

RASSEGNA STAMPA Lunedì 29 Luglio 2013

Via libera del Consiglio dei Ministri al DDL omnibus del ministro Lorenzin: nuovi Ordini, epidurale nei Lea e stretta sul fumo, elettronico e non
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Nella sanità nascono tre nuovi Ordini
IL SOLE 24 ORE

Intervista a Cosentino, neo responsabile sanità del PD: "Ecco perché credo ancora nel SSN"
QUOTIDIANO SANITA'

Medici specializzandi subito in corsia per tutte le attività
ITALIA OGGI

Decreto Fare. La Camera approva. Il testo va al Senato. Ecco le norme sanitarie
QUOTIDIANO SANITA'

ANTEPRIMA/ Via libera del Consiglio dei ministri al Ddl omnibus del ministro Lorenzin: nuovi Ordini, epidurale nei Lea e stretta sul fumo, elettronico e non

 **Sanità**

di Manuela Perrone

26 luglio 2013

Sperimentazione clinica, riforma degli Ordini, epidurale nei Lea, sicurezza alimentare e corretti stili di vita: la ministra della Salute Beatrice Lorenzin va all'attacco delle grandi incompiute - finora - del Ssn e incassa dal Consiglio dei ministri di oggi ([leggi il comunicato](#)) il via libera a un disegno di legge in 28 articoli su «Disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, per la promozione della prevenzione e di corretti stili di vita».

Il premier Enrico Letta plaude al provvedimento «ampio e corposo che cerca di raccordare molti testi pendenti nelle commissioni sanità di Camera e Senato». «Il Ddl farà discutere», ha detto in conferenza stampa a Palazzo Chigi. «Ma contiene alcuni passaggi molto importanti sulla conferma e l'inasprimento del divieto di fumo, che noi consideriamo necessario in particolare nelle pertinenze degli edifici scolastici, luogo dove questo divieto spesso viene aggirato».

Riforma degli Ordini. Arriva la riforma degli Ordini professionali sotto forma di riscrittura di parte (capi I, II e III) del Dlgs del Capo provvisorio dello Stato 233/1946. Il Ddl conferma ovviamente gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti. Pone poi sotto il controllo del ministero della Salute – introducendoli nel relativo articolo – gli Ordini di biologi e psicologi. E prevede la costituzione degli Ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo Ordine rientreranno anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé). I tre Ordini delle professioni, insomma, presenti già in tutti i Ddl all'esame del Senato. Tra le novità c'è la definizione degli Ordini come organi sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, ai quali, tuttavia, non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica. Tutti sono sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute.

All'interno degli Ordini è prevista la creazione di albi per le singole professioni e gli Ordini saranno rappresentati a livello nazionale dalle relative Federazioni, sia regionali che nazionali, queste ultime con sede a Roma e compiti di indirizzo e coordinamento e supporto amministrativo degli Ordini e delle Federazioni regionali. Le Federazioni nazionali provvederanno anche all'aggiornamento dei codici deontologici, in particolare per quanto riguarda le attività di équipe multi professionali.

Lotta all'abusivismo e alle strutture "lager". Il testo introduce varie modifiche al Codice penale per inasprire le pene a carico di chi esercita abusivamente la professione sanitaria. In particolare si prevede l'aumento della pena ex articolo 348 Cp da un terzo alla metà e la confisca dei beni usati per commettere il reato. «Il fenomeno dell'abusivismo in sanità è una vergogna», ha commentato la ministra. «Solo per quanto riguarda l'odontoiatria si stima che siano 15mila i dentisti falsi. Per

questo abbiamo introdotto un'aggravante di reato e una nuova misura oltre a quella pecuniaria: il sequestro dei beni destinati alla professione, che vengono dati a strutture pubbliche e private che curano persone con difficoltà economiche e sociali». Anche per i reati contro la persona commessi in danno degli ospiti di strutture sanitarie o sociosanitari residenziali o semiresidenziali è prevista l'aggravante.

