Al comma 2, inserire in fine, il seguente periodo: «Le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie avvalendosi anche di forme aggregative che contemplino il coinvolgimento delle strutture ambulatoriali private accreditate presenti sul territorio».

1.7

PEDICA, BELISARIO

Dopo il comma 3, aggiungere i seguenti:

«3-bis. Dal 1º gennaio 2013 gli importi ricevuti dai medici borsisti di medicina generale per i corsi di formazione in medicina generale, sono esenti dalle trattenute Irpef e Irap e della quota "b" dell'Enpam.

3-ter. Ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione di cui al precedente comma 3-bis, il Ministero dell'economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, con proprio decreto dirigenziale, adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, provvede ad incrementare la misura del prelievo erariale unico in materia di giochi pubblici al fine di assicurare corrispondenti maggiori entrate».

1.8

PEDICA, BELISARIO

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

«3-bis. Ai medici iscritti al corso di formazione in Medicina Generale, è consentita l'apertura di partita IVA per gli adempimenti fiscali correlati alle attività professionali compatibili con lo svolgimento del corso, e attribuire una priorità ai suddetti medici negli incarichi di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nonché nelle sostituzioni per la guardia medica notturna, festiva e guardia medica turistica».

1.9

PORETTI

Dopo il comma 3 inserire il seguente:

«3-bis. Al fine di potenziare il riordino dell'assistenza territoriale di cui ai commi precedenti, le regioni destinano risorse derivanti dalla diminuzione della loro spesa ospedaliera nella misura di 2 punti della percentuale, rispetto al totale della spesa sanitaria regionale, di spesa ospedaliera per tre anni a partire dall'anno 2013».

1.10

TOFANI

Al comma 4, lettera b), sostituire il capoverso «b-bis)», con il seguente:

«b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali con impegno orario H12, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, con un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, anche tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori».

1.11**BELISARIO, CARLINO**

*Al comma 4, lettera b), capoverso lettera «b-bis)», sostituire le parole da: «nonché un'offerta integrata» fino alla fine del capoverso con le seguenti: «distinta in assistenza pediatrica 0-16 anni e in assistenza per gli adulti dal 17° anno in poi, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, distinta nelle fasce suindicate e adottando forme organizzative monoprofessionali fra medici di medicina generale e forme organizzative monoprofessionali fra pediatri di libera scelta, denominate "aggregazioni funzionali territoriali" e "aggregazioni funzionali territoriali pediatriche" che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi professionali, denominate "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria nella fascia d'età dal 17° anno in poi e forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure pediatriche", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e "integrazione dei pediatri di libera scelta e del sociale a rilevanza sanitaria nella fascia d'età 0-16° anno"».*

1.12**TOFANI**

Al comma 4, lettera b), capoverso «b-bis)», dopo le parole: «dei pediatri di libera scelta», inserire le seguenti: «con impegno orario H 12,».

1.13**BELISARIO**

Al comma 4, lettera b), capoverso «b-bis)», dopo la parola: «adottando» aggiungere le seguenti: «su base volontaria».

1.14**RIZZI, ADERENTI**

Al comma 4, lettera b), capoverso «b-bis)», le seguenti parole: «, denominate: unità complesse di cure primarie,» sono soppresse.

1.15**BELISARIO**

Al comma 4, lettera b), capoverso «b-ter)», sostituire le parole: «a budget» con le seguenti: «specifico legato alla popolazione, alle condizioni oro-geografiche e alle condizioni sociali locali».

1.16**BELISARIO**

Al comma 4, lettera b), capoverso «b-septies)», sostituire dalle parole da: «definiscano standard» fino alla fine della lettera, con le seguenti: «assicurino l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza in base alla programmazione regionale».

1.17**BELISARIO**

Al comma 4, sostituire la lettera c), con la seguente:

c) la lettera e) è sostituita dalla seguente:

«e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale dei medici di assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, nonché dei pediatri di libera scelta, inseriti nelle aggregazioni di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, utilizzando prioritariamente le forme associative esistenti di rete e di gruppo, già normate a livello nazionale e regionale, opportunamente potenziate nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio;».

1.18**BELISARIO**

Al comma 4, lettera f), sostituire il capoverso «h)», con il seguente:

«h) prevedere l'accesso alla medicina convenzionata, a tempo pieno ed a tempo indeterminato, fatte salve le sostituzioni temporanee. Il rapporto ottimale coincide con il massimale di assistiti e con un incarico orario di trentotto ore settimanali. Il numero di assistiti, per consentire l'impegno integrato nei centri territoriali a tutti i medici, deve progressivamente arrivare a mille. La relativa voce retributiva del medico viene interamente compensata, con riferimento agli attuali millecinquecento assistiti, attraverso le attività territoriali. Si accede tramite graduatoria unica per ogni area convenzionata predisposta annualmente a livello regionale, rispettivamente per le professioni di medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e specialista ambulatoriale, sulla base dei posti resisi vacanti. L'attività oraria viene svolta, di norma, nei centri territoriali secondo l'organizzazione distrettuale finalizzata a garantire l'assistenza nelle ventiquattro ore. Gli ambiti territoriali di scelta del medico di assistenza primaria e del pediatra di libera scelta tendenzialmente coincidono con l'ambito territoriale di riferimento del centro. Il ruolo è unico per tutti i professionisti convenzionati. Il servizio di guardia medica è assorbito dalla attività dei centri territoriali aperti ventiquattro ore su ventiquattro».

1.19**GUSTAVINO, FOSSON, GALIOTO**

Al comma 4, lettera f), capoverso «h)», dopo le parole: «conseguimento dell'attestato o del diploma» aggiungere il seguente periodo: «All'atto di iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il medico stipula un specifico contratto annuale di formazione in medicina generale finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di medico di medicina generale, mediante la frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche di cui al comma 2 dell'articolo 24 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Lo schema-tipo del contratto è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Il contratto è annuale ed è rinnovabile, di anno in anno, per un periodo di tempo complessivamente uguale a quello della durata del corso di formazione specifica in medicina generale ed è stipulato con le regioni o le province autonome nel cui territorio hanno sede le aziende sanitarie le cui strutture sono parte prevalente della rete formativa dei corsi di formazione. Al medico in formazione, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto mensilmente dalle regioni un trattamento economico annuo onnicomprensivo».

1.20**TOFANI**

Al comma 6, al primo periodo, sostituire le parole da: «e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25» fino alla fine del periodo con le seguenti: «per i compiti e le funzioni da questi attualmente disciplinati e nel rispetto nell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate. Per le funzioni integrative relative ai nuovi compiti derivanti dall'applicazione del presente articolo le regioni provvedono alla riallocazione delle risorse attualmente impegnate».

1.21**GUSTAVINO, FOSSON, GALIOTO**

Dopo il comma 7, aggiungere il seguente:

«7-bis). Le Regioni, anche quelle sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario, non sono soggette ad alcun tipo di limitazioni in ordine al rilascio di autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che non erogano servizi in regime ospedaliero, ambulatoriale o residenziale per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, purché in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla disciplina vigente».

1.22

BELISARIO

Al comma 8, primo periodo, dopo le parole: «le regioni possono attuare», aggiungere le seguenti: «con il consenso dell'interessato».

1.23

BELISARIO

Al comma 8, primo periodo, dopo le parole: «dipendente dalle aziende sanitarie», aggiungere le seguenti: «di ruolo e non di ruolo, della medesima qualifica e disciplina».

1.24

GRAMAZIO

Dopo il comma 8, aggiungere il seguente:

«9. Le Regioni, per cinque anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, al fine di accrescere l'efficienza organizzativa, possono inquadrare nel ruolo della dirigenza medica i medici convenzionati operanti alla predetta data nei servizi di emergenza, fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e previa verifica di professionalità, a condizione i non procedere 91 convenzionamento di ulteriori medici nel medesimo periodo. I predetti professionisti qualora siano sprovvisti del titolo di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, possano svolgere attività professionale se in possesso di un titolo di specializzazione in disciplina equipollente o affine ovvero, limitatamente ai primi due anni di attivazione, di un master in emergenza-urgenza, istituito secondo criteri individuati con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute. Ai medici transitati nei ruoli della dirigenza medica ai sensi della normativa richiamata, è riconosciuta la qualifica di dirigente medico nella disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e l'anzianità di servizio ai sensi e nel rispetto del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001».

1.25

DE LILLO

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

«9. All'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, dopo il comma 3 è inserito il seguente:

"3-bis. La verifica di compatibilità prevista dal comma 3 non è richiesta per i poliambulatori e gli studi medici ad attività specialistica, di diagnostica e di chirurgia ambulatoriale, che chiedono di poter operare in regime privato, senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni provvedono all'attuazione di quanto disposto dal presente comma"».

1.0.1

GRAMAZIO

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

«Art. 1-bis.

1. Il comma 3 dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie che intendono operare nel S.S.N. in regime di accreditamento, il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e 398, concessioni di cui all'articolo 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 493, e successive convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno

complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. La verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno non è richiesta per le strutture che chiedono di poter operare in regime privato senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni provvedono all'attuazione del presente comma"».

1.0.2

[PORETTI, PERDUCA](#)

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

«Art. 1-bis.

1. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della Salute emana il nuovo Nomenclatore, già previsto dal decreto ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999.

2. La mancata emanazione, nei termini previsti, di cui al precedente comma comporta la decadenza del Ministro della Salute e Il Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio, nomina il nuovo Ministro della Salute».

Art. 2

2.1

[CALABRÒ, D'AMBROSIO LETTIERI, SACCOMANNO, DE LILLO, RIZZOTTI, BIANCONI](#)

Al comma 1, lettera b), primo periodo, dopo le parole: «attività libero professionali», aggiungere le seguenti: «relative a prestazioni incluse o meno nei Lea».

2.2

[CALABRÒ, D'AMBROSIO LETTIERI, SACCOMANNO, DE LILLO, RIZZOTTI, GRAMAZIO, BIANCONI](#)

Al comma 1, lettera b), secondo periodo, dopo le parole: «strutture sanitarie autorizzate non accreditate», inserire le seguenti: «l'appalto di servizi alle medesime,».

2.3

[BIANCONI](#)

Al comma 1, lettera b), secondo periodo, dopo le parole: «convenzione con altri soggetti pubblici», aggiungere le seguenti: «e privati non accreditati».

2.4

[RIZZI, ADERENTI](#)

Al comma 1, lettera b), gli ultimi tre periodi, da: «Le regioni e le province autonome» fino a: «rispetto delle seguenti modalità;» sono soppressi.

2.5

I RELATORI

Al comma 1, lettera c), capoverso «a-bis)», sostituire le parole: «in voce o in dati» con le seguenti: «in voce e in dati».

2.6

[COSENTINO, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, GRANAIOLO, IGNAZIO MARINO, PORETTI](#)

Al comma 1, lettera c), capoverso «a-bis)», sostituire le parole: «in voce o in dati» con le seguenti: «in voce e in dati».

2.7

[BELISARIO](#)

Al comma 1, lettera e), sostituire il capoverso «c)», con il seguente:

c) definizione, di un tariffario che preveda, per ogni prestazione, un importo minimo ed un importo massimo. L'importo minimo, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione

integrativa aziendale, è determinato con criteri idonei a remunerare il compenso minimo comprensivo dell'onorario fissato dal libero professionista a cui vanno aggiunti i compensi dell'equipe, del personale di supporto, nonché i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, in modo da assicurare la copertura dei costi sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari. L'importo minimo deve prevedere, altresì, che, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, un importo fino ad un massimo del 2 per cento del compenso del libero professionista sia trattenuto dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolato ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c) dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. L'entità percentuale di tale quota sarà definita al livello regionale con le Organizzazioni Sindacali di categoria interessate firmatarie del CCNL vigente. Il fondo così costituito deve essere integralmente speso entro il 31 dicembre dell'anno successivo con modalità definite nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale. L'importo massimo, da definire con i professionisti, è determinato in relazione alla fissazione di un tetto massimo entro il quale può essere determinato il compenso del professionista. Nelle Regioni nelle quali le tariffe libero professionali sono già gravate di oneri aggiuntivi extracontrattuali la maggiorazione di cui al presente comma si applica solo per la percentuale residua a raggiungere il 2 per cento, e non si applica qualora l'onere in vigore sia pari o superiore al 2 per cento. Le Aziende deducono i costi sostenuti dal professionista di cui alle lettere a-ter) e d) e documentati dalla rendicontazione ai fini fiscali del reddito derivante dall'attività libero-professionale intramoenia.

2.8

BELISARIO

Al comma 1, lettera e), capoverso «c)», sopprimere le parole: Nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

2.9

BELISARIO

Al comma 1, lettera e), capoverso «c)», sostituire le parole da: «per essere vincolata» *fino alla fine della lettera, con le seguenti:* «come contributo a un fondo regionale di assicurazione per la copertura degli indennizzi connessi al rischio clinico».

2.10

BELISARIO

Al comma 1, lettera e), capoverso «c)», sostituire le parole: «di prevenzione ovvero volti» *con le seguenti:* «volti a retribuire, secondo le modalità previste dai contratti collettivi di lavoro, programmi finalizzati».

2.11

BELISARIO

Al comma 1, lettera e), capoverso «c)», aggiungere, in fine, le seguenti parole: «Il fondo così costituito deve essere integralmente speso entro il 31 dicembre dell'anno successivo con modalità definite nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale. L'importo di cui al presente comma non è attivato nelle Regioni che abbiano già previsto analoghe modalità di prelievo».

2.12

GRAMAZIO

Al comma 1, sopprimere l'intera lettera f).

2.13

DE LILLO

Al comma 1, sopprimere la lettera f).

2.14

GUSTAVINO, FOSSON, GALIOTO

Al comma 1, lettera f) sopprimere il capoverso f).

2.15

BELISARIO

Al comma 1, lettera f), capoverso «f)», sopprimere le parole da: «deroga concedibile» fino a: «a condizione».

2.16

BELISARIO

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono la digitalizzazione delle prestazioni sanitarie espletate nell'ambito dell'esercizio dell'attività libero professionale».

Art. 3

3.1

RIZZI, BOLDI, ADERENTI

L'articolo 3 e l'articolo 3-bis sono interamente sostituiti dal seguente:

«Art. 3. – (Norme inerenti la Responsabilità Professionale e le Assicurazioni). – 1. La responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura sanitaria pubblica, privata accreditata e privata, è sempre a carico della struttura stessa. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi incluse le attività ambulatoriali e diagnostiche e le attività *intramoenia*. Fanno eccezione quelle escluse totalmente dai livelli essenziali di assistenza di cui allegato 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002 e successive modificazioni o integrazioni. La responsabilità riguarda inoltre tutte le prestazioni fornite dalle strutture sanitarie private. La struttura sanitaria avvia azione disciplinare contro i dipendenti responsabili del danno qualora il fatto sia stato commesso con dolo o in caso di colpa grave per imperizia e negligenza con sentenza passata in giudicato.

In caso di dolo riconosciuto con sentenza passata in giudicato, qualora abbia risarcito il danno, la struttura sanitaria avvia azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili nei modi e nei limiti previsti dagli specifici commi. Analoga azione disciplinare e di rivalsa può essere avviata in caso di colpa grave indotta da assunzione di alcool e sostanze stupefacenti, accertata da sentenza passata in giudicato. L'ammontare, fissato in modo equitativo, è recuperato attraverso trattenute sullo stipendio, nella misura massima del quinto, per un periodo comunque non superiore a cinque anni.

2. I trattamenti medico-chirurgici adeguati alle finalità terapeutiche ed eseguiti secondo le regole dell'arte e nel rispetto della normativa vigente in materia, da un esercente una professione medico-chirurgica o da altra persona legalmente autorizzata allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare o alleviare una malattia del corpo o della mente, non si considerano offese all'integrità fisica.