Sperimentazioni cliniche. La bozza di Ddl delega il Governo ad adottare, entro dodici mesi, uno o più decreti legislativi per il riassetto delle norme vigenti in materia di sperimentazioni cliniche dei farmaci per uso umano. I decreti delegati dovranno tra l'altro individuare una serie di elementi: i requisiti dei centri autorizzati ai trial interventistici dalla fase 0 alla fase IV; le modalità per attivare e ottimizzare i centri dedicati agli studi di fase I, sia sui pazienti sia sui volontari sani (qui il Ddl raccomanda l'attenzione al genere, prescrivendo che pazienti e volontari siano «equamente ripartiti tra i due generi, ove applicabile»); la semplificazione degli adempimenti per la presentazione della domanda per il parere del comitato etico e la conduzione degli studi; la rideterminazione delle sanzioni per chi viola la legge.

Stop al dolore nel parto. La ministra Lorenzin recupera anche le vecchie proposte, annunciate e mai attuate, di aggiornare i livelli essenziali di assistenza inserendo tra le prestazioni gratuite a carico del Ssn il controllo del dolore nel travaglio-parto con «tecniche di anestesia locoregionale». Questa norma, ha precisato Lorenzin, «interessa il 53% della popolazione italiana, cioè le donne, e arriva con un po' di ritardo rispetto agli altri Paesi europei».

Fumo e sigarette elettroniche. Nel provvedimento sono poi previste disposizioni che confermano il divieto di utilizzo di sigarette elettroniche per i minorenni (con sanzioni da 1.500 a 9mila euro per chi le vende agli under 18) e il divieto in tutti i locali chiusi delle scuole. E sempre su questa linea ci sono nuove norme sulle etichette delle confezioni di sigarette elettroniche con presenza di nicotina, sulle cartucce e sulle ricariche che dovranno riportare chiaramente la composizione dei liquidi e la concentrazione di nicotina nonché specifiche avvertenze sui rischi per la salute. Sarà compito di un decreto apposito, adottato di concerto con il ministro dello Sviluppo economico, fissare modalità e criteri per regolamentare la pubblicità delle e-cig. Quanto al fumo in generale, il Ddl estende il divieto di fumo anche alle aree aperte delle scuole. Cancellato, per ora, il divieto di fumo in auto se sono presenti minori o donne in gravidanza che era previsto nel testo di entrata a Palazzo Chigi. «In Consiglio dei ministri abbiamo avuto una discussione su questo aspetto - ha spiegato Lorenzin - dunque preferiamo lasciar decidere su questo tema il dibattito parlamentare».

Testo unico per gli enti vigilati dalla Salute. Impignorabili i fondi per la ricerca. Il Governo dovrà emanare un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal ministero della Salute (Istituto superiore di sanità, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Istituti zooprofilattici sperimentali e Lega italiana per la lotta contro i tumori). Obiettivo: sistemare la disciplina, oggetto di vari interventi legislativi. L'impignorabilità rientra dalla finestra, ma stavolta soltanto per i fondi assegnati agli enti destinatari dei finanziamenti per la ricerca: sequestro e pignoramento, se effettuati, sono da ritenersi nulli.

Specializzandi. Affidato a un accordo Stato-Regioni il compito di definire le modalità per l'inserimento degli specializzandi del biennio conclusivo nelle aziende

Ssn con graduale assunzione di responsabilità assistenziali fino alla completa autonomia nell'ultimo anno di corso.

«Ma spetta alla scuola di specializzazione e non alle Regioni la decisione su come impiegare gli specializzandi», ha puntualizzato la ministra dell'Istruzione Maria Chiara Carrozza.

Farmacisti e farmacie. Modificato l'articolo 102 del Testo unico delle leggi sanitarie (RD n. 1265 del 1934) spianando la strada alle possibili declinazioni della farmacia dei servizi: previsto l'esercizio cumulato delle professioni o arti sanitarie e la loro compresenza in farmacia: esclusi solo (e come sempre) i prescrittori di medicinali che - in caso di accordi di partecipazione all'utile della farmacia - saranno puniti con una multa da 10mila a 50 mila euro. Affrontato anche il nodo del pensionamento dei titolari di farmacia, nato con le liberalizzazioni di Monti: chi ha raggiunto il requisito potrà essere temporaneamente sostituito da un farmacista iscritto all'albo.

Dirigenza sanitaria del ministero della Salute. Entra in pista l'equiparazione della dirigenza sanitaria del ministero della Salute con quella del Ssn: avranno ruolo unico, parità di trattamento economico e di percorso di carriera.