3. È fatto obbligo a ciascuna struttura sanitaria che eroga prestazioni sanitarie di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a vantaggio dei propri dipendenti e collaboratori, del personale tutto, a qualunque titolo operante, e di qualsiasi soggetto che si sottoponga a prestazioni sanitarie o si trovi, a qualunque titolo, a frequentare quegli ambiti. Il massimale minimo per le garanzie è fissato con cadenza biennale, previa intesa da stipularsi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare entro dodici mesi dalla stipula dell'intesa di cui sopra, linee guida per l'applicazione dell'obbligo di stipula di polizza assicurativa RCT-RCO per le aziende, le strutture e gli enti, stabilendo i criteri per la determinazione dei limiti massimali, con riferimento alla tipologia della struttura sanitaria. La stipula e la vigenza della polizza assicurativa è condizione per l'accreditamento o la convenzione di enti o strutture private e per il finanziamento dell'attività di istituto per le aziende sanitarie del SSN. L'assicuratore non può opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio; in tale ipotesi, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1901 del codice civile. La Compagnia Assicurativa

ha l'obbligo del rinnovo della polizza ed il premio, anche in caso di pregressa sinistrosità, non può in alcun modo superare il 5% del premio dell'anno precedente. Per effetto del ricorso a prestazioni sanitarie presso strutture sanitarie, si instaura tra il soggetto richiedente e la struttura sanitaria erogante un rapporto di carattere contrattuale. Oggetto della garanzia assicurativa è il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato al terzo per fatto comunque riconducibile alla responsabilità delle strutture sanitarie. La garanzia assicurativa ricomprende altresì il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato, all'ente territoriale di riferimento, alla struttura sanitaria privata, limitatamente al rapporto di accreditamento o convenzione, per fatto colposo del dipendente che determini un pregiudizio di natura patrimoniale. La garanzia assicurativa RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgano attività lavorativa presso le strutture sanitarie e per i quali sia prevista l'obbligatoria iscrizione all'assicurazione INAIL, a prescindere dal fatto che la stessa sia stata effettivamente svolta. Sono espressamente ricompresi nella medesima garanzia assicurativa i soggetti che, a titolo precario e senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento purché siano stati formalmente autorizzati dalle competenti Direzioni delle Aziende ed Istituzioni. La garanzia assicurativa RCT-RCO è obbligatoriamente estesa alla responsabilità personale del singolo operatore operante presso le strutture sanitarie. Ai fini della stipula della delle polizze assicurative, le strutture sanitarie, pubbliche e private, devono obbligatoriamente dimostrare di possedere la certificazione, da parte dei servizi di ingegneria clinica e fisica sanitaria, di corrispondenza normativa e manutentiva delle apparecchiature tecnologiche.

4. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione. La domanda di risarcimento, inviata tramite raccomandata con avviso di ricevimento, deve essere corredata da idonea documentazione medica. L'assicuratore, entro novanta giorni dalla data di ricevimento della domanda di risarcimento di cui al comma 2, sentita la struttura sanitaria coinvolta, comunica al danneggiato la misura della somma offerta, ovvero indica i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta; nello stesso periodo di tempo il danneggiato è tenuto ad acconsentire agli accertamenti, ai controlli e alle verifiche che si rendano necessari. In caso di postumi non ancora consolidati, la richiesta e l'offerta possono avere carattere provvisorio. L'offerta definitiva deve essere comunicata entro novanta giorni dalla data in cui il danneggiato informa la parte assicuratrice riguardo il consolidamento dei postumi. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli, l'assicuratore deve provvedere al pagamento entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell'accettazione, e si pone fine ad ogni ulteriore pretesa risarcitoria. Qualora la somma offerta sia inferiore a quella richiesta e il danneggiato non si dichiari soddisfatto del risarcimento, l'impresa deve comunque corrispondere i due terzi di tale somma entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell'accettazione. Tale somma verrà imputata nella liquidazione definitiva del danno.

5. Il danneggiato o gli aventi diritto al risarcimento che intendano proporre dinanzi al giudice civile la domanda di risarcimento, devono promuovere, a pena di improcedibilità, un tentativo di conciliazione tra le parti secondo le regole di cui alle successive disposizioni. Il danneggiato o gli aventi diritto al risarcimento devono inviare all'impresa di assicurazione una richiesta di risarcimento contenente:

- a) la indicazione del codice fiscale;
- b) la descrizione delle circostanze nelle quali si è verificato l'evento dannoso;
- c) l'indicazione dell'età, attività e reddito del danneggiato;
- d) l'attestazione medica dello stato di salute del danneggiato con indicazione delle lesioni riportate e la quantificazione del danno richiesto;
- e) l'attestazione medica di avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti, ovvero, lo stato di famiglia della vittima, in caso di avvenuto decesso.

Nel caso in cui la richiesta formulata dal danneggiato o dagli aventi diritto al risarcimento manchi di uno degli elementi di cui sopra, l'impresa di assicurazione, entro il termine di venti giorni dal ricevimento, indica al richiedente le necessarie integrazioni, invitandolo a effettuarle nel termine di trenta giorni. L'impresa di assicurazione, entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta di risarcimento completa dei requisiti prescritti, invia al danneggiato o agli aventi diritto una comunicazione con la quale formula una congrua offerta per il risarcimento ovvero indica in modo specifico i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta. Durante la pendenza del termine di cui al comma precedente, il danneggiato o gli aventi diritto non possono rifiutare gli accertamenti che si rendano necessari al fine di consentire all'impresa di assicurazione la valutazione dei danni lamentati. Se il danneggiato o gli aventi diritto al risarcimento, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, dichiarano di accettare la somma loro offerta, l'impresa di assicurazione provvede al pagamento entro trenta giorni dal ricevimento dell'accettazione; in caso contrario, il tentativo di conciliazione deve intendersi definitivamente fallito. Tutte le comunicazioni previste nel presente articolato devono farsi, a pena di nullità, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento. L'intervenuta conciliazione preclude la proposizione di querela o, se vi è stata, vale come remissione della querela. La mancata conciliazione conseguente alla condotta delle parti contraria a buona fede è valutata dal giudice, sia ai sensi dell'articolo 116 secondo comma del codice di procedura civile, sia ai fini della determinazione e

imputazione delle spese di lite, ai sensi dell'articolo 91 del codice di procedura civile.

6. Le Regioni e le Province autonome possono istituire un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le strutture sanitarie ubicate sul territorio regionale, sostitutivo delle polizze assicurative, attribuendo al fondo direttamente le risorse finanziarie necessarie. Le polizze assicurative in vigore cessano alla scadenza e comunque non oltre due anni dall'istituzione del fondo di garanzia. I contenuti minimi della garanzia per responsabilità civile, previsti dalle polizze assicurative e della gestione del fondo di garanzia, sono definiti con apposito accordo quadro regionale da stipulare con le organizzazioni sindacali del personale sanitario firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro sentite le Associazioni civiche di tutela del diritto alla salute. Le Regioni e le Province autonome possono istituire un fondo di solidarietà sociale per il risarcimento delle vittime da alea terapeutica (FAT). Il FAT si pone come garanzia nel caso di gravi sinistri da patologie a rischio indicate ogni biennio con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche-sociali, su indicazione delle società scientifiche interessate, secondo le tabelle di risarcimento del tribunale locale, per l'indennizzo ai pazienti per i danni sofferti non riconducibili a responsabilità professionale del personale sanitario o dell'azienda. Le Regioni e le Province Autonome, qualora appaia documentato un risparmio tra premi assicurativi versati ed indennizzi erogati, da tutte le strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate della regione o della Provincia Autonoma stessa, valutati nel triennio precedente, possono altresì costituire un proprio Fondo Assicurativo *ad hoc*, obbligatorio per le Strutture Sanitarie pubbliche e private convenzionate.

7. Il diritto al risarcimento dei danni da attività sanitaria, per i quali vige l'obbligo dell'assicurazione, si prescrive nel termine di cinque anni a decorrere dal momento della conoscenza del danno. Per conoscenza del danno si intende la consapevole presa di coscienza delle conseguenze dannose e in ogni caso del loro consolidamento, verificatesi nella sfera fisica o psichica del paziente. La prescrizione è sospesa:

a) per il tempo occorso ad ottenere informazioni e relativa documentazione in modo completo e dettagliato, ai sensi dell'articolo 13, anche oltre il termine ivi previsto;

b) per la durata della procedura conciliativa instaurata ai sensi dell'articolo 5.

8. Nei processi in materia di responsabilità medica il giudice si avvale di un collegio di periti composto da un medico chirurgo specializzato in medicina legale e da uno o più specialisti nelle specifiche materie oggetto dell'indagine giudiziaria, da scegliere tra gli iscritti in elenchi regionali appositamente forniti dalle singole società scientifico-professionali di appartenenza, da aggiornare almeno ogni cinque anni. Uno o più periti devono avere avuto esperienza in casi simili a quello oggetto dell'indagine giudiziaria.

9. Ciascuna struttura sanitaria individua, all'interno della propria organizzazione o con il ricorso a soggetti esterni specialisti della materia, una struttura, semplice o complessa e che afferisca comunque alla struttura di Direzione Sanitaria Aziendale ed il cui responsabile sia dipendente dell'Azienda Sanitaria di competenza, di gestione del rischio clinico che includa competenze di medicina legale, ingegneria clinica e fisica sanitaria, alla quale compete, salvo integrazioni da definirsi dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano e salvo il potere organizzativo delle singole aziende:

a) di definire le procedure di cui alla presente legge anche attraverso arbitrati;

b) di individuare, anche in contraddittorio con gli organi di prevenzione interni quali indicati dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, le situazioni e le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, indicando le soluzioni da adottare per il loro superamento;

c) di interagire con i soggetti coinvolti e con l'assicuratore ogniqualvolta si verifichi un fatto che importi l'attivazione della copertura assicurativa obbligatoria;

d) di costituire organo di consulenza in materia assicurativa, di analisi del rischio e di adozione di presidi o procedure per il suo superamento a vantaggio delle strutture sanitarie e di quanti, nel loro ambito, siano dotati di poteri decisionali;

e) di garantire l'uso sicuro ed efficiente dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, per le procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, la manutenzione preventiva e correttiva, le verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità secondo lo stato dell'arte.

10. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ciascuna regione provvede allo sviluppo di un prototipo di cartella clinica digitale multimediale che consenta la condivisione delle informazioni cliniche a più livelli tra ospedale e territorio, adottando allo scopo tecnologie innovative di sistema e di rete, nonché alla realizzazione di un sistema integrato per la gestione informatizzata delle tradizionali cartelle cliniche cartacee e la successiva loro archiviazione, al fine di renderne rapide ed efficienti la consultazione e la duplicazione.

11. Al fine di perseguire un più alto livello di tutela della salute e combattere l'abusivismo imperversante nelle professioni sanitarie, in attuazione a quanto previsto dalla legge 1º febbraio 2006, n. 43, sono istituiti gli Albi delle Professioni Sanitarie secondo i seguenti principi:

a) Gli Albi saranno ricompresi in tre Ordini:

1. Ordine della Professione Infermieristica (trasformazione del precedente Collegio

comprendente l'Albo degli Infermieri);

2. Ordine della Professione Ostetrica (trasformazione del precedente Collegio delle Ostetriche comprendente l'Albo nazionale Ostetriche);

3. Ordine delle Professioni Sanitarie Tecniche, Diagnostiche, della Riabilitazione e della Prevenzione (trasformazione del precedente Collegio dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica comprendente l'Albo dei TSRM e i relativi Albi delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione di cui alla legge n. 43 del 2006);

b) L'iscrizione all'Albo è obbligatoria ai fini dell'esercizio professionale per le suddette Professioni Sanitarie;

c) Gli Albi di cui alla lettera a) devono essere aggiornati annualmente al fine di garantire una qualità dei servizi alla Salute al Cittadino;

d) i Professionisti di cui agli Ordini ed Albi del presente comma, sono ricompresi tra le Figure Professionali afferenti alla responsabilità professionale ed alle modalità assicurative di cui al presente articolo».

3.2

I RELATORI

Sostituire il comma 1 con il seguente:

«L'esercente la professione sanitaria, che nello svolgimento della propria attività si attiene a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale e anche a linee guida formulate da società scientifiche, risponde, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave».

3.3

BELISARIO

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: «L'esercente la professione sanitaria», con le seguenti: «Il medico o il professionista sanitario».

Conseguentemente:

1) al comma 2, primo periodo, sostituire le parole: «agli esercenti le professioni sanitarie», con le seguenti: «ai medici o ai professionisti sanitari»;

2) al comma 2, lettera a), sostituire le parole: «agli esercenti le professioni sanitarie», con le seguenti: «ai medici o ai professionisti sanitari»;

3) al comma 3, sostituire le parole: «dell'esercente della professione sanitaria», con le seguenti: «del medico o del professionista sanitario»;

4) alla rubrica, sostituire le parole: «dell'esercente le professioni sanitarie» con le seguenti: «del medico o del professionista sanitario».

3.4

ANDRIA, BASSOLI, ARMATO, MARIAPIA GARAVAGLIA

Al comma 1, sostituire le parole da: «non risponde» sino alla fine del comma con le seguenti: «nazionale e internazionale, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave».

3.5

GERMONTANI

Al comma 1, sostituire le parole da: «non risponde» sino alla fine del comma con le seguenti: «nazionale e internazionale, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave».

3.6

BOSONE, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI, SACCOMANNO, D'AMBROSIO LETTIERI, BIANCONI, GRAMAZIO, DE LILLO, RIZZOTTI, CASTIGLIONE, CALABRÒ, VICECONTE, FOSSON

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. I trattamenti medico-chirurgici adeguati alle finalità terapeutiche ed eseguiti secondo le regole dell'arte da un esercente una professione medico-chirurgica o da altra persona legalmente autorizzata allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare o alleviare una malattia del corpo o della

mente, non si considerano offese all'integrità fisica».

3.7

BELISARIO

Al comma 2, dopo le parole: «collegi delle professioni sanitarie aggiungere le seguenti: «, le società scientifiche».

3.8

ANDRIA, BASSOLI, ARMATO, MARIAPIA GARAVAGLIA

Al comma 2, lettera c) sono apportate le seguenti modifiche:

a) sostituire la parola: «debbono» con la seguente: «possano»;

b) sostituire le parole da: «e subordinare» fino a: «definitiva» con le seguenti: «Resta comunque libera facoltà delle parti contraenti di inserire specifiche clausole nel contratto di assicurazione, esplicitamente accettate e sottoscritte da entrambe, volte a prevedere la rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso a seguito di una condotta colposa, anche se reiterata, reale o presunta».

3.9

GERMONTANI

Al comma 2, lettera c) sono apportate le seguenti modifiche:

a) sostituire la parola: «debbono» con la seguente: «possano»;

b) sostituire le parole da: «e subordinare» fino a: «definitiva» con le seguenti: «resta comunque libera facoltà delle parti contraenti di inserire specifiche clausole nel contratto di assicurazione, esplicitamente accettate e sottoscritte da entrambe, volte a prevedere la rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso a seguito di una condotta colposa, anche se reiterata, reale o presunta».

3.10

I RELATORI

Al comma 2, dopo la lettera c), inserire la seguente:

«c-bis) prevedere per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private la copertura assicurativa obbligatoria per la responsabilità civile per i danni subiti dai pazienti e cagionati dalla condotta colposa degli operatori sanitari attraverso un contributo definito in sede di contrattazione collettiva nazionale, tenuto conto che in caso di condotta dolosa o di colpa grave accertata con sentenza definitiva qualora abbia risarcito il danno, la struttura-sanitaria avvia azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili; prevedere altresì che il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute nelle predette strutture ha diritto di azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore,».

3.11

COSENTINO, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 2, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«c-bis) prevedere per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private la copertura assicurativa obbligatoria per la responsabilità civile per i danni subiti dai pazienti o attraverso polizza di assicurazione o tramite l'istituzione a livello regionale di un apposito fondo rischi per la gestione dei sinistri; prevedere altresì che il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute nelle predette strutture ha diritto di azione-diretta per il risarcimento del danno cagionato, nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione, fermo restando il diritto di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'operatore sanitario per il risarcimento dal danno cagionato da condotta dolosa o di colpa grave accertata con sentenza definitiva.».

3.12

GRAMAZIO

Al comma 2, dopo la lettera c) inserire la seguente:

«c-bis) prevedere per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private la copertura assicurativa obbligatoria per la responsabilità civile per i danni subiti dai pazienti e cagionati dalla condotta colposa degli operatori sanitari o da condotte colpose degli amministratori della struttura per carenze

organizzative o di presidi; prevedere altresì che il danneggiato, a seguito di prestazioni sanitarie ricevute nelle predette strutture, ha diritto di azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione».

3.13

[ANDRIA](#), [BASSOLI](#), [ARMATO](#), [MARIAPIA GARAVAGLIA](#)

Al comma 3, sopprimere la parola: «eventualmente».

3.14

[GERMONTANI](#)

Al comma 3, sopprimere la parola: «eventualmente».

3.15

[BELISARIO](#)

Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Il giudice può avvalersi di consulenti tecnici d'ufficio anche al di fuori degli albi di cui al comma 5 del presente articolo».

3.16

[ANDRIA](#), [BASSOLI](#), [ARMATO](#), [MARIAPIA GARAVAGLIA](#)

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

«3-bis. Fatto salvo l'equo e motivato apprezzamento del caso concreto da parte del giudice, qualora sia accertata la responsabilità civile della struttura sanitaria o dell'operatore e sia derivata la morte o l'invalidità permanente del paziente, non inferiore al cinquanta per cento, il danno non patrimoniale verrà riconosciuto unicamente a favore del coniuge o del convivente *more uxorio* e dei congiunti della vittima con primo e secondo grado di parentela, ad eccezione dei parenti in linea retta discendente di secondo grado e, ove non conviventi, dei parenti in linea retta ascendente di secondo grado».

3.17

[GERMONTANI](#)

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

«3-bis. Fatto salvo l'equo e motivato apprezzamento del caso concreto da parte del giudice, qualora sia accertata la responsabilità civile della struttura sanitaria o dell'operatore e sia derivata la morte o l'invalidità permanente del paziente, non inferiore al cinquanta per cento, il danno non patrimoniale verrà riconosciuto unicamente a favore del coniuge o del convivente *more uxorio* e dei congiunti della vittima con primo e secondo grado di parentela, ad eccezione dei parenti in linea retta discendente di secondo grado e, ove non conviventi, dei parenti in linea retta ascendente di secondo grado».

3.18

[BELISARIO](#)

Dopo il comma 4, aggiungere i seguenti:

4-bis. I premi pagati dal medico o dal professionista sanitario per i contratti di assicurazione di cui al presente articolo, sono interamente deducibili dal suo reddito complessivo.

4-ter. Ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione di cui al comma 4-bis, il Ministero dell'economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, con proprio decreto dirigenziale, adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, provvede ad incrementare la misura del prelievo erariale unico in materia di giochi pubblici al fine di assicurare corrispondenti maggiori entrate».

3.19

[BIANCONI](#)

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. All'entrata in vigore del presente decreto-legge, in attuazione a quanto previsto dalla legge

1º febbraio 2006, n. 43 sono istituiti gli Albi delle Professioni Sanitarie secondo i seguenti principi:

a) gli Albi saranno ricompresi in tre Ordini:

Ordine della Professione Infermieristica (trasformazione del precedente Collegio comprendente l'Albo degli Infermieri); Ordine della Professione Ostetrica (trasformazione del precedente Collegio delle Ostetriche comprendente l'Albo nazionale Ostetriche); Ordine delle Professioni Sanitarie Tecniche, Diagnostiche, della Riabilitazione e della Prevenzione (trasformazione del precedente Collegio dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica comprendente l'Albo dei TSRM e i relativi Albi delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione di cui alla legge n. 43 del 2006);

b) l'iscrizione all'Albo è obbligatoria ai fini dell'esercizio professionale per le suddette Professioni Sanitarie;

c) gli Albi di cui alla lettera a) devono essere aggiornati annualmente al fine di garantire una qualità dei servizi alla Salute del Cittadino».

3.20

DE LILLO

Dopo il comma 5, inserire i seguenti commi:

5-*bis*. Al fine di omogeneizzare e razionalizzare la normativa degli esercenti le professioni sanitarie, nel quadro delle responsabilità professionale nonché per contrastare l'abusivismo professionale e la conseguente evasione fiscale tutelando i cittadini che usufruiscono delle loro prestazioni professionali, sono istituiti con decreto del Ministero della Salute, da emanare entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, gli albi per le professioni sanitarie previste dagli articoli 2, 3 e 4 della legge 251/00, diverse dai tecnici sanitari di radiologia medica e dagli assistenti sanitari, ai quali possono iscriverne i laureati abilitati all'esercizio di tali professioni, nonché i possessori di titoli equipollenti o equivalenti al diploma universitario in virtù dell'articolo 4 della legge 42/99.

5-*ter*. Il Ministero della Salute è delegato ad inserire gli albi professionali di cui al comma 7, compreso quella di assistente sanitario, nei Collegi provinciali e nella relativa Federazione Nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica che assumono la denominazione rispettivamente di Ordini Provinciali e Federazione Nazionale degli Ordini delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nel rispetto degli indirizzi della presente legge e prevedendo l'autonoma gestione disciplinare per ciascun albo professionale, anche con la istituzione di specifiche commissione d'albo professionale, nonché la garanzia della rappresentanza di ciascuna professione negli organismi dirigenti ordinistici. Dall'entrata in vigore della presente legge i collegi delle professioni sanitarie vigilate dal Ministero della Salute e le relative Federazioni Nazionale dei Collegi assumono la denominazione di ordini e Federazioni Nazionali degli Ordini, in adeguamento all'evoluzione formativa ed ordinamentale di tali professioni sanitarie».

3.21

BIANCONI

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-*bis*. Tutti i professionisti dell'area sanitaria debbono essere iscritti ai rispettivi Albi di categoria per una adeguata gestione dell'aggiornamento e della valutazione dei professionisti dell'area sanitaria, così come richiesto alle rispettive associazioni di categoria, delle professioni sanitarie, ufficialmente rappresentate nel COGEAPS».

3.22

GRAMAZIO

Dopo il comma 6, inserire il seguente:

«6-*bis*. È fatto obbligo a ciascuna struttura che eroga prestazioni sanitarie di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a vantaggio dei propri dipendenti e collaboratori, del personale tutto, a qualunque titolo operante e di qualsiasi soggetto che si sottoponga a prestazioni sanitarie o si trovi, a qualunque titolo, frequentare quegli ambiti.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare entro dodici mesi dalla pubblicazione della presente legge, linee guida per l'applicazione dell'obbligo di stipula di polizza assicurativa RCT-RCO per le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1, stabilendo i criteri per la determinazione dei limiti massimali, con riferimento alla tipologia della struttura sanitaria».

3.23

GRAMAZIO

Dopo il comma 6 è inserito il seguente:

«6-*bis* Dopo l'articolo 348 del codice penale è inserito il seguente:

"348-*bis*. Esercizio abusivo della professione di medico e di odontoiatra: chiunque abusivamente esercita la professione di medico chirurgo e di odontoiatra è punito con la reclusione fino ad un anno e con la multa da un minimo di 10.000 euro ad un massimo di 50.000 euro. Il condannato è soggetto alla confisca dell'immobile e delle attrezzature e strumenti utilizzati ai fini di commettere il reato. I beni mobili ed immobili di cui trattasi vengono destinati alle strutture pubbliche o private che offrono cure e assistenza a persone in difficoltà economico e/o sociale"».

3.bis.1

BASSOLI, BIONDELLI, COSENTINO, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Sostituire l'articolo con il seguente:

«3-*bis*. Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività e di tutelare la sicurezza del paziente, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, individuano all'interno della propria organizzazione un'unità di *risk management* al fine di analizzare le situazioni le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo di carenze strutturali e dell'organizzazione del lavoro adottando le necessarie soluzioni per la gestione ed il superamento dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute definisce a livello centrale i principi e le politiche nazionali finalizzate a coordinare gli interventi connessi alla sicurezza del paziente, riducendo il rischio e migliorando la qualità delle cure. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico».

3.bis.2

I RELATORI

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 3-*bis*. - (*Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari*). - 1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario nazionale, nell'ambito della propria organizzazione, istituiscono unità operative dedicate all'individuazione dei fattori di rischio e allo studio delle necessarie soluzioni per la gestione e il superamento dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi, contestualmente ad una riorganizzazione che preveda una riduzione di un numero equivalente di altre strutture, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le attività di cui al presente comma si svolgono sulla base di linee guida sancite mediante intesa in Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Il Ministero della salute e le Regioni, anche tramite l'Agenas, monitorano i dati relativi al rischio clinico».

3.bis.3

BELISARIO

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-*bis*. Le strutture sanitarie adottano sistemi di gestione degli eventi avversi e dei "quasi eventi" di cui al precedente comma, anche sulla base di linee guida nazionali prodotte dal Ministero della salute previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Le linee guida devono, tra l'altro, indicare la metodologia da seguire riguardo l'accertamento, rilevazione, raccolta dei dati sugli eventi avversi, nonché relativamente all'indicazione delle cause che hanno portato all'evento avverso».

3.bis.4

PORETTI, PERDUCA

Dopo il comma 1 inserire il seguente:

«1-*bis*. I direttori generali delle strutture sanitarie di cui al comma 1, che entro 30 giorni dalla entrata in vigore della presente legge non abbiano provveduto alla istituzione dell'unità di *risk management*, decadono dal loro incarico e cessano di far parte degli elenchi degli idonei a direttore generale per almeno 5 anni».

Art. 4

4.1**GRAMAZIO**

Al comma 1, dopo la lettera 0a) inserire la seguente:

«0a-bis) All'articolo 3, comma 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992 il periodo: "Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione" è sostituito dal seguente: "Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in strutture sanitarie pubbliche o private di medici o grande dimensione o settennale in altri enti pubblici"».

4.2**ASTORE**

Dopo il comma 1, lettera 0a), inserire la seguente:

«0a-bis) all'articolo 3, il comma 7 è sostituito dal seguente: "Il direttore sanitario è un medico in possesso delle specializzazioni in Igiene ed Organizzazione dei servizi sanitari o in disciplina equipollente, che non abbia superato il sessantasettesimo anno di età alla data della nomina e che abbia svolto, nei dieci anni antecedenti la nomina, qualificata attività di Direzione tecnico-sanitaria, per almeno cinque anni, in strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche od economiche, che non abbia superato il sessantasettesimo anno di età alla data della nomina e che abbia svolto nei dieci anni antecedenti la nomina, una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa, per almeno cinque anni, in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi, professionali e tecnici dell'Azienda Sanitaria e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Nelle Aziende Ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici costituiti da un unico presidio, le funzione e i compiti di direttore sanitario di cui al presente articolo, e del dirigente medico di cui all'art., comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge».

4.3**BELISARIO**

Al comma 1, sostituire la lettera a), con la seguente:

a) all'articolo 3-bis, il comma 3 è sostituito dai seguenti:

«3. Ciascuna regione e provincia autonoma istituisce l'Autorità regionale o provinciale per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, di seguito denominata "Autorità".

3-bis. L'Autorità è un organo collegiale composto da cinque membri, di cui quattro nominati dal consiglio regionale o provinciale a maggioranza qualificata dei suoi componenti, di riconosciute professionalità e competenza nel settore sanitario e nella gestione di enti e strutture sanitarie complesse. I componenti dell'Autorità, nominati dal consiglio regionale o provinciale, sono scelti:

a) due tra i dirigenti sanitari medici con esperienza pluriennale e operanti in istituti ospedalieri della regione o della provincia autonoma;

b) uno in rappresentanza dell'Istituto superiore di sanità;

c) uno tra soggetti di riconosciuta competenza dirigenziale, con esperienza almeno quinquennale nella direzione tecnica o amministrativa di enti o di aziende in posizione dirigenziale.

3-ter. Il quinto componente è scelto con procedura di pubblico sorteggio tra i professori universitari ordinari di prima e di seconda fascia che esercitano attività di docenza nella regione o nella provincia autonoma interessata nelle facoltà di medicina e chirurgia.

3-quater. I membri dell'Autorità durano in carica tre anni e possono essere confermati una sola volta. Ad essi si applicano le disposizioni in materia di incompatibilità di cui all'articolo 3, comma 11, lettere a), b) e c). Non possono essere nominati componenti dell'Autorità i sindaci, i presidenti e i componenti di giunte di comuni, di province e di comunità montane, nonché i dipendenti di tali enti, membri del Parlamento, i Ministri, i sottosegretari di Stato e gli amministratori di enti pubblici controllati o dipendenti dalle regioni o dalle province autonome.

3-quinquies. Ciascuna regione e provincia autonoma stabilisce i compensi, le indennità, nonché il tetto massimo da riconoscere ai componenti dell'Autorità.

3-sexies. L'Autorità, in coerenza con i principi di trasparenza e di efficienza, assicura, anche tramite gli organi di stampa e il proprio sito Internet, la pubblicità della sua composizione e dell'attività svolta.

3-septies. Le regioni e le province autonome rendono nota, almeno quattro mesi prima della vacanza dell'ufficio, con obbligatorio avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale*; e anche tramite il rispettivo sito Internet, la richiesta di archiviazione delle procedure per la copertura della vacanza dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, degli IRCSS pubblici e delle aziende ospedaliere. Ai fini della copertura del citato ufficio possono presentare domanda i soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma *3-decies* del presente articolo, che non si trovano nelle condizioni previste dal comma *3-quater*.

3-octies. La domanda di cui al comma *3-secties* è inviata all'Autorità. L'Autorità riceve le domande inviate e redige una scheda di valutazione di ciascun candidato. A tal fine essa compie un esame preliminare dei curricula dei candidati e sottopone ciascuno di essi ad un colloquio, suddiviso in un pre-colloquio di tipo informativo e in un colloquio di approfondimento di tipo tecnico dirigenziale. L'Autorità compila quindi una graduatoria dei candidati ritenuti maggiormente competenti e indipendenti, tenendo conto delle strategie regionali o provinciali in materia sanitaria e delle esigenze della regione o della provincia autonoma e delle relative aziende sanitarie locali e ospedaliere. L'Autorità, entro quaranta giorni dalla ricezione delle domande, pubblica sul proprio sito Internet la graduatoria finale, limitatamente ai tre migliori candidati. La graduatoria è pubblicata anche nel sito Internet della regione o della provincia autonoma interessata. La regione o la provincia autonoma provvede, quindi, a nominare direttore generale uno dei tre candidati selezionati dalla medesima Autorità. Qualora la scelta non ricada sul primo dei candidati in ordine di graduatoria, essa deve essere opportunamente motivata. La graduatoria rimane valida per due anni.

3-novies. L'Autorità ha sede presso le Agenzie regionali sanitarie, ha un regolamento interno e ha autonomia contabile, amministrativa ed organizzativa.

3-decies. Alla selezione per la nomina a direttore generale, si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, alla data della nomina.

3-undecies. La regione assicura adeguate misure di pubblicità della procedura di conseguimento della medesima, delle nomine e dei curricula, dei bandi di nomina, nonché di trasparenza nella valutazione degli aspiranti. Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliere universitarie"».

Conseguentemente, al comma 1, dopo la lettera b), aggiungere la seguente:

b.1) all'articolo *3-bis*, comma 7, dopo le parole: «provvede alla sua sostituzione» sono inserite le seguenti: «, attingendo esclusivamente dalla graduatoria dei candidati pubblicata sul sito Internet dell'Autorità regionale o della provincia autonoma per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere».