Sicurezza alimentare e veterinaria. Il testo prevede un'altra delega, stavolta per il riassetto delle norme in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi. Il presupposto è che il ministero della Salute sia il punto di contatto con gli organi europei, fatte salve le competenze del ministero delle Politiche agricole. I decreti delegati dovranno effettuare una ricognizione delle disposizioni esistenti, riordinarle e rivedere l'apparato sanzionatorio per armonizzarlo con i principi comunitari.

Tra le ulteriori novità, la nascita di un Sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare, la creazione di un'"anagrafe" degli stabilimenti degli operatori del settore alimentare che intendono esportare verso i Paesi terzi e il potenziamento dei controlli, anche sulle navi officina e sulle navi frigo. Il disegno di legge promuove inoltre l'uso del sale iodato per favorire la prevenzione del gozzo.

Cani: corsi per proprietari e alti ai bocconi avvelenati. Nel Ddl si delega il Governo ad adottare una disciplina organica in materia di tutela dell'incolumità delle persone relativamente all'aggressione dei cani e il divieto di utilizzo e detenzione di esche e bocconi avvelenati. In particolare, l'Esecutivo dovrà definire i criteri per avere un cane e i comportamenti cui i "padroni" devono attenersi per essere rispettosi verso gli altri, con tanto di percorsi formativi ad hoc avviati dai Comuni. Sprint, infine, ai controlli per evitare l'uso improprio di sostanze tossiche e nocive, a specifici obblighi per i responsabili degli animali che muiono per aver ingerito veleno e alle sanzioni per le strutture che maltrattano cani&Co. Più tutele anche per i cavalli: ogni manifestazione in cui vengono utilizzati, a eccezione di sfilate e cortei e di quelle negli impianti e nei percorsi autorizzati dalla Federazione sport equestri, deve garantire i requisiti di sicurezza, salute e benessere, pure per i fantini, verificati dalla commissione comunale o provinciale competente, integrata con un veterinario della Asl.

Approfondimenti documenti

- [Il testo di ingresso a Palazzo Chigi](#)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nella sanità nascono tre nuovi Ordini

Al traguardo infermieri, ostetrici e i profili tecnici della riabilitazione e prevenzione

Manuela Perrone
ROMA

■ In arrivo tre Ordini professionali nuovi di zecca per gli oltre 600mila infermieri, ostetriche e tecnici sanitari italiani. Ordini, ciascuno con uno o più albi, che si affiancheranno, nel solo pianeta sanità, a quelli di medici e odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi e psicologi. Professioni sempre più regolamentate, dunque. E pugno di ferro contro gli "abusivi": chi esercita senza titolo si vedrà confiscati i beni utilizzati, che dovranno essere destinati alle strutture che ospitano persone disagate.

La riforma - proposta in tutti i Ddl sulle professioni sanitarie all'esame del Senato e avanzata innumerevoli volte anche in passato - rivede la luce ora nel disegno di legge omnibus del ministro della Salute Beatrice Lorenzin che ieri è stato approvato dal Consiglio dei ministri. Con la benedizione del premier Enrico Letta, che ha parlato di «provvedimento ampio e importante, che farà discutere».

L'idea è sempre la stessa: trasformare i Collegi delle professioni sanitarie in Ordini. Con il terzo, quello dei tecnici sanitari di radiologia medica, che dovrebbe inglobare tramite altrettanti albi anche i 17 profili tecnici, della riabilitazione e della prevenzione attualmente privi anche di un collegio.

Il Ddl in realtà prevede un riordino complessivo di tutti gli Ordini dei professionisti della salute attraverso la riscrittura di parte del Dlgs del capo provvisorio dello Stato 233/1946. Gli Ordini sono riconosciuti come «organi sussidiari dello Stato» deputati alla tutela degli interessi pubblici connessi all'esercizio professiona-

le, dotati di piena autonomia, patrimoniale e finanziaria e perciò «esclusi dalle norme di contenimento della spesa pubblica». Così almeno recita il testo d'ingresso a Palazzo Chigi, che sembra smentire l'orientamento sin qui espresso dalla Funzione pubblica e confermato dal ministero della Giustizia per gli Ordini non sanitari, secondo cui la spending review si applica anche agli Ordini e ai Collegi professionali.