4.4

GUSTAVINO, FOSSON, GALIOTO

Al comma 1, sostituire la lettera a) con la seguente:

«a) all'articolo *3-bis*, il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. La regione provvede: della nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente dall'elenco nazionale di idonei al direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, istituito presso il Ministero della salute. Al predetto elenco si accede previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una commissione istituita presso il Ministero della salute, composta da cinque esperti, di cui uno nominato su proposta dell'Istituto superiore di sanità, uno su proposta dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, uno su proposta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, uno su proposta del Consiglio superiore di sanità e uno su proposta della Scuola superiore della pubblica amministrazione, senza nuovi o maggiori oneri. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie. La Commissione, all'esito delle procedure di cui al secondo periodo del presente comma, approva l'elenco nazionale di idonei che è pubblicato nel sito internet del Ministero della salute e ha validità triennale. La regione seleziona, nell'ambito del suddetto elenco, il candidato che presenti i requisiti di competenza conformi alle caratteristiche dell'incarico, tenendo conto delle esigenze dell'azienda interessata. Il provvedimento di nomina di

conferma o di revoca del direttore generale deve essere motivato e pubblicato nei siti *internet* della regione o provincia autonoma e dell'azienda interessata ed è altresì trasmesso al Ministero della salute. In caso di mancata conferma del direttore generale, si procede alla sua sostituzione attingendo all'elenco nazionale di idonei. Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliere universitarie"».

4.5

ASTORE

Al comma 1, lettera a), capoverso 3, dopo le parole: «almeno ogni due anni», inserire le seguenti: «decorsi i quali non sono più utilizzabili».

4.6

BELISARIO

Al comma 1, lettera a), capoverso «3», secondo periodo, sostituire le parole: «almeno ogni due anni» con la seguente: «annualmente»

4.7

ASTORE

*Al comma 1, lettera a), capoverso 3, terzo periodo, dopo le parole: «tecniche o finanziarie» aggiungere le seguenti: «nonché del requisito di qualificata formaziorre post laurea in *management* delle Aziende Sanitarie pubbliche, conseguita in apposito corso di durata non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo di mesi sei, presso Università degli Studi o Centri di formazione pubblici appositamente accreditati ovvero in corsi specifici organizzati dalle Regioni, singole o associate».*

4.8

BELISARIO

Al comma 1, lettera a), capoverso «3», terzo periodo, dopo le parole: «tecniche o finanziarie» aggiungere le seguenti: «del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, alla data della nomina».

Conseguentemente, al comma 1, lettera a), capoverso «3», dopo il terzo periodo, aggiungere il seguente: «Possono accedere alla selezione anche coloro che abbiano superato i 65 anni di età, purché cessino dall'incarico all'età di 70 anni».

4.9

BIONDELLI, BASSOLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, lettera a), capoverso «3»,dopo le parole: «risorse umane, tecniche o finanziarie» inserire le seguenti: «con età anagrafica non superiore a 65 anni alla data della selezione ed in assenza di sentenza di condanna accertata in via definitiva,».

4.10

ASTORE

Al comma 1, lettera a) capoverso 3, quarto periodo, dopo le parole: «nomine ed ai curricula» inserire il seguente periodo: «Resta ferma l'intesa tra le Regioni e i Rettori delle Università ubicate Del territorio delle stesse per la definizione dei requisiti specifici aggiuntivi, dei criteri, delle modalità di selezione e per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliere-universitarie.»; (n.b.: in conformità a quanto disposto dalla Corte Costituzionale con sentenza n.68 del 3/3/2011 pubblicato sulla G.U.9/3/2011)».

4.11

ASTORE

Al comma 1, lettera b) premettere le seguenti parole: «il comma 4 è soppresso».

4.12

BIONDELLI, BASSOLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, dopo la lettera b) inserire la seguente:

«b-bis) all'articolo 3-bis, comma 8, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "e non è cumulabile con nessun altro emolumento e con il trattamento pensionistico"».

4.13

BELISARIO

Al comma 1, lettera b-bis), numero 1), dopo le parole: «struttura complessa del dipartimento» aggiungere le seguenti: «, previo parere del collegio di direzione».

4.14

BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLO, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, lettera b-bis), numero 2, sopprimere il capoverso «4».

4.15

BELISARIO

Al comma 1, lettera c), capoverso «5», dopo il secondo periodo, aggiungere il seguente: «Vanno altresì valutati idonei indici o modalità di soddisfazione del personale medico e non medico operante nella struttura alla quale è preposto il dirigente di cui al presente comma».

4.16

GRAMAZIO

Al comma 1, lettera c), al capoverso «5» sopprimere le seguenti: «fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 7, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122».

4.17

GRAMAZIO

Al comma 1, lettera c), al capoverso «5» le parole: «fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122,» sono soppresse.

4.18

PORETTI, PERDUCA

Al comma 1, alla fine della lettera c), inserire il seguente periodo: «Gli esiti delle verifiche e gli indicatori adottati sono resi pubblici e facilmente accessibili a tutti i cittadini».

4.19

GUSTAVINO, FOSSON, GALIOTO

Al comma 1, lettera d), capoverso «7-bis», sostituire le lettere a) e b) con la seguente:

«a-bis) È istituito presso il Ministero della salute l'elenco nazionale di idonei a direttore di struttura complessa delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Possono essere nominati direttori di struttura complessa esclusivamente gli iscritti al predetto elenco, al quale si accede mediante avviso pubblico per titoli e colloquio. Con regolamento del Ministro della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con le società medico-scientifiche, sono definiti i criteri generali concernenti:

a) le procedure e i termini per la presentazione delle domande di iscrizione all'elenco nazionale di idonei;

b) la definizione dei parametri per la certificazione dei titoli per l'accesso all'elenco, nonché le procedure e le modalità di svolgimento dell'avviso pubblico di cui al secondo periodo del presente comma. L'elenco nazionale di idonei è pubblicato nel sito *internet* del Ministero della salute e ha validità triennale. L'incarico di direzione di struttura complessa è attribuito dal direttore generale, che ne dà comunicazione al Ministero della salute, previo avviso da pubblicare nei siti *internet* della regione o provincia autonoma nonché dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera interessate, tra coloro che sono iscritti nell'elenco nazionale di idonei. Il direttore generale seleziona, nell'ambito del suddetto elenco, il candidato che presenti i requisiti di competenza conformi alle caratteristiche dell'incarico,

tenendo conto delle esigenze dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera interessata, anche in relazione agli obiettivi da raggiungere. In caso di mancata conferma del dirigente si procede alla sua sostituzione attingendo all'elenco nazionale di idonei».

4.20

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «1-bis», lettera a), primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ed esterni all'azienda interessata alla copertura del posto».

4.21

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «1-bis», lettera a), sostituire il secondo periodo con il seguente: «Qualora fosse sorteggiato uno o più direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, si prosegue nel sorteggio fino a garantire che tutti i componenti della commissione siano direttori di struttura complessa in regioni diverse da quella ove ha sede la predetta azienda».

4.22

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «7-bis», lettera b), primo periodo, sostituire le parole: «La commissione riceve all'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base» con le seguenti: «Sulla base dei profili di cui al successivo comma 7-bis-1 e».

Conseguentemente, al comma 1, lettera d), dopo il capoverso «7-bis», aggiungere il seguente:

«7-bis-1. Il Ministro della salute, con proprio decreto, individua i profili professionali specifici nazionali per ogni branca o specialità medica necessari ai fini del conferimento dell'incarico di dirigente di struttura complessa presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e quelle ospedaliere universitarie. Per queste ultime, l'individuazione dei profili professionali deve avvenire di concerto con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca».

4.23

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «7-bis», lettera b), sostituire il secondo periodo con i seguenti: «Esperate tali procedure la medesima commissione, integrata dal direttore generale, previo ulteriore eventuale colloquio attitudinale, individua, con parere concorde o a maggioranza dei suoi componenti, il vincitore. In caso di parità, prevale la valutazione del direttore generale, che deve motivare per iscritto la sua scelta».

4.24

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «7-bis», lettera b), dopo il secondo periodo, aggiungere il seguente: «Ai fini della selezione di cui alla presente lettera, con decreto del ministero della salute sono individuati i criteri e le modalità per la definizione dei punteggi da attribuire ai titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati».

4.25

CALABRÒ, SACCOMANNO, D'AMBROSIO LETTIERI, DE LILLO, RIZZOTTI, BIANCONI

Al comma 1, lettera d), capoverso comma «7-bis», lettera b), sopprimere le parole da: «formata» fino a: «attribuiti».

4.26

SACCOMANNO, GRAMAZIO, RIZZOTTI, BIANCONI, DE LILLO, VICECONTE, D'AMBROSIO LETTIERI

Al comma 1, lettera d), capoverso comma 7-bis, lettera b), sopprimere le parole da: «ove» fino a: «a punteggio».

4.27

ASTORE

Al comma 1, lettera d), capoverso 7-bis, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-bis) i contratti collettivi possono prevedere che l'avviso di cui all'alinea del presente comma possa stabilire, per incarichi di direzione di struttura complessa che si intenda conferire, in base ad un rapporto di lavoro esclusivo e fermi restando i principi di cui al presente comma, a soggetti di elevatissima qualificazione professionale, un inquadramento retributivo peculiare, entro i limiti definiti dai medesimi contratti collettivi e fermi restando i limiti massimi di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 marzo 2012, pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 16 aprile 2012, nonché i limiti delle risorse complessive a disposizione dell'azienda. Gli incarichi, conferiti in base alla presente lettera d-bis) sono soggetti a conferma ai sensi del successivo comma 7-ter e, successivamente, sono soggetti a conferma ogni dodici mesi secondo medesimi criteri».

4.28

BELISARIO

Al comma 1, lettera d), capoverso «7-quater», primo periodo, dopo le parole: «struttura complessa di afferenza», aggiungere le seguenti: «sentito il collegio di direzione». Conseguentemente, al comma 1, lettera d) capoverso «7-quater» secondo periodo, dopo le parole: «di afferenza al dipartimento», aggiungere le seguenti «e il collegio di direzione»

4.29

GRAMAZIO

Al comma 1, lettera d), capoverso 7-quinquies dopo le parole: »di cui all'articolo 15-septies», aggiungere le seguenti: «tale disposizione non si applica per il rinnovo dei contratti sanitari già in essere all'entrata in vigore della legge di conversione e continueranno ad essere regolati secondo la previgente disciplina».

4.30

I RELATORI

Al comma 1, dopo la lettera e-ter), inserire la seguente:

«e-quater) al comma 1, secondo periodo, dell'articolo 15-nonies sostituire le parole: "non può superare il", con le seguenti: "su proposta dell'interessato, con l'assenso del Collegio di Direzione, può essere elevato fino al"».

4.31

BELISARIO

Al comma 1, lettera f), capoverso «Art. 17», comma 1, primo periodo, sostituire le parole: «in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda o nell'ente», con le seguenti: «garantendo la partecipazione dei direttori di dipartimento e di distretto e la rappresentanza delle componenti professionali presenti nell'azienda o nell'ente».

4.32

BELISARIO

Al comma 1, lettera f), al capoverso «Art. 17», comma 1, dopo il secondo periodo, aggiungere il seguente: «Il collegio di direzione esprime altresì il proprio gradimento, a carattere non vincolante, sulla proposta di nomina del direttore sanitario».

4.33

BELISARIO

Al comma 1, lettera f), capoverso «Art. 17», comma 1, terzo periodo, sostituire le parole: «definito dall'università; concorre», con le seguenti: «definito dall'università. Sia nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, che nelle aziende ospedaliere universitarie, il collegio di direzione concorre».

4.34

BELISARIO

Al comma 1, lettera f), capoverso «Art. 17», comma 1, dopo il quarto periodo, aggiungere il seguente: «decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione, qualora espresso, sono adottate con provvedimento motivato».

4.35**DE LILLO**

Dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

«1-bis. Le disposizioni di cui al comma 1, punto f-bis), si applicano anche al personale in servizio alla data di entrata in vigore del decreto-legge convertito dalla presente legge».

4.36**ASTORE**

Al comma 2 dopo le parole: «non si applicano ai procedimenti» aggiungere le seguenti: «di selezione e di».

4.37**BELISARIO**

Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Dette modifiche introdotte dal comma 1, si applicano invece alle procedure per la conferma dell'incarico di dirigente medico e sanitario, pendenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto».

4.38**PORETTI, PERDUCA**

Al comma 4, sostituire la parola: «monitoraggio» con la seguente: «misura»; alla fine del comma 4 aggiungere: «I risultati delle misure sono resi pubblici e facilmente accessibili a tutti i cittadini».

4.39**GRAMAZIO**

Dopo il comma 4 inserire il seguente:

«4-bis. La disposizione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge 7 agosto 2012, n. 135, si applica, a domanda dell'interessato, anche al personale dipendente del Servizio Sanitario nazionale risultante in soprannumero all'esito di riorganizzazione o di ristrutturazione di medesimi Enti».

4.40**CALABRÒ, SACCOMANNO, D'AMBROSIO LETTIERI, GRAMAZIO, DE LILLO, RIZZOTTI, BIANCONI**

Al comma 5, al capoverso «4-ter» al quarto rigo sopprimere la parola: «sanitario».

4.41**GRAMAZIO**

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente.

«5-bis. I dipendenti del Servizio sanitario nazionale, in soprannumero all'esito delle riduzioni previste dall'articolo 2 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, e che risultino in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi che, ai fini del diritto all'accesso e alla decorrenza del trattamento pensionistico in base alla disciplina vigente prima dell'entrata in vigore dell'articolo 24 del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, avrebbero comportato la decorrenza del trattamento entro il 31 dicembre 2014, possono richiedere l'accesso al trattamento pensionistico entro tale data con il riconoscimento di un periodo aggiuntivo fino a 20 mesi. L'azienda sanitaria, ove conceda il collocamento a riposo con il predetto beneficio, previo nulla osta, è obbligata a rendere non disponibile un posto di corrispondente livello nella dotazione organica per un periodo minimo di tre anni e comunque può procedere a nuove assunzioni a tempo indeterminato nel limite massimo del 20 per cento del personale cessato dal servizio nell'anno immediatamente precedente. Al personale di cui al primo periodo il trattamento di fine rapporto sarà corrisposto alla data in cui il soggetto avrebbe

maturato il diritto alla corresponsione dello stesso secondo le disposizioni di cui all'articolo 24 del citato decreto-legge n. 201 del 2011 e sulla base di quanto stabilito dall'articolo 1, comma 22, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148».

4.42

GRAMAZIO

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente.

«6. È prevista un'area contrattuale della dirigenza medica e sanita in aggiunta a quelle definite dall'articolo 54 comma 2 del decreto legislativo n. 150 del 2009».

4.0.1

ASTORE

Dopo l'articolo 4, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Mobilità sanitaria tra le regioni)

1. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, ai fini dell'attuazione del presente articolo, i criteri e le modalità per l'individuazione delle strutture ospedaliere di eccellenza, accreditate ed a carico del Servizio sanitario regionale.

2. L'elenco delle strutture di cui al comma 1 è approvato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la regione o la provincia autonoma interessata. L'individuazione delle strutture deve garantire, in ogni caso, che il complesso delle medesime, in ciascuna regione o provincia autonoma, comprenda una dotazione di posti letto non inferiore ad uno per mille abitanti, fermo restando il rispetto della disciplina vigente sui limiti numerici complessivi dei posti letto.

3. Gli elenchi di cui al comma 2 possono essere modificati secondo la procedura di cui al medesimo comma.

4. In ogni caso, gli elenchi di cui ai commi 2 e 3 comprendono gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblici e privati, presenti nel relativo ambito territoriale. I posti letto dei suddetti Istituti concorrono ai fini del computo del limite minimo di uno per mille abitanti.

5. Con riferimento alle strutture inserite negli elenchi di cui ai commi 2 e 3, è esclusa qualsiasi limitazione, anche di natura finanziaria, alla mobilità sanitaria tra le regioni e al diritto alla libera scelta del luogo di cura e sono parimenti escluse ogni limitazione o riduzione del rimborso, determinato secondo i vigenti criteri di compensazione interregionale, a carico della regione di residenza dell'assistito».