Il provvedimento prevede inoltre che tutti, compresi i biologi oggi sotto la lente della Giustizia, passino sotto la vigilanza del ministero Salute e completa il passaggio degli psicologi avvenuto con la legge 31/2008. Aggiunge che gli Ordini provinciali sono rappresentati a livello nazionale dalle rispettive Federazioni regionali e nazionali, queste ultime con compiti di indirizzo, supporto amministrativo e aggiornamento dei codici deontologici.

Il testo, in 28 articoli, dovrebbe approdare a settembre alla commissione Igiene e sanità del Senato, dove siedono, eletti con il Pd, sia Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, sia Annalisa Silvestro, presidente della Federazione dei Collegi Ipa-svi che rappresenta i 420mila infermieri. Proprio Bianco e Silvestro, insieme, hanno presentato uno dei Ddl che il testo governativo ricalca: l'unità d'intenti, evidente e trasversale, lascia intravedere un iter in discesa.

«In questi mesi - ha confermato Lorenzin - ho seguito le attività delle commissioni parlamentari e ho recepito il lavoro fatto, che rischiava di rimanere ingolfato in Parlamento». Il segnale è arrivato ed è stato gradito. «Sono molto contenta e non sono la sola», commenta Silve-

stro. «Il Governo finalmente ha deciso di porre il tema degli Ordini delle professioni sanitarie in un Ddl governativo, che potrà solo migliorare. Noi infermieri aspettiamo questa riforma da almeno 15 anni».

Plauso anche dal Pdl. «La commissione è già impegnata a produrre una sintesi delle proposte di legge presentate», sottolinea Luigi d'Ambrosio Lettieri, capogruppo Pdl alla Igiene e sanità. «L'auspicio è che questa volta si giunga a un'approvazione definitiva per dare risposte concrete a quanti sono impegnati in un settore così delicato come la sanità, alle esigenze di tutela della salute dei cittadini e alla necessità di ammodernare il sistema senza destrutturarlo».

Soddisfazione unanime anche per la stretta contro l'abusivismo. «Una vergogna», l'ha definito il ministro Lorenzin, citando come esempio i «15mila falsi dentisti» che operano indisturbati. E i dentisti, quelli veri, ringraziano. «Ha accolto le nostre richieste», osserva Gianfranco Prada, presidente dell'Andi. «Ora le chiedo l'ulteriore impegno di fare approvare il Ddl in tempi brevi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In pillole

I temi sui quali interviene il Ddl omnibus sulle professioni sanitarie sul quale il ministro Lorenzin ha ottenuto il via libera del Consiglio dei ministri



CARRIERE

Gli specializzandi saranno gradualmente inseriti nelle file del Ssn. La dirigenza sanitaria del Salute avrà ruolo unico e sarà equiparata a quella del Ssn. Pene più severe per l'abusivismo, punito anche destinando i beni confiscati a strutture benefiche



SPERIMENTAZIONI

Il Governo è delegato a stilare entro un anno il riordino delle norme sui test con i medicinali ad uso umano. Dovranno essere individuati i requisiti di tutti i centri autorizzati, i compiti dei comitati etici incaricati della valutazione dei protocolli sperimentali e i requisiti minimi dei contratti



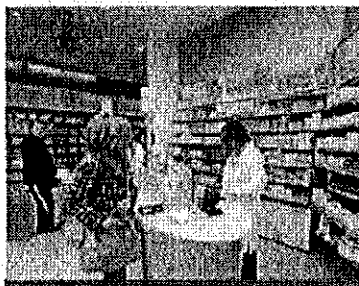
PROFESSIONI

Il riordino li dota di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, sottoponendoli alla vigilanza del ministero della Salute, sotto cui ricadono anche i biologi. Le restanti professioni confluiscono in tre nuovi Ordini: infermieri, ostetrici e tecnici



ALIMENTI

Delega al riassetto di tutte le norme su alimenti e mangimi in ottica Ue. Tra le novità, un sistema informativo nazionale sulla sicurezza alimentare, l'anagrafe degli alimentaristi esportatori nei Paesi terzi, i controlli su navi officina e frigo, l'anagrafe degli equidi