Art. 4-bis

4-bis.1

CALABRÒ, SACCOMANNO, D'AMBROSIO LETTIERI, GRAMAZIO, DE LILLO, BIANCONI, RIZZOTTI, VICECONTE

Al comma 1 premettere il seguente:

«01. Per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale si applicano anche per l'anno 2013 le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 10, primo periodo, nonché, quanto alla riserva di posti, al secondo periodo, del decreto legge 1 luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n.102, nel rispetto dei limiti e vincoli ivi previsti.

Al comma 1 sostituire le parole: «15 per cento» con le seguenti: «25 per cento».

Dopo il comma 1 inserire il seguente:

«1-bis. I concorsi banditi per coprire i posti di cui al comma 1 possono prevedere la riserva di posti di cui al comma 01».

4-bis.2

I RELATORI

Al comma 1 premettere il seguente:

«01. Per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale si applicano anche per l'anno 2013 le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 10, primo periodo, nonché, quanto alla riserva di posti, al secondo periodo, del decreto-legge 1º luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, nel rispetto dei limiti e vincoli ivi previsti».

4-bis.3

I RELATORI

Al comma 1, sostituire le parole: «15 per cento» con le seguenti: «25 per cento».

4-bis.4

[CALABRÒ, SACCOMANNO, DE LILLO](#)

Sostituire le parole: «15 per cento» con le seguenti: «25 per cento».

4-bis.5

[PORETTI, PERDUCA](#)

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. I Commissari delle regioni sottoposte a Piani di Rientro sono esperti in materia sanitaria e non possono aver ricoperto incarichi istituzionali nel territorio regionale da almeno sette anni. GIi attuali Commissari-Presidenti di Giunta vengono sostituiti entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge».

4-bis.6

I RELATORI

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. I concorsi banditi per coprire i posti di cui al comma 1 possono prevedere la riserva di posti di cui al comma 01».

4-bis.0.1

[GRAMAZIO](#)

Dopo l'articolo 4-bis, aggiungere il seguente:

«Art. 4-ter.

1. All'articolo 1 del decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, le parole "e dei farmacisti" sono sostituite dalle seguenti: ", dei farmacisti e dei biologi".

2. Gli articoli da 14 a 30 incluso, 32 e da 35 a 45 della legge 24 maggio 1967, n. 396, sono abrogati. Nella legge di cui al periodo precedente l'espressione "Ministro della giustizia", ovunque ricorra, è sostituita dalla seguente: "Ministro della salute"; l'espressione: "Ministero della giustizia", ovunque ricorra, è sostituita dalla seguente: "Ministero della salute".

3. Il Ministro della salute, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, adotta gli atti funzionali all'esercizio delle funzioni di cui ai commi precedenti. Entro il termine di cui al periodo precedente il Ministro della salute adotta, altresì, gli atti necessari all'articolazione provinciale degli Ordini dei biologi e nomina dei commissari straordinari per l'indizione delle elezioni secondo le modalità previste dal decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946. Il Consiglio dell'Ordine dei biologi e il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei biologi in carica decadono di diritto allo spirare del termine per l'adozione del decreto di cui al periodo precedente.

4. All'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è premesso il seguente: "Art. 01. - (*Categoria professionale degli psicologi*). - 1. La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233".

5. Nella legge 18 febbraio 1989, n. 56, l'espressione "Ministro della giustizia", ovunque ricorra, è sostituita dalla seguente: "Ministro della salute"; l'espressione: "Ministero della giustizia", ovunque ricorra, è sostituita dalla seguente: "Ministero della salute". Il Ministro della salute, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, adotta gli atti funzionali all'esercizio delle funzioni di cui al precedente e al presente comma».

5.1

PORETTI, PERDUCA

Al comma 1, sostituire le parole: «da adottare» con le seguenti: «da emanare».

5.2

BASSOLI, SACCOMANNO, CALABRÒ, BIANCONI, RIZZOTTI, CASTIGLIONE, DE LILLO, VICECONTE, D'AMBROSIO LETTIERI, BOSONE, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, dopo le parole: «decreto del Ministro della sanità 18 maggio 2001, n. 279,» inserire il seguente: «, nonché all'inserimento delle prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia locoregionale».

5.3

BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, dopo le parole: «decreto del Ministro della sanità 18 maggio 2001, n. 279,» inserire le seguenti: «, nonché all'inserimento delle prestazioni di controllo del dolore nella fase di travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia locoregionale».

5.4

BELISARIO

Al comma 1, dopo le parole: «dell'articolo 8 del medesimo decreto» aggiungere le seguenti: «nonché agli screening allargati per malattie genetiche metaboliche rare per le quali esistono risposte terapeutiche o dietetiche».

5.5

BUGNANO, CARLINO, BELISARIO

Al comma 1, dopo le parole: «dell'articolo 8 del medesimo decreto» aggiungere le seguenti: «nonché alla partoanalgesia epidurale».

5.6

BAIO

Sostituire il comma 2 con il seguente:

«Al fine di garantire la copertura finanziaria dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.), il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute istituisce, un apposito fondo finanziato da una quota pari allo 0,5% della raccolta dei giochi autorizzati dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato. A tal fine, il Ministero dell'Economia e delle Finanze-Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato, con propri decreti dirigenziali, adottati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, emana tutte le disposizioni utili per aumentare dello 0,5 per cento il prelievo erariale su tutte le tipologie di giochi».

5.7

BAIO, SACCOMANNO, BOSONE

Al comma 2, sostituire le parole da: «affette» sino a: «(G.A.P.)», con le seguenti: «affette da Gioco d'azzardo patologico, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.)».

5.8

BAIO, BOSONE, SACCOMANNO

Alla rubrica dell'articolo 5 sostituire la parola: «ludopatia» con le seguenti: «gioco d'azzardo patologico».

5.9**PORETTI, PERDUCA**

Al comma 2-bis sostituire le parole: «Il Ministro della salute procede» con le seguenti: «Con decreto del Ministro della salute si procede».

5.10**PORETTI, PERDUCA**

Al comma 2-bis sostituire le parole: «entro il 31 maggio 2013» con le seguenti: «entro il 31 dicembre 2012».

5.11**BELISARIO**

Al comma 2-bis sostituire le parole: «31 maggio 2013» con le seguenti: «31 dicembre 2012».

5.12**PORETTI, PERDUCA**

Al comma 2-bis sostituire la parola: «tariffario» con le seguenti: «con la contestuale revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili».

5.13**BELISARIO**

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

«2-bis. Ciascuna regione istituisce un Comitato tecnico-scientifico regionale, che, nei limiti delle risorse disponibili e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, definisca precisi indicatori di attività e qualità assistenziali. Tali indicatori, introdotti in un sistema di database clinici, attraverso la messa a confronto con criteri di qualità standardizzati, forniscono report periodici con i quali monitorare la qualità delle prestazioni dei singoli reparti pubblici o privati, e meglio comprendere i flussi di pazienti in uscita da determinati ambiti territoriali, anche verso altre regioni. Il suddetto comitato è composto da dirigenti della medesima regione, quali: un Direttore di Dipartimento di area medica, un Direttore di Dipartimento di area chirurgica, il Direttore di Dipartimento Territoriale, un epidemiologo e un funzionario regionale con adeguata competenza informatica».

Art. 6**6.1****BELISARIO**

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Le disposizioni di cui al presente comma non devono comportare una riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale previsti dalla normativa vigente».

6.2**GRAMAZIO**

Dopo il comma 2-bis, inserire il seguente:

«2-ter. Nell'ambito delle risorse di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare le strutture sanitarie dedicate alle cure pediatriche alle esigenze dei bambini e di accoglienza e soggiorno dei genitori che li assistono».

6.3**BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI**

Dopo il comma 2 inserire il seguente:

«2-bis. Nell'ambito delle risorse di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare le strutture sanitarie dedicate alle cure pediatriche alle esigenze dei bambini e di accoglienza e soggiorno dei genitori che li assistono».

6.0.1

MARIAPIA GARAVAGLIA, ANDRIA, ARMATO, PINOTTI

Dopo l'**articolo 6**, aggiungere il seguente:

«Art. 6-bis.

(Programma nazionale per la non autosufficienza)

1. Ai fini di migliorare e rendere uniformi ed appropriate le cure e le tutele sociosanitarie già previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (*Livelli essenziali di assistenza*) e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 (*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*) a favore delle persone non autosufficienti, il Governo sancisce, entro il 31 dicembre 2012, un'intesa con la Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, per l'adozione di un Programma Nazionale per la non autosufficienza, quale insieme di misure e azioni coordinate che Stato, Regioni e Autonomie locali, per le rispettive funzioni e competenze si impegnano a erogare in forma integrata e coordinata, sul territorio nazionale.

2. Il Programma di cui al comma 1 è rivolto, in prima applicazione, alle persone che hanno subito una perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana o di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. Le condizioni di bisogno sono valutate tenendo conto anche della situazione economica e del supporto familiare che può essere offerto al non autosufficiente della famiglia o da chi ne fa le veci.

3. Per una semplificare ed evitare duplicazioni tra accertamenti sulla invalidità totale e la non autosufficienza, il Programma di cui al comma 1 dovrà prevedere che:

a) la valutazione della non autosufficienza sia effettuata dalle aziende sanitarie locali, in prima applicazione, attraverso le Commissioni di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, integrate con medici specialisti in materia geriatrica o neurologica in relazione all'età e alla patologia della persona e con un assistente sociale designato dal Comune di residenza di chi chiede l'accertamento. Le Commissioni, ai fini dell'accertamento della non autosufficienza provvederanno alla valutazione del grado di autonomia della persona, utilizzando i parametri di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, integrati, per gli aspetti sociali, dai parametri del Sistema Informativo Nazionale per la non autosufficienza già sperimentato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in accordo con le regioni. In collegamento con il programma, al termine del primo anno di adozione delle modalità indicate, si provvederà anche ad elaborare un nuovo modello di accertamento e a definire il gruppo interprofessionale cui affidare l'accertamento stesso;

b) le prestazioni assicurate dallo Stato, dalle regioni, dagli enti o aziende del Servizio sanitario nazionale e dalle autonomie locali ai sensi dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 1, riguardano le seguenti tipologie:

1) cura e tutela domiciliare di media/bassa intensità;

2) cura e tutela domiciliare ad elevata intensità;

3) assistenza residenziale (presso residenze sanitarie assistite o altre forme residenziali a diversi livelli di intensità sanitaria);

c) venga data priorità alle cure domiciliari che devono costituire almeno il 60 per cento degli interventi erogati, favorendo anche la formazione di assistenti familiari e l'attività di soggetti erogatori specializzati nell'erogazione di tali prestazioni;

d) siano adottati, per la conduzione delle attività assistenziali di cui alla lettera b), in seguenti elementi essenziali:

1) presa in carico individuale sociosanitaria derivata dalla valutazione multidimensionale di cui al comma 3, lettera a);

2) elaborazione di un progetto personalizzato di cura, tutela e assistenza;

3) erogazione integrata, secondo i principi della continuità assistenziale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, richieste dal progetto personalizzato;

e) a risorse invariate del sistema sanitario secondo le indicazioni del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, per verificare appropriatezza delle prestazioni e correttezza di spesa, ad ogni persona non autosufficiente sarà assegnato un profilo, corrispondente al complesso di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e assistenziali indicate nel progetto personalizzato, con relativo preventivo di spesa annuale, comprendente i costi delle prestazioni residenziali e/o domiciliari, ivi compresa l'eventuale quota a carico dell'utente o del Comune, applicando per le forme di compartecipazione i criteri dell'indicatore della situazione economica equivalente di cui all'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214. Nel profilo, si terrà conto anche degli emolumenti messi a disposizione dallo Stato ai sensi della legge 18 febbraio 1980 n. 18;

f) le regioni e le autonomie locali, anche in ordine agli indirizzi della legge 7 agosto 2012 n. 135, si impegnano, al fine di favorire una riqualificazione della spesa in atto e ricondurre a sistema le prestazioni a favore delle persone non auto sufficienti, già erogate dalle aziende sanitarie e dai Comuni singoli o associati, ad adottare una definizione di ambiti territoriali omogenei per il comparto sociale e quello sanitario, prevedendo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328, trovino coincidenza con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari;

g) si promuova il conseguimento di una integrazione operativa e funzionale tra le strutture del Servizio sanitario nazionale e quelle delle autonomie locali, prevedendo, al fine della massima semplificazione degli aspetti procedurali di accesso al Programma per la non autosufficienza, che comuni e aziende sanitarie, individuino un accesso unificato, localizzato negli ambiti territoriali di cui alla precedente lettera f);

h) ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, socio sanitario e sociale, anche ai fini della razionalizzazione della spesa, le regioni faciliteranno per la realizzazione del Programma, l'utilizzo integrato delle quote già destinate dal servizio sanitario alla residenzialità extraospedaliera e alla domiciliarità e dei finanziamenti che le stesse regioni ed i Comuni dedicano alla spesa sociale per la non autosufficienza;

i) il Programma per la non autosufficienza ai fini di valutare la congruità della spesa e determinare il fabbisogno regionale e nazionale per la non auto sufficienza, provvederà dal 1° gennaio 2013, ad una ricognizione delle spese sanitarie, socio sanitarie e sociali effettuate per le persone prese in carico, ivi compresi gli emolumenti economici erogati direttamente dallo Stato.

Art. 6-bis

6-bis.1

[ANDRIA](#), [BASSOLI](#), [ARMATO](#), [MARIAPIA GARAVAGLIA](#)

Sopprimere l'articolo.

6-bis.2

[ANDRIA](#), [BASSOLI](#), [ARMATO](#), [MARIAPIA GARAVAGLIA](#)

Al comma 2, sostituire la lettera a) con la seguente:

a) al primo periodo, dopo le parole: «azioni esecutive», sono inserite le seguenti: «anche ai sensi dell'articolo 112 del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104, nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedali ere delle regioni medesime; fino al 31 dicembre 2013, limitatamente ai crediti maturati a tutto il 31 dicembre 2009, siccome ricompresi nei piani di rientro dal disavanzo sanitario».

6-bis.3

[PORETTI](#), [PERDUCA](#)

Al comma 2, sopprimere la lettera b).

6-bis.4

[GUSTAVINO](#), [FOSSON](#), [GALIOTO](#)

Al comma 2 sopprimere la lettera b).

6-bis.5

[ANDRIA](#), [BASSOLI](#), [ARMATO](#), [MARIAPIA GARAVAGLIA](#)

Al comma 2, sostituire la lettera b) con la seguente:

«b) il secondo periodo è sostituito dal seguente: "I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni medesime di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, effettuati ancorché prima della data di entrata in vigore del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010 sono estinti su istanza del debitore con provvedimento del Giudice competente che dispone lo svincolo immediato delle somme accantonate presso i tesoriери previa verifica di quanto disposto nel precedente comma"».

Art. 7

7.1

[FLUTTERO](#)

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

Dopo il comma 2, sono aggiunti i seguenti;

«112-bis. Nel decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, e successive modificazioni ed integrazioni, dopo l'articolo 62-ter è inserito il seguente articolo:

"Articolo 62-quater. - (*Imposta di consumo sui prodotti succedanei dei prodotti da fumo*). - 1. Qualsiasi prodotto o dispositivo meccanico od elettronico che abbia la funzione di succedaneo dei prodotti del tabacco, e che non sia autorizzato ad essere immesso in commercio come medicinale ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 291, è assoggettato ad imposta di consumo nelle misure da stabilirsi con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da emanare entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione.

2. Ai prodotti e dispositivi di cui al comma 1 si applicano le medesime disposizioni in materia di divieto di propaganda pubblicitaria dei prodotti da fumo e di distribuzione, detenzione e vendita applicate ai tabacchi lavorati, ivi compreso l'obbligo di vendita al pubblico per il tramite delle rivendite di cui all'articolo 16 della legge 22 dicembre 1957, n. 1293. e successive modificazioni ed integrazioni. Con decreto del Direttore generale dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato sono stabilite le modalità per l'iscrizione in apposita tariffa dei prodotti, dispositivi di cui al comma 1, nonché per ottenere l'autorizzazione alla commercializzazione all'ingrosso dei medesimi, in conformità, per quanto applicabili, a quelle vigenti per i depositi fiscali di tabacchi lavorati".