FARMACIE

Strada spianata alla "farmacia dei servizi": si prevede l'esercizio cumulato e la compresenza delle professioni sanitarie in farmacia. Esclusi i medici prescrittori: in caso di illegali partecipazioni agli utili riceveranno super-multe da 10mila a 50mila euro



ANIMALI

Nuove tutele per animali e proprietari. Ci sarà massima vigilanza sulle manifestazioni con equidi e fantini e il Governo dovrà adottare una disciplina ad hoc con percorsi formativi per i padroni di cani. Obiettivo: evitare aggressioni a terzi e bocconi avvelenati

L'ANALISI

Roberto
Turno

La vera sfida è il futuro delle cure pubbliche

Tre nuovi Ordini che poco sarebbero piaciuti all'Antitrust. La lotta senza quartiere all'abusivismo professionale. Le semplificazioni per i trial clinici. L'affondo contro il fumo, anche se con l'inclampo (e scontro in Consiglio dei ministri) sul divieto di accendere la sigaretta in automobile. E poi i controlli sui cibi e sugli animali. Il parto indolore che diventa gratuito. Il pugno di ferro contro i lager per gli anziani. Ha scelto tante strade in un certo senso popolari, ma anche molte richieste dalle professioni sanitarie (i nuovi Ordini) e dai partiti, Beatrice Lorenzin per il suo primo Ddl d'esordio in Consiglio dei ministri. E ben venga, perché in tanti casi non necessariamente quel che "fa voto" è da buttar via. Soprattutto dopo anni di occasioni perse e di leggi lasciate decantare.

Resta tutto da vedere l'effetto che farà il Ddl in Parlamento. Se le Camere

avranno tempo. Ma le vere fatiche che attendono il ministro della Salute - con l'Economia e le Regioni - per il futuro del welfare sanitario e di quel che potrà restare dell'universalismo delle cure, sono ben altre. La prova del nove si gioca su altri otto tavoli. Quelli apparecchiati per la messa a punto del «Patto per la salute» che Lorenzin con i governatori hanno cominciato a definire almeno come grandi capitoli. Quella sarà la vera sfida, da portare a compimento a partire da settembre giusto all'incrocio con la legge di stabilità 2014. Dove la definizione delle risorse (a partire dai ticket) sarà dirimente per decidere quali (e se) saranno le sorti della sanità pubblica. Quali sprechi e come saranno cancellati e quale strada si seguirà per la messa a punto del sistema. Sarà un nuovo «piano regolatore» della sanità, ama dire il ministro. Ecco, basta che non faccia la fine di troppi, fin troppo noti perché fallimentari, piani regolatori cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Intervista a Cosentino, neo responsabile sanità del PD: "Ecco perché credo ancora nel Ssn"

Da un mese è alla guida del Forum sanità del Pd in un momento particolarmente delicato per la vita del partito in vista del prossimo congresso. Ma su cosa fare in sanità non ha dubbi: "Non c'è alternativa a un sistema universalistico e tendenzialmente gratuito, pagato con la fiscalità generale". "Lorenzin ha detto che è finita l'epoca del "tutto a tutti". Scusate, ma quando è iniziata?"

27 LUG - Lionello Cosentino, ex senatore del Partito Democratico, ha speso la sua vita politica nella sanità di cui conosce i vari livelli di governo, da quello comunale passando per quello regionale fino a quello nazionale essendo stato parlamentare per due legislature. Ora la sua esperienza la mette a disposizione del Partito Democratico che lo ha nominato responsabile Salute. Ha obiettivi ambiziosi che lo portano, per esempio, a non rassegnarsi all'idea che la sanità del meridione resti indietro e a suggerire un cambio di visione strategica per recuperare un più alto livello di programmazione e *governance*. E di Lorenzin, che conosce da anni, apprezza la ripresa del dialogo con le regioni.

Dottor Cosentino, lei da poco è stato nominato responsabile salute del Partito Democratico, quali obiettivi si è dato?