2-ter. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono stabilite le caratteristiche dei prodotti del tabacco idonee a ridurre sensibilmente il rischio di contrarre una o più patologie connesse al consumo dei prodotti di cui agli articoli 39-bis e 39-ter del decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, e successive modificazioni. Con lo stesso decreto, il Ministro della salute stabilisce le modalità di comunicazione al pubblico e le avvertenze sanitarie per i prodotti di cui sopra, qualora identificati come idonei a ridurre detto rischio.

2-quater. L'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato tiene conto delle autorizzazioni concesse dal Ministero della salute per la formulazione di proposte al Ministro dell'economia e delle finanze finalizzate all'applicazione di un regime fiscale per i prodotti autorizzati ai sensi del comma 2-ter».

7.2

BOSONE

Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

«2-bis. All'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 1, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"1-bis. Il divieto e le relative eccezioni di cui al comma 1 è esteso anche alle aree all'aperto di pertinenza degli istituti scolastici di ogni ordine e grado ed alle aree all'aperto di pertinenza degli esercizi di pubblico ristoro"».

7.3

BELISARIO

Sostituire il comma 4 con i seguenti:

4. Dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono vietati i messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro.

4-bis. Chi trasgredisce al divieto previsto dal comma 4 è soggetto alla sanzione amministrativa pecuniaria da 100 mila a 500 mila euro.

4-ter. I proventi delle sanzioni amministrative sono devoluti ad un apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per essere destinati all'attivazione e il sostegno di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione ai persone affette o a rischio di dipendenza da gioco patologico.

Conseguentemente al comma 6, sopprimere il primo periodo.

7.4

BELISARIO

Al comma 4, sono apportate le seguenti modificazioni:

- 1) al primo periodo, sopprimere le parole da: «rivolte ai minori fino» a: «delle stesse».
- 2) sopprimere il secondo periodo.

7.5

[GRANAIOLA](#), [BASSOLI](#), [BIONDELLI](#), [CHIAROMONTE](#), [COSENTINO](#), [IGNAZIO MARINO](#), [PORETTI](#)

Al comma 4, primo periodo, sopprimere le parole: «rivolte ai minori», al secondo periodo, sopprimere le parole: «destinata ai minori» e le parole: «destinati alla visione dei minori».

7.6

[GRAMAZIO](#)

Al comma 4-bis, primo periodo, sostituire le parole: «riportare in modo chiaramente visibile» con le seguenti: «richiamare in modo chiaramente visibile il sito internet presso il quale è indicata».

7.7

[GUSTAVINO](#), [FOSSON](#), [GALIOTO](#)

Dopo il comma 7 aggiungere il seguente comma:

«7-bis. Gli apparecchi idonei al gioco d'azzardo non possono essere installati all'interno ovvero in un raggio di 500 metri da istituti scolastici di qualsiasi grado, centri giovanili o altri istituti frequentati principalmente da giovani, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale, luoghi di culto. Ulteriori limitazioni possono essere stabilite con decreto del Ministero dell'interno, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute».

7.8

I RELATORI

Al comma 8, dopo le parole «per i minori,» inserire le seguenti: «anche mediante l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale».

7.9

[BELISARIO](#)

Al comma 8, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Le soluzioni tecniche per il blocco dei giochi ai minori, di cui al precedente periodo, devono essere operative entro il 31 dicembre 2013».

7.10

[PINOTTI](#), [BASSOLI](#), [BIONDELLI](#), [CHIAROMONTE](#), [COSENTINO](#), [GRANAIOLA](#), [FONTANA](#), [IGNAZIO MARINO](#), [PORETTI](#)

Dopo il comma 9 aggiungere il seguente:

«9-bis. Gli apparecchi idonei al gioco d'azzardo non possono essere installati all'interno ovvero in un raggio di 500 metri da istituti scolastici di qualsiasi ordine e grado, centri giovanili o altri istituti frequentati principalmente da giovani, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale, luoghi di culto. Ulteriori limitazioni possono essere stabilite con decreto del Ministero dell'interno, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute».

Conseguentemente, al comma 10, primo periodo, sopprimere le parole: «da istituti di istruzione primaria e secondaria».

7.11

[FOSSON](#)

Dopo il comma 9, aggiungere il seguente:

«9-bis. Le limitazioni all'uso del contante di cui al comma 1, articolo 12 del decreto Legge 6 dicembre 2011, n. 201, non si applicano alle Case da Gioco autorizzate esercitate direttamente o indirettamente da enti pubblici, ai sensi della legislazione vigente. Entro 90 giorni dalla entrata in vigore del presente decreto il Ministero dell'economia e delle finanze stabilisce il nuovo limite di divieto all'uso del contante applicabile presso le Case da Gioco, sulla base dei livelli medi previsti negli altri paesi europei confinanti».

7.12

[BELISARIO](#)

Al comma 10, sostituire le parole da: «, tenuto conto degli interessi» pubblici fino alla fine del comma con

le seguenti: «sulla base di criteri, anche relativi alle distanze da istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie e ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi, definiti con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata, da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, pianifica la ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco praticato mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, al fine di vietare la loro ubicazione entro 500 metri dai predetti luoghi e strutture».

7.13

BELISARIO

Al comma 10, primo periodo, sostituire le parole: «a pianificare forme di progressiva ricollocazione» *con le seguenti*: «alla ricollocazione».

7.14

GRANAIOLA, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 10, primo periodo, dopo le parole: «provvede a pianificare» *inserire le seguenti*: «, entro e non oltre novanta giorni dalla data di emanazione del suddetto decreto,».

7.15

BAIO, BOSONE

Al comma 10, dopo il primo periodo, inserire il seguente: «La distanza minima dei punti di raccolta del gioco di cui al periodo precedente da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi, non può essere inferiore a 500 metri».

7.16

GRANAIOLA, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 10, secondo periodo, dopo la parola: «bandite» *inserire le seguenti*: «anteriormente e».

7.17

GRANAIOLA, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 10, quarto periodo, dopo le parole: «delle famiglie e dei giovani» *inserire le seguenti*: «, delle associazioni rappresentative dei consumatori e degli utenti,».

7.18

BAIO, BOSONE, SACCOMANNO

Al comma 10, penultimo periodo, dopo le parole: «rappresentanti dei comuni» *inserire le seguenti*: «e delle associazioni che si occupano della prevenzione e cura dei soggetti affetti da dipendenza da gioco».

7.19

BARBOLINI, BASSOLI, BIONDELLI, COSENTINO, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Dopo il comma 10 aggiungere il seguente:

«10-bis. Il Ministro della salute è autorizzato ad apportare con proprio decreto, da adottare entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, una modifica all'Allegato A, lettera B), del proprio decreto del 18 marzo 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2011, nel senso di inserire tra gli ulteriori criteri per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni il seguente: "luoghi di lavoro quali le aziende o unità produttive di gruppo A e di gruppo B di cui all'articolo 1, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 15 luglio 2003, n. 388;"».

7.20

BARBOLINI

Dopo il comma 10, inserire i seguenti commi:

«10-bis. L'Osservatorio ha il compito di monitorare il fenomeno della dipendenza patologica da gioco d'azzardo, con particolare riferimento ai costi sociali, economici e psicologici associati al gioco eccessivo, nonché ai fattori di rischio, in relazione alla salute dei giocatori e al conseguente indebitamento delle famiglie.

10-ter. L'Osservatorio redige annualmente un rapporto sull'attività svolta, con facoltà di indicare le proposte atte a migliorare il sistema degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali sul territorio nazionale.

10-quater. L'Osservatorio può promuovere campagne informative al fine di prevenire comportamenti patologici e forme di assuefazione derivanti dagli eccessi dell'attività di gioco, anche mediante l'utilizzo di mezzi di comunicazione di massa, a tutela dei consumatori, con particolare riguardo ai minori e ai soggetti maggiormente vulnerabili; le campagne informative hanno lo scopo di informare il potenziale giocatore in modo corretto, veritiero e trasparente, anche in riferimento ai contenuti dei diversi giochi, circa le reali possibilità di vincita e di perdita e i gravi rischi derivanti dal gioco d'azzardo.

10-quinquies. L'Osservatorio predispone ogni anno un rapporto sull'evoluzione del comparto giochi relativamente alle tendenze predominanti o emergenti a livello europeo e nazionale, per una valutazione sul complesso dell'offerta di giochi, e riguardo all'uniformità dei criteri di prelievo fiscale applicati nei diversi ambiti. Il rapporto, elaborato in stretto raccordo con AAMS e coinvolgendo per quanto di competenza anche i concessionari e i soggetti gestori, deve indicare le iniziative e i programmi, da attuare anche in sede di adeguamento normativo, per la tutela dei diritti dei consumatori, con particolare riguardo ai minori e ai soggetti maggiormente vulnerabili».

7.21

BELISARIO

Dopo il comma 10, aggiungere il seguente:

10-bis. Ai fini dell'adozione e dell'emanazione delle linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, e del Ministero della Salute, di cui all'articolo 1, comma 70, della legge 13 dicembre 2010 n. 220, è emanato entro 30 giorni dalla data di conversione in legge del presente decreto, previa intesa con la Conferenza unificata».

7.22

BARBOLINI

Dopo il comma 10, inserire il seguente:

«10-bis. All'articolo 2, comma 2-ter, del decreto-legge 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2010, n. 73, dopo le parole: "Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato" sono inserite le seguenti: ", nonché previa verifica di compatibilità urbanistica da parte del comune territorialmente competente"».

7.23

CALABRÒ, SACCOMANNO, D'AMBROSIO LETTIERI, GRAMAZIO, DE LILLO, BIANCONI, RIZZOTTI

Al comma 11, dopo le parole: «linee guida», inserire le seguenti: «che prevedano, ove necessario, progressivi livelli diagnostici».

7.24

RIZZI, ADERENTI

Al comma 11, dopo le parole: «idonea certificazione medica», sono inserite le seguenti: «non specialistica».

7.25

BELISARIO, BUGNANO

Al comma 11, sopprimere dalle parole: «e per la dotazione» fino alla fine del comma.

Conseguentemente, dopo il comma 11, aggiungere il seguente:

«11-bis. Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini, il Ministero della salute, con proprio

decreto da adottare entro trenta giorni dalla data di conversione in legge del presente decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Ministero della Salute 18 marzo 2011, recante "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009", definisce i criteri e le condizioni in presenza dei quali nei seguenti mezzi di trasporto, strutture e luoghi è obbligatoria la detenzione e consentito l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni, denominati "DAE", e di altri dispositivi salvavita:

a) mezzi adibiti al soccorso sanitario della Polizia di Stato, dell'Arma dei carabinieri, della polizia municipale, del Corpo della guardia di finanza, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, del Corpo forestale dello Stato, del Dipartimento della protezione civile, del Corpo capitanerie di porto, nonché mezzi aerei adibiti al soccorso e al trasporto degli infermi, in tutti i mezzi di soccorso del 118, nonché nelle ambulanze private delle varie organizzazioni di soccorso;

b) ambulatori e poliambulatori medici, nonché strutture socio-sanitarie autorizzate;

c) grandi scali e mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi;

d) istituti penitenziari;

e) strutture sedi di grandi avvenimenti socio-culturali, grandi strutture commerciali e industriali;

f) luoghi in cui si pratica attività ricreativa, ludica e sportiva, agonistica e non agonistica anche a livello dilettantistico;

g) strutture scolastiche e universitarie;

h) farmacie.

Il decreto di cui al presente comma, stabilisce altresì i termini temporali entro cui i responsabili dei mezzi di trasporto, delle strutture e dei luoghi in cui è obbligatoria la detenzione di DAE, provvedono ad adeguarsi a tale obbligo».

7.26

[BELISARIO](#), [BUGNANO](#)

Al comma 11, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «È confermata l'esenzione disposta dall'articolo 1, comma 4, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, per la certificazione medica di idoneità per l'attività sportiva non agonistica o amatoriale praticata dai minori di anni 18.

7.27

[CALABRÒ](#), [SACCOMANNO](#), [D'AMBROSIO LETTIERI](#), [GRAMAZIO](#), [DE LILLO](#), [BIANCONI](#), [RIZZOTTI](#)

Al comma 11, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «prevedendo la possibilità di sgravi fiscali della cifra d'acquisto».

7.28

[BIONDELLI](#), [BASSOLI](#), [CHIAROMONTE](#), [COSENTINO](#), [GRANAIOLO](#), [IGNAZIO MARINO](#), [PORETTI](#)

Dopo il comma 11, aggiungere il seguente periodo: «Le somme derivanti dai controlli di cui al comma 9 sono destinate al finanziamento, per l'anno 2013, dell'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191».

7.29

[DE LILLO](#)

Dopo il comma 11 aggiungere il seguente:

«11-bis. Si dichiara, la Varroatosi, malattia senza l'obbligo di denuncia mantenendo per la stessa patogenesi, l'obbligo della comunicazione alle autorità competenti, al momento della dichiarazione di inizio attività (articolo 6 comma 1, lettera a) del decreto ministeriale 4 dicembre 2009) e successivamente nell'ambito della dichiarazione annuale a cui l'apicoltore è obbligato».

7.30

[CALABRÒ](#), [SACCOMANNO](#), [D'AMBROSIO LETTIERI](#), [GRAMAZIO](#), [DE LILLO](#), [BIANCONI](#), [RIZZOTTI](#), [VICECONTE](#)

Al comma 11, aggiungere il seguente:

«11-bis. Le spese sostenute per l'iscrizione annuale o l'abbonamento di ragazzi di età compresa tra

i 5 e 18 anni, ad associazioni sportive, palestre, piscine ed altre strutture ed impianti sportivi destinati alla pratica sportiva dilettantistica sono oggetto di detrazioni fiscali determinate sulla base dell'indicatore Isee».

7.31

[BAIO](#), [SACCOMANNO](#), [BOSONE](#)

Alla rubrica dell'articolo 7, sostituire la parola: «ludopatia» con le seguenti: «gioco d'azzardo patologico».

Art. 8

8.1

[RIZZI](#), [ADERENTI](#)

Il comma 7 è abrogato.

8.2

[RIZZI](#), [ADERENTI](#)

Il comma 10 è abrogato.

8.3

[MONGIELLO](#), [PIGNEDOLI](#), [ANDRIA](#), [ANTEZZA](#), [BERTUZZI](#), [PERTOLDI](#), [RANDAZZO](#)

Al comma 16, prima delle parole «Le bibite analcoliche» inserire le seguenti: «In attuazione del programma alimentare promosso dalla Presidenza del Consiglio "Guadagnare salute", approvato con DPCM 4 maggio 2007, per un periodo di 5 anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge,"».

8.4

[GRANAIOLA](#), [BASSOLI](#), [BIONDELLI](#), [CHIAROMONTE](#), [COSENTINO](#), [IGNAZIO MARINO](#), [PORETTI](#)

Al comma 16, sostituire le parole: «20 per cento» con le seguenti: «30 per cento».

8.5

[FLUTTERO](#)

Sopprimere il comma 16-bis.

Art. 9

9.1

[BELISARIO](#)

Al comma 1, sostituire le parole: «quindici giorni» con le seguenti: «sette giorni».

Art. 10

10.1

[BELISARIO](#)

Al comma 3, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «fermo restando l'obbligo di inserire entro sei settimane i medesimi medicinali nei suddetti prontuari ed elenchi».

10.2

[BELISARIO](#)

Dopo il comma 6, aggiungere i seguenti:

6-bis. Al fine di favorire la ricerca e la produzione di farmaci orfani come definiti ai sensi del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, è concessa la defiscalizzazione del 23 per cento delle spese sostenute dalle industrie per la ricerca e lo sviluppo di presidi e di farmaci per la diagnosi e il trattamento delle malattie rare.