Mi sono dato tre obiettivi. Il primo, una collaborazione positiva con le Commissioni parlamentari, per cui intendo seguire da vicino il lavoro legislativo. Il secondo obiettivo, più ambizioso, è il tentativo di ricostruire nelle regioni delle reti larghe di professionisti della salute, sul modello del "Forum sanità" aperto a iscritti del PD ma non solo, per parlare e affrontare i problemi quotidiani affinché le politiche sanitarie non siano decise solo da pochi tecnici ma da chi la sanità la fa veramente. Il terzo è quello di tornare ad avere l'ambizione che ebbero i nostri parlamentari quando fecero la riforma del '78, di ripensare un moderno sistema di tutela universalistico e tendenzialmente gratuito cioè pagato con la fiscalità generale.

Questo non le sembra il più ambizioso dei tre obiettivi?

Le esperienze migliori in molte Asl e Regioni italiane ci dicono che è possibile farlo, ma che non ci sia la consapevolezza nel ceto politico e nella classe dirigente del Paese che ancora pensa che il Ssn rappresenti, alla fine, un costo eccessivo. Un'idea, quella di una spesa sanitaria incontrollabile, che oggi è smentita dai fatti. Anzi, si può ancora migliorare molto in termini di efficienza dei nostri servizi. Ma al di là di questo, le voglio dire, che, al contrario di quanto pensano in molti, non è assolutamente "moderna" una visione privatistica della sanità, nella quale si preveda una maggiore partecipazione privata (singola o associata) ai costi. È invece necessario un cambio di mentalità perché chi paga le inefficienze sono soprattutto le persone più deboli, quelli con difficoltà economiche e che non hanno neanche gli strumenti culturali. La povera gente ha sofferto e continua a soffrire molto. Per tutte queste ragioni, continuo a credere, anzi lo definirei "il mio sogno politico" a una sanità universalistica, solidale ed equa. Sono stanco di dare per scontato che "questa sanità non ce la possiamo più permettere" e che chi non può pagare sia destinato a restare indietro.

Non crede che anche il Partito Democratico abbia delle responsabilità?

Nel corso di questi ultimi anni le politiche nazionali sulla sanità sono state sostanzialmente dettate dal ministero dell'Economia e si sono risolte in una riduzione progressiva ma forte delle risorse a disposizione del Ssn. Questa è stata la scelta degli ultimi governi e la

politica del Partito Democratico è stata sostanzialmente un tentativo di contrastare (senza particolare successo, va detto), la riduzione degli stanziamenti a favore del Ssn e di difendere il ruolo delle regioni. Ora il punto da cui io parto, che vale sia per il Pd che per il governo, è che noi siamo scesi sotto il livello di tenuta del sistema sanitario. Già adesso nell'attuale situazione per il ceto medio usufruire di determinate prestazioni specialistiche e diagnostiche significa quasi sempre pagarsele. La questione delle liste d'attesa non è importante di per sé, ma per l'indicazione che dà e cioè che ci sono ormai parti del sistema pubblico che non sono più a disposizione dei cittadini. L'Italia è un paese diviso in due. Nelle regioni centro-settentrionali la bravura, l'intelligenza e la capacità anche di maggioranze politiche eterogenee, hanno permesso di tenere il sistema in equilibrio con performance per i cittadini sufficientemente buone. Nelle regioni del centro-sud questo non è avvenuto e con molta difficoltà si fronteggia una situazione di crisi crescente.

Quello che sta suggerendo è dunque un cambio di visione strategica?

La mia impressione è che i Piani di rientro che erano molto dettagliati nella parte del rientro economico, sono stati viceversa fragilissimi dal punto di vista delle politiche sanitarie mancando gli indispensabili sistemi di valutazione delle cure e quei processi veri di riorganizzazione delle reti assistenziali senza i quali i Piani di rientro si sono sostanzialmente limitati a tagliare la spesa in modo quasi sempre indistinto. Si è per troppi anni, ad esempio, confusa la chiusura dei piccoli ospedali con la riorganizzazione delle reti ospedaliere. Che sono cosa diversa e molto più importante.

La sua analisi sembra concordare con la Corte dei Conti quando dice che sì i Piani di rientro hanno migliorato i conti però hanno peggiorato la garanzia di adeguati livelli di assistenza. Questo per me è il punto d'allarme. Perché alla fine, un sistema sanitario, sia pure con tanti limiti e difetti, che ha garantito ai cittadini la sostanziale gratuità delle cure rappresenta una sicurezza in termini di benessere e di welfare irrinunciabili specie in un momento come questo di crisi economica. Prendiamo i ticket. Ormai in molte regioni, per le visite specialistiche, il costo è tale per cui alla fine conviene andare nel privato. Mentre i costi del pubblico restano gli stessi. Il rischio che vedo per il Ssn è che nessuno si pone più il problema di cambiarlo innovandolo. Il problema è che assistiamo ad uno sfasciarsi di tanti pezzi che non funzionano più. Credo che il sistema abbia bisogno di recuperare un più alto livello di programmazione e di *governance*.

La programmazione è un elemento su cui insistono anche le regioni.

Un nuovo Patto per la salute e la riapertura di un confronto tra governo e regioni. E' questo ciò che ci vuole per tornare ad una politica nazionale della sanità. La salute non può essere soltanto di competenza delle regioni, deve esserci anche una responsabilità centrale dello Stato. Fra l'altro il 2 settembre alla festa nazionale democratica di Genova ci sarà un confronto con il ministro Lorenzin, le regioni e i parlamentari proprio su questo tema.

I Livelli essenziali di assistenza non sono dunque più sufficienti a garantire la responsabilità centrale dello Stato?

Avrebbero dovuto esserlo ma non è stato così. E una riflessione, all'interno della cornice del Titolo V, su come interviene lo Stato a sostegno del mezzogiorno, è un tema che da troppo è assente dal dibattito politico italiano.

Non si possono attendere altri anni per ristabilire principi di uguaglianza nella qualità delle cure tra regioni del centro-sud e regioni del centro-nord. C'è bisogno di una politica nazionale per lo sviluppo della sanità nel mezzogiorno che vada oltre la nomina di un commissario. Il tema di un Paese diviso in due ce lo dobbiamo porre.

Si può essere d'accordo con il ministro Lorenzin quando alle Camere, presentando le sue linee programmatiche ha detto: "È finito il tempo del tutto a tutti in sanità. Serve riforma Ssn"?

Quando sia iniziato il tempo del "tutto a tutti" io non me ne sono accorto. Al di là delle battute, il punto da cui parto è questo: oggi ci sono gli strumenti per

valutare i punti di forza e di debolezza del sistema. Il sistema di valutazione della qualità delle cure prodotto da Agenas è un mezzo efficace per intervenire sulla riorganizzazione delle reti, sulla programmazione dei servizi, sull'audit quando emergono situazioni critiche. L'uso di questi dati potrebbe consentire un monitoraggio costante del sistema e della sua capacità effettiva di rispondere alla domanda di salute monitorando inappropriately e sperperi, riorganizzando la qualità dell'offerta. Questa è la riforma che andrebbe fatta, di *governance*. Piuttosto che di nuove leggi, il Servizio sanitario ha bisogno di utilizzare le informazioni presenti e riorganizzare la programmazione con un occhio ai risultati.

Tutto ciò può essere integrato con una riforma anche del welfare in cui sia più forte la relazione tra "previdenza, assistenza e salute" come affermato dal presidente dell'Inps Mastrapasqua?

Sono assolutamente d'accordo, aggiungo che in realtà questo è proprio uno dei nodi perché mentre nella sanità ci sono sistemi di registrazione delle prestazioni, utili per creare un panorama di ciò che il sistema offre anno per anno, come cambia e la qualità dell'offerta, un analogo meccanismo non c'è nel sistema della rete sociale e questo è un problema perché nei comuni e nelle regioni, con alcune eccezioni, c'è un proseguimento della spesa storica. Mentre penso che sarebbe utilissima l'occasione dell'integrazione per avere un censimento delle fragilità incrociando i due sistemi.

Lunedì scorso, dopo anni, i medici hanno scioperato. Rispetto alla manifestazione dell'ottobre scorso, diversa per finalità, in cui i politici parteciparono in massa per dare la loro solidarietà agli operatori, questa volta la politica sembra sia stata assente. Perché secondo lei?

Io credo che i medici abbiano diritto a rinnovare il contratto ed è interesse dello Stato e delle regioni che il contratto si rinnovi perché i contratti, se fatti bene, sono un modo per incentivare la qualità, il merito, la professionalità quindi sono una leva per far funzionare bene gli ospedali. Detto questo la minore partecipazione della politica, come dice lei, rispetto ad un anno fa, può essere dovuta al fatto che quella manifestazione aveva un carattere di impostazione generale, sul futuro della sanità. Lo sciopero di lunedì invece aveva come obiettivo, e questo è l'invito che rivolgo al governo, l'apertura della trattativa per iniziare il confronto. Probabilmente poi c'è stata anche una minore pressione perché la politica partecipasse.