6-ter. Per usufruire dell'agevolazione di cui al comma 6-bis le industrie inviano, entro il 31 marzo di ogni anno, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, il protocollo relativo alla ricerca e allo sviluppo del farmaco o del presidio e la documentazione giustificativa relativa alla malattia rara, o al gruppo di malattie rare, di interesse.

6-quater. La documentazione di cui al comma 6-ter è valutata da una commissione nominata dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, secondo le modalità indicate con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro 90 giorni dalla data di conversione in legge del presente decreto legge.

6-quinquies. Ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione di cui ai commi 6-bis e seguenti del presente articolo, il Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, con proprio decreto dirigenziale, adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, provvede ad incrementare la misura del prelievo erariale unico in materia di giochi pubblici al fine di assicurare corrispondenti maggiori entrate.

10.0.1

I RELATORI

Dopo l'**articolo 10** inserire il seguente:

«Art. 10-bis.

(Impiego, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di un medicinale in commercio per una indicazione terapeutica diversa da quelle autorizzate)

1. Se di un medicinale è stata consentita, per un determinato periodo di tempo, l'utilizzazione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, per una indicazione terapeutica diversa da quelle previste nella relativa autorizzazione all'immissione in commercio, mediante l'inserimento del medicinale stesso nell'elenco previsto dall'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, detto medicinale può essere utilizzato per tale indicazione anche dopo l'esclusione dal predetto elenco avvenuta a seguito dell'autorizzazione all'immissione in commercio di altro medicinale avente detta indicazione terapeutica, purché l'opportunità di continuare ad utilizzare il medicinale per l'indicazione non autorizzata sia segnalata all'AIFA, con adeguata motivazione, da una o più regioni e ricorrano le condizioni indicate nel comma 2.

2. Il disposto del comma 1 si applica a condizione che:

a) il medicinale presenti, con riferimento all'impiego proposto, un rapporto beneficio-rischio analogo a quello del medicinale avente l'indicazione terapeutica approvata in sede di autorizzazione all'immissione in commercio;

b) il costo medio della terapia basata sull'utilizzazione del medicinale risulti inferiore al cinquanta per cento del costo medio della terapia basata sull'impiego del farmaco autorizzato con quella indicazione;

c) l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) non adotti, entro trenta giorni dal ricevimento della segnalazione di cui alla lettera a), un provvedimento che vieta l'utilizzazione del medicinale nell'indicazione non autorizzata, sulla base di dati e documentazioni che confutano il giudizio favorevole espresso nella segnalazione regionale di cui al comma 1.

Art. 11

11.1

COSENTINO

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 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)

1. Entro il 30 giugno 2013 l'AIFA, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, collocando nella classe di cui all'articolo 8, comma 10 lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, i farmaci terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata, alla luce delle evidenze rese disponibili dopo l'immissione in commercio. Per i farmaci che non soddisfano il criterio di economicità, in rapporto al risultato terapeutico previsto, è avviata dall'AIFA la procedura di rinegoziazione del prezzo; il termine per l'eventuale esclusione di questi ultimi prodotti dal Prontuario farmaceutico nazionale è stabilito al 31 dicembre 2013. In sede di revisione straordinaria ai sensi dei precedenti periodi del presente comma e, successivamente, in sede di periodico aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale, i medicinali equivalenti, ai sensi di

legge, ai medicinali di cui è in scadenza il brevetto o il certificato di protezione complementare non possono essere classificati come farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale con decorrenza anteriore alla data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare, pubblicata dal Ministero dello sviluppo economico ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. Qualora, alla scadenza di un accordo stipulato dall'AIFA con un'azienda farmaceutica ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, il medicinale che era stato oggetto dell'accordo venga escluso dalla rimborsabilità, l'AIFA può stabilire l'ulteriore dispensazione del medicinale a carico del Servizio sanitario nazionale ai soli fini del completamento della terapia dei pazienti già in trattamento.

3. Al comma 4 dell'articolo 1 del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "dalla Commissione unica del farmaco conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa" sono sostituite dalle seguenti: "dall'AIFA, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa, previa valutazione della Commissione consultiva tecnico-scientifica";

b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti:

"Se è disponibile un'alternativa terapeutica nell'ambito dei farmaci autorizzati, la presenza nell'elenco di cui al precedente periodo del medicinale non autorizzato, con conseguente erogazione dello stesso a carico del Servizio sanitario nazionale, è ammessa unicamente nel caso in cui a giudizio della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA, il medicinale possieda un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Servizio sanitario nazionale. Agli effetti del presente comma il medicinale già autorizzato è considerato eccessivamente oneroso se il costo medio della terapia basata sul suo impiego supera di almeno il 50 per cento il costo medio della terapia basata sull'impiego del farmaco non autorizzato".

4. Previa autorizzazione dell'AIFA, rilasciata su proposta della regione competente, la farmacia ospedaliera può, attraverso operazioni di ripartizione del quantitativo di un medicinale regolarmente in commercio, allestire o saggi da utilizzare all'interno dell'ospedale in cui opera o all'interno di altri ospedali, ovvero da consegnare all'assistito per impiego domiciliare sotto il controllo della struttura pubblica. Il disposto del presente comma si applica anche nell'ipotesi di utilizzazione di un medicinale per un'indicazione diversa da quella autorizzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, come modificato dal comma 3 del presente articolo.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei 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. Le operazioni di sconfezionamento e riconfezionamento dei medicinali sono effettuate nel rispetto delle norme di buona fabbricazione. L'AIFA, su richiesta della regione, autorizza l'allestimento e la fornitura alle strutture sanitarie che partecipano alla sperimentazione di macroconfezioni di medicinali in grado di agevolare le operazioni predette».

11.2

COSENTINO, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, primo periodo, aggiungere in fine le seguenti parole: «e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata, alla luce delle evidenze rese disponibili dopo l'immissione in commercio. Per i farmaci che non soddisfano il criterio di economicità, in rapporto al risultato terapeutico previsto, è avviata dall'AIFA la procedura di rinegoziazione del prezzo; il termine per l'eventuale esclusione di questi ultimi prodotti dal Prontuario farmaceutico nazionale è stabilito al 31 dicembre 2013.»

11.3

I RELATORI

Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

«2-bis. Al comma 4 dell'articolo 1 del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "dalla Commissione unica del farmaco conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa" sono sostituite dalle seguenti: "dall'AIFA, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa, previa valutazione della Commissione consultiva tecnico-scientifica";

b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: "Se è disponibile un'alternativa terapeutica nell'ambito dei farmaci autorizzati, la presenza nell'elenco di cui al precedente periodo del medicinale non autorizzato, con conseguente erogazione dello stesso a carico del Servizio sanitario nazionale, è

ammessa unicamente nel caso in cui a giudizio della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA, il medicinale possieda un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Servizio sanitario nazionale. Agli effetti del presente comma il medicinale già autorizzato è considerato eccessivamente oneroso se il costo medio della terapia basata sul suo impiego supera di almeno il 50 per cento il costo medio della terapia basata sull'impiego del farmaco non autorizzato"».

11.4

COSENTINO, IGNAZIO MARINO, BASSOLI, GRANAIOLA, BIONDELLI, CHIAROMONTE, PORETTI

Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

«2-bis. Al comma 4 dell'articolo 1 del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "dalla Commissione unica del farmaco conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa" sono sostituite dalle seguenti: "dall'AIFA, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa, previa valutazione della Commissione consultiva tecnico-scientifica";

b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: "Se è disponibile un'alternativa terapeutica nell'ambito dei farmaci autorizzati, la presenza nell'elenco di cui al precedente periodo del medicinale non autorizzato, con conseguente erogazione dello stesso a carico del Servizio sanitario nazionale, è ammessa unicamente nel caso in cui a giudizio della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA, il medicinale possieda un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Servizio sanitario nazionale. Agli effetti del presente comma il medicinale già autorizzato è considerato eccessivamente oneroso se il costo medio della terapia basata sul suo impiego supera di almeno il 50 per cento il costo medio della terapia basata sull'impiego del farmaco non autorizzato"».

11.0.1

IGNAZIO MARINO

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 11-bis.

(Modifica dell'articolo 15 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 in materia di produzione di farmaci emoderivati)

1. All'articolo 15 della legge 21 ottobre 2005, n. 219, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 2 sono soppresse le parole: "in cui il plasma raccolto non è oggetto di cessione ai fini di lucro" e, dopo le parole: "ubicati nei paesi dell'Unione europea", sono aggiunte le parole: "ovvero in Paesi con cui l'Unione europea abbia concluso accordi di mutuo riconoscimento idonei a garantire i medesimi livelli di qualità e sicurezza nella lavorazione del plasma richiesti a livello comunitario,";

b) al comma 3 sono soppresse le parole: ", e di quelli dell'autorità nazionale italiana";

c) al comma 6 le parole: "decorso un anno" sono sostituite dalle seguenti: "entro centoventi giorni"».

Art. 11-bis

11-bis.1

I RELATORI

Dopo l'articolo 11-bis inserire il seguente:

«Art. 11-ter.

(Erogazione a carico del servizio sanitario nazionale dei medicinali di uguale composizione fra loro non sostituibili)

1. Le disposizioni del presente articolo si applicano nei casi eccezionali in cui la Commissione tecnicoscienza dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), per specifiche ragioni tecniche, giudica non sostituibili fra loro medicinali di particolare rilevanza terapeutica e sociale aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali.

2. La Commissione tecnico scientifica dell'AIFA pubblica sul sito dell'Agenzia i dati e le documentazioni su cui si basa il giudizio di non di non sostituibilità di cui al comma 1. La Commissione sottopone a revisione il proprio giudizio, su motivata e documentata richiesta di una o più regioni.

3. Entro 10 giorni dalla pubblicazione del giudizio espresso dalla Commissione tecnico-scientifica

dell'AIFA ai sensi del comma 1, le aziende titolari dei medicinali aventi un prezzo superiore a quello in assoluto più basso fra i medicinali effettivamente in commercio rendono operativa e comunicano all'AIFA la decisione di abbassare il prezzo dei loro medicinali fino al livello più basso, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 13, comma 4 del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2009, n. 77. Qualora le aziende farmaceutiche non ottemperino al disposto del precedente periodo, i medicinali che non sono stati oggetto di riduzione di prezzo sono collocati nella classe c) di cui all'articolo 8, comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, fatta salva la possibilità, per il medico, di continuare a prescriberli su ricetta del Servizio sanitario nazionale, e con onere a carico di quest'ultimo, unicamente per i pazienti già in trattamento.

4. Il medico che prescriba su ricetta del Servizio sanitario nazionale un medicinale collocato, ai sensi del comma 2, nella classe c) di cui all'articolo 8, comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, a un paziente che non sia in trattamento da data anteriore alla pubblicazione della valutazione della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA, è sottoposto a procedimento disciplinare ai sensi delle vigenti disposizioni ed è tenuto a rifondere il Servizio sanitario nazionale, anche mediante trattenuta sui relativi compensi, del maggior onere derivato dal proprio illecito comportamento, ferme restando, in ogni caso, le sanzioni penali eventualmente applicabili.

5. Qualora ricorra l'ipotesi prevista dal secondo periodo del comma 3, l'Agenzia italiana del farmaco, al fine di assicurare un risparmio per il Servizio sanitario nazionale almeno pari all'onere derivato dall'applicazione della predetta disposizione, colloca nella classe c) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, medicinali che risultino, nell'ambito della classe terapeutica di appartenenza, maggiormente onerosi per il Servizio sanitario nazionale in rapporto al risultato terapeutico conseguibile».

Art. 12

12.0.1

GRAMAZIO

Dopo l'articolo 12, inserire il seguente:

«Art. 12-bis.

1. All'articolo 15, comma 5, della legge n. 219 del 21 ottobre 2005, è aggiunto il seguente periodo: "Le convenzioni di cui al presente articolo sono stipulate decorsi nove mesi dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro della salute di cui al presente comma".

2. All'articolo 26, comma 261, al penultimo periodo, dopo 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. le parole: "di Paesi terzi" sono aggiunte le seguenti: "salvo che detti centri risultino approvati dalla competente autorità statunitense, nel qual caso non è richiesta alcuna preventiva autorizzazione ma solo una formale comunicazione a firma della persona qualificata del produttore, corredata da copia della vigente autorizzazione rilasciata al centro"».

Art. 13

13.1

D'AMBROSIO LETTIERI

Al comma 1, aggiungere in fine il seguente periodo: «Ai medicinali omeopatici che abbiano le caratteristiche di cui all'articolo 16, lettere a) e c), i cui dati di vendita siano al di sotto di trecento unità all'anno non si applicano le disposizioni di cui al titolo III del presente decreto, ferme restando le disposizioni di cui al titolo IV».

13.2

D'AMBROSIO LETTIERI

Al comma 2, dopo le parole: «decreto del ministro della salute 29 marzo 2012, n. 53» *inserire le seguenti:* «per un importo massimo pari un quindicesimo dello stesso».

13.3

D'AMBROSIO LETTIERI

Sopprimere il comma «4-bis».

13.0.1

I RELATORI

Dopo l'**articolo 13**, inserire il seguente:

«Art. 13-bis.

(Disposizioni in materia di regolamentazione
delle medicine non convenzionali)

1. La Repubblica italiana, nel rispetto degli articoli 32 e 33 della Costituzione, riconosce il pluralismo e la ricerca scientifica come fattori essenziali per la salvaguardia della salute dell'individuo; tutela la libertà di scelta terapeutica del singolo e la libertà di cura da parte dei medici e degli altri operatori di cui alla presente legge, all'interno ai un rapporto consensuale e informato con il paziente.
2. La Repubblica italiana riconosce l'esercizio delle terapie e delle medicine non convenzionali, esclusivamente esercitate da laureati in medicina e chirurgia, da laureati in odontoiatria, da laureati in veterinaria e da laureati in farmacia, ciascuno per la propria competenza, in modalità integrata con la biomedicina secondo la visione della medicina centrata sulla persona.
3. Le medicine non convenzionali (MNC) riconosciute ai sensi del presente articolo, comprendono i seguenti indirizzi terapeutici;
 - a) agopuntura;
 - b) fitoterapia;
 - c) medicina omeopatica e discipline affini.
4. Ai medici, farmacisti, odontoiatri e veterinari che praticano le discipline mediche di cui al comma 3 è consentito di definire pubblicamente la loro qualificazione professionale di esperto nelle discipline in oggetto nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248.
5. Presso gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri e gli Ordini dei medici veterinari e dei farmacisti è istituito, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, il registro degli esperti nelle MNC, articolato per sezioni secondo le discipline indicate al comma 3.
6. La qualifica di esperto nelle MNC è riservata a coloro che siano iscritti nel registro di cui al comma 5.
7. Possono iscriversi al registro di cui al comma 5 soltanto i laureati in medicina e chirurgia, i laureati in medicina veterinaria, i laureati in odontoiatria e i laureati in farmacia in possesso del diploma di esperto in una o più delle MNC, rilasciato dalle università degli studi statali e non statali o da enti privati di formazione nelle MNC accreditati dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca ai sensi dei commi da 18 a 23.
8. Con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individua i requisiti accreditamento delle associazioni, delle società scientifiche e degli enti privati di fondazione delle MNC che ne fanno richiesta, attenendosi ai seguenti criteri:
 - a) possono essere accreditati le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione, costituiti con competenze curriculari specifiche nelle discipline di cui al comma 3, e che, alla data della richiesta, hanno svolto in modo continuativo la loro attività da almeno cinque anni in Italia;
 - b) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione delle MNC, che richiedono l'accreditamento devono produrre idonea documentazione che attesti lo svolgimento, a partire dal momento della loro fondazione, di attività di formazione, informazione, divulgazione, ricerca scientifica e clinica nella disciplina di riferimento e devono produrre i *curricula* degli associati;
 - c) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione della MNC, che richiedono l'accreditamento devono annualmente dichiarare e comprovare la non sussistenza di condizioni di conflitto di interessi nello svolgimento della loro attività;
 - d) le associazioni e le società scientifiche di MNC, che richiedono l'accreditamento devono essere legalmente registrate quali enti senza scopo di lucro ed essere enti di chiara fama.
9. Con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentito il Ministro della salute, accredita le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione di ciascuna delle discipline indicate al comma 3, coerentemente con i criteri direttivi di cui al comma 11, sono accreditate nuove associazioni, società scientifiche ed enti privati di formazione delle MNC, entro tre mesi dall'espressione del parere previsto dal comma 16, lettera a).
10. Il Ministero della salute sottopone a revisione triennale l'accreditamento delle associazioni, delle società scientifiche e degli enti privati di formazione delle MNC, che abbiano ottenuto delle società scientifiche, e degli enti privati di formazione delle MNC, che abbiano ottenuto l'accreditamento. L'accreditamento può essere revocata qualora venga a mancare uno dei requisiti di cui al comma 8.
11. È istituita presso il Ministero della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, la Commissione permanente per le MNC, di seguito denominata "Commissione permanente".
12. La Commissione permanente è composta dai seguenti membri, nominati con decreto del

Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto:

- a) un medico esperto in agopuntura con competenze curriculari specifiche e con esercizio almeno decennale nella disciplina;
- b) un medico esperto in fitoterapia con competenze curriculari specifiche e con esercizio almeno decennale nella disciplina;
- c) un medico esperto in medicina omeopatica con competenze curriculari specifiche e con esercizio almeno decennale nella disciplina;
- d) un veterinario con competenze curriculari specifiche nelle MNC in medicina veterinaria e con esercizio almeno decennale nella disciplina;
- e) un membro designato dal tribunale dei diritti del malato;
- f) un rappresentante del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;
- g) due membri designati, per competenze curriculari specifiche nelle MNC, dalla Fondazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), rispettivamente uno per l'area medica e uno per l'area odontoiatrica; tali membri non possono essere presidenti di Ordini provinciali;
- h) un membro designato, per competenze curriculari specifiche nelle MNC, della Federazione nazionale degli Ordini dei medici veterinari (FNOVI); tale membro non può essere presidente di Ordine;
- i) un membro designato, per competenze curriculari specifiche nelle MNC, della Federazione nazionale degli Ordini dei Farmacisti; tale membro non può essere presidente di Ordine;
- l) Un membro esperto designato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

13. I membri della Commissione permanente di cui al comma 12 sono nominati su indicazione delle associazioni e società scientifiche di riferimento delle MNC, accreditate ai sensi del comma 8.

14. La Commissione permanente dura in carica cinque anni e i componenti di cui al comma 12 possono essere confermati una sola volta.

15. L'attività e il funzionamento della Commissione permanente sono disciplinati con regolamento interno approvato dalla Commissione stessa con la maggioranza dei due terzi dei componenti.

16. La Commissione permanente svolge i seguenti compiti:

- a) esprime parere sul riconoscimento dei titoli di studio equipollenti nelle discipline di cui al comma 3 conseguiti nei Paesi membri dell'Unione europea e nei Paesi terzi;
- b) esprime parere vincolante sull'accREDITAMENTO delle associazioni, delle società scientifiche e degli enti privati di formazione delle MNC, ai sensi del comma 9;
- c) promuove e vigila sulla corretta divulgazione delle tematiche con convenzionali nell'ambito di più generali programmi di educazione alla salute, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione;
- d) promuove l'integrazione delle discipline non convenzionali all'interno del Servizio sanitario nazionale (SSN) e ne promuove la corretta divulgazione nell'ambito di più generali programmi di educazione alla salute;
- e) promuove, nell'ambito delle attività di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la ricerca nel campo degli indirizzi metodologici, clinici e terapeutici non convenzionali, anche alla fine del riconoscimento e dell'equiparazione di nuove discipline alle MNC oggetto del presente articolo;
- f) trasmette ogni anno al Ministro della salute una relazione sulle attività svolte.

17. La valutazione dei risultati delle ricerche promosse dalla Commissione permanente costituisce la base per la programmazione degli ulteriori indirizzi di ricerca e per lo stanziamento dei fondi necessari.

18. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca promuove l'istituzione di corsi post-laurea nelle MNC previste dal presente articolo, in conformità ai criteri di cui al comma 6 con le procedure di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

19. Le università degli studi, statali e non statali, nell'ambito della loro autonomia didattica e nei limiti delle loro risorse finanziarie, e gli enti privati di formazione accreditati ai sensi del comma 8 e autorizzati dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, possono istituire corsi specifici di formazione per il rilascio del diploma di esperto in una o più delle MNC.

20. Ai fini dell'attività didattica di cui ai commi 18, 19, 20, 21, 22 e 236 le università degli studi, statali e non statali, si avvalgono di docenti iscritti ai registri di cui al comma 5, ovvero di enti privati di formazione accreditati ai sensi del comma 8.

21. Gli enti privati di formazione accreditati ai sensi del comma 8 possono istituire o attivare corsi di formazione per il rilascio del diploma di esperto in una o più delle MNC, purché attestino, attraverso idonea documentazione:

- a) i *curricula* di ciascun docente "titolare" che deve avere svolto attività didattica continuativa per almeno dieci anni nella singola disciplina;

b) un numero meno minimo di dieci docenti;

c) la disponibilità di spazi e attrezzature idonee all'attività didattica di cui al comma 22 conformi alla normativa vigente in termini di igiene, sicurezza e agibilità, attestati dalle autorità territoriali competenti;

d) l'attività svolta e la conformità della stessa ai principi di cui al comma successivo.

22. Il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con proprio regolamento, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, stabilisce:

a) le materie e il programma di insegnamento del corso di esperto in una o più delle MNC. Il percorso formativo post-laurea per conseguire il titolo di esperto in MNC deve essere di durata almeno triennale per ogni singola disciplina, per un totale complessivo di almeno 350 ore teoriche (frontale, formazione a distanza, *e-learning*) e di almeno 100 ore di pratica clinica supervisionata e certificata;

b) i criteri e le modalità per l'autorizzazione delle università, statali e non statali, e degli enti privati di formazione al rilascio del diploma di esperto in una o più delle MNC;

c) le disposizioni per la tutela di un registro dei docenti;

d) le disposizioni per la tenuta di un registro degli istituti di formazione riconosciuti.

23. La formazione della salute nomina un competente medico con competenze specifiche curriculari nelle MNC rispettivamente: nel Consiglio superiore di sanità, nel Comitato nazionale per la bioetica, nella Commissione unica del farmaco e nella Commissione nazionale per la formazione continua in medicina (ECM), di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni».

13.0.2

[CASTIGLIONE](#), [VIESPOLI](#), [POLI BORTONE](#)

Dopo l'**articolo 13**, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Modificazioni all'articolo 11 del decreto legge 24 gennaio 2012, convertito nella legge 24 marzo 2012, n. 27)

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 11 del decreto legge 24 gennaio 2012, convertito nella legge 24 marzo 2012, n. 27, aggiungere il seguente:

"2-bis. Nei comuni con popolazione fino a 10.000 abitanti le farmacie che risultino ancora soprannumerarie a seguito della revisione straordinaria in base ai nuovi parametri di cui al presente articolo, a domanda, possono richiedere il trasferimento in una sede di nuova istituzione nell'ambito della provincia di appartenenza, secondo una graduatoria provinciale elaborata sulla base dei criteri individuati dalla regione in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 362".».

13.0.3

[CASTIGLIONE](#), [VIESPOLI](#), [POLI BORTONE](#)

Dopo l'**articolo 13**, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Modificazioni all'articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, convertito nella legge 24 marzo 2012, n. 27)

1. Al comma 3 dell'articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, convertito nella legge 24 marzo 2012, n. 27, dopo le parole «si intendono» aggiungere le seguenti «le farmacie ubicate nei comuni con popolazione fino a 10.000 abitanti e».

Art. 14

14.1

[RIZZI](#), [ADERENTI](#)

Il comma 5 è abrogato.

14.2

[RIZZI](#), [ADERENTI](#)

Il comma 6 è abrogato.

14.3

RIZZI, BOLDI, ADERENTI

I commi 8 e 9 sono sostituiti dal seguente:

«8. Per le contribuzioni ed i rimborsi ONAOSI si applica la relativa sentenza della Corte costituzionale».

14.4

GRAMAZIO

Dopo il comma 12 aggiungere il seguente:

«12-ter. Dopo il comma 14 dell'articolo 15 della legge 7 agosto 2012, n. 135, è inserito il seguente:

"14-bis. Fermi restando gli effetti di contenimento della spesa di cui al comma 14, la spesa consuntivata per l'anno 2011 tiene conto dei criteri di calcolo dei vari sistemi regionali per quanto riguarda situazioni straordinarie subite dalle strutture private nel corso dell'anno 2011 che esplicano effetti sia nel 2012 che nel 2013"».

Art. 15

15.1

GRANAIOLA, BASSOLI, BIONDELLI, CHIAROMONTE, COSENTINO, IGNAZIO MARINO, PORETTI

Al comma 1, capoverso «89», primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «visite mediche preventive rispetto alla data di imbarco, visite ed esami richiesti dal personale in attesa di imbarco dai porti ed aeroporti italiani sia nelle strutture del Servizio sanitario nazionale che in convenzione con laboratori di analisi e radiologici esterni, servizio di medicina medico legale, per le malattie e gli infortuni, visita biennale di convalida dell'idoneità alla navigazione».

15.2

I RELATORI

Dopo il comma 3, aggiungere i seguenti:

«3-bis. Tenuto conto del trasferimento alle regioni del personale di ruolo dipendente dal Ministero della salute a seguito delle previsioni di cui al comma 1, nonché degli interventi di revisione della spesa pubblica a servizi invariati di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine di assicurare un efficace assolvimento dei compiti primari di tutela della salute affidati al Ministero della salute, resi più complessi dall'incremento della domanda di assistenza sanitaria, nonché dalla necessità di garantire elevati livelli di prevenzione e controllo in materia di profilassi internazionale, i dirigenti del Ministero della salute con professionalità sanitaria di cui all'articolo 18, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e coloro successivamente inquadrati nelle corrispondenti qualifiche, sono collocati, a decorrere dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e senza nuovi o maggiori oneri, in unico livello, nel ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute. La contrattazione collettiva nazionale successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009, ferma rimanendo l'esclusività del rapporto di lavoro, estende ai dirigenti sanitari del Ministero della salute, prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali, gli istituti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro. Nelle more dell'attuazione di quanto previsto dal precedente periodo e fermo restando quanto previsto al successivo comma 3-sexies, ai dirigenti sanitari del Ministero della salute continua a spettare il trattamento giuridico ed economico attualmente in godimento. I titoli di servizio maturati presso il Ministero della salute nei profili professionali sanitari anche con rapporto di lavoro a tempo determinato sono equiparati ai titoli di servizio del Servizio sanitario nazionale.

3-ter. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e della pubblica amministrazione e la semplificazione, da adottarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, nei limiti delle dotazioni organiche vigenti e ferme restando le riduzioni previste dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, nonché dall'articolo 2 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono individuati il contingente dei posti destinati alla dirigenza del ruolo sanitario del Ministero e i principi generali in materia di incarichi conferibili e modalità di attribuzione degli stessi. I posti e gli incarichi di cui al precedente periodo sono individuati e ripartiti con successivo decreto del Ministro della salute. Sono salvaguardate le posizioni giuridiche ed economiche dei dirigenti collocati nel ruolo di cui al

comma 3-*bis*, già inquadrati nella seconda fascia del ruolo dei dirigenti del Ministero alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, anche ai fini del conferimento degli incarichi di cui al successivo comma 3-*sexies*.

3-*quater*. L'accesso al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute avviene mediante pubblico concorso per titoli ed esami, disciplinato con atto di natura regolamentare del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e della pubblica amministrazione e la semplificazione, in coerenza con la normativa di accesso prevista per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

3-*quinqües*. Fermo restando quanto previsto dal comma 3-*bis* gli incarichi corrispondenti alle tipologie previste dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed individuati secondo il comma 3-*ter*, vengono attribuiti, in base alle disposizioni del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni.

3-*sexies*. Nei limiti del contingente di posti quantificato ai sensi del comma 3-*ter* e con priorità per i dirigenti con professionalità sanitaria già inquadrati nella seconda fascia del ruolo dei dirigenti del Ministero alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, agli incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale corrispondenti agli incarichi di struttura complessa previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, si accede in base ai requisiti previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale previa procedura selettiva interna ai sensi dell'articolo 19, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni. La procedura di conferimento è attivata in relazione alle posizioni che si rendono disponibili e il differenziale retributivo da corrispondere ai soggetti incaricati grava per la prima volta sulle risorse finanziarie del Ministero come previste dalla normativa vigente in materia di assunzioni; entro un anno dal conferimento del primo incarico di direzione di ufficio dirigenziale non generale i dirigenti sanitari del Ministero della salute partecipano ad apposito corso di formazione dirigenziale organizzato dal Ministero in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato. Rimangono fermi gli attuali contingenti fissati in relazione agli incarichi di II fascia dall'articolo 19, commi 5-*bis* e 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni.

3-*septies*. I dirigenti sanitari del Ministero della salute che abbiano ricoperto incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale corrispondenti agli incarichi di struttura complessa o di direzione di aziende sanitarie o di enti del Servizio sanitario nazionale per almeno 5 anni, anche non continuativi, possono partecipare alle procedure per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di livello generale ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, che in caso di primo conferimento hanno durata pari a tre anni, nonché partecipare al concorso previsto dall'articolo 28-*bis* del predetto decreto legislativo. Si applica l'articolo 23, comma 1, ultimo periodo del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni.

3-*octies*. Al fine di assicurare, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, il mantenimento dei livelli di prevenzione, vigilanza e controllo a tutela della salute, ai dirigenti sanitari del Ministero della salute, non si applicano le disposizioni in materia di soprannumerarietà, eccedenze di personale e mobilità collettiva di cui all'articolo 6, comma 1 e all'articolo 33 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, fatta salva l'applicazione dell'articolo 2, comma 11, lettera a) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e fermo rimanendo il divieto di procedere a nuove assunzioni fino al completo riassorbimento.

3-*nonies*. Nelle more della conclusione della procedura concorsuale bandita ai sensi dell'articolo 17, comma 10, della legge 3 agosto 2009, n. 102, i rapporti di lavoro a tempo determinato del personale tecnico sanitario assunto presso il Ministero della salute ai sensi dell'articolo 1, comma 4, lettera b) del decreto-legge 1º ottobre 2005, n. 202, convertito con modificazioni dalla legge 30 novembre 2005, n. 244, sono prorogati sino al 31 dicembre 2013, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato oltre quelli già autorizzati.

3-*decies*. Dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 3-*bis* a 3-*nonies* non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato».

Art. 15-*bis*

15-*bis*.1

RIZZOTTI

Al comma 2, lettera a), dopo il capoverso 1) inserire il seguente:

«1-*bis*) per quanto riguarda i dispositivi medici, per prezzo di riferimento alle condizioni di maggiore efficienza si intende il valore della mediana. Il prezzo è rilasciato in presenza di una base dati di almeno venti prezzi».

15-*bis*.0.1

GRAMAZIO

Dopo l'**articolo 15-bis**, inserire il seguente:

«Art. 15-ter.

1. Al personale dipendente del Consiglio nazionale delle ricerche che, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, opera presso enti del Servizio sanitario nazionale, concorrendo all'erogazione di prestazioni sanitarie, si applica, in quanto compatibile, la disciplina in materia di rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.

2. Con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e 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 Bolzano, da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, sono definite le modalità e le procedure per l'attuazione del comma 1.

Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

Tit.1

BELISARIO

Al titolo, *sopprimere le seguenti parole*: «lo sviluppo del paese mediante».