Ieri il ministro Lorenzin ha presentato un suo disegno di legge ampio che va dalla riforma delle professioni, passando per i Lea, la sicurezza alimentare, fino al divieto di fumo nelle scuole per le sigarette elettroniche. Che valutazione da dell'operato del ministro fino ad oggi?

Del disegno di legge di cui ho ancora visto poco per esprimere un giudizio complessivo sottolineo la nota positiva che riguarda il fumo. Nella scorsa legislatura, al Senato, avevamo tentato di fare una norma che si era arenata e bene ha fatto il ministro a rilanciarla. Detto questo, riservandomi un commento più ampio quando si conoscerà il testo ufficiale del provvedimento, voglio dire che conosco Beatrice Lorenzin da anni. Eravamo nel consiglio comunale di Roma, la stimo come persona e la ritengo molto intelligente e capace. Forse è ancora troppo presto per dare una valutazione compiuta, però certo registro un cambiamento rispetto agli ultimi governi, compreso quello Monti. La svolta, dovuta in parte anche al fatto che si tratta di un gabinetto particolare di larghe intese, è nel rapporto con le regioni, nella ripresa di un dialogo con le Autonomie, la volontà di camminare insieme affrontando problemi complessi come la quadratura dei conti pubblici che è problema non di un governo ma del Paese nel suo complesso. E il farlo insieme è sicuramente il modo migliore.

Stefano Simoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Medici specializzandi subito in corsia per tutte le attività

Agevolare l'accesso dei giovani specializzandi alla professione medica. È questo per il ministro della salute Lorenzin l'obiettivo principale del passaggio contenuto nello schema di ddl salute che prevede l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle attività ordinarie del servizio sanitario nazionale. La proposta era stata già avanzata dall'ex ministro della salute Fabio Fazio che in tandem con il ministro Gelmini aveva presentato una riforma del percorso di studi in medicina prevedendo, tra le altre cose la partecipazione degli specializzandi all'attività professionale con esperienze sul campo. Ma il provvedimento, anche per la fine anticipata delle legislatura, si risolse in nulla di fatto. Ora la Lorenzin, supportata dal ministro dell'istruzione e università Maria Chiara Carozza, ci riprova. E nel ddl presentato ieri ha previsto un passaggio specifico per la formazione dei medici specializzazioni. Nel testo si prevede, appunto, che gli specializzandi nel corso dell'ultimo biennio possano essere inseriti nel servizio sanitario nazionale e prestare le loro funzioni come medici. Il tutto sarà disciplinato sulla base di un accordo tra i diversi soggetti che si fanno carico della formazione e dell'impiego dei medici e quindi le regioni, i ministeri dell'economia della salute e dell'università. Ma ha precisato il ministro Carozza, «sarà poi compito delle scuole di specializzazione (dove avviene la formazione ndr) e non delle regioni stabilire come impiegare gli specializzandi, quindi su quale settore. Si tratta di un passaggio», ha chiuso poi la Carozza, «che apre un discussione sull'inserimento graduale degli specializzandi nel Servizio sanitario nazionale».

Decreto Fare. La Camera approva. Il testo va al Senato. Ecco le norme sanitarie

Dopo una maratona di oltre 40 ore la Camera ha approvato il ddl di conversione del decreto-legge "Fare". Diverse le misure riguardanti la sanità: dai farmaci orfani al Fascicolo sanitario elettronico, dal rinvio dell'obbligo assicurativo per le professioni sanitarie alla donazione di organi. Il TESTO DELLE NORME SANITARIE.

26 LUG - Dopo una no-stop di due giorni, in cui i deputati del M5S hanno usato lo strumento parlamentare dell'ostruzionismo per ritardare i lavori, oggi Montecitorio ha approvato il disegno di legge di conversione del decreto-legge "Fare", nel testo approvato dalle Commissioni. Dopo due giorni e due notti di 'seduta fiume', il provvedimento passa ora all'esame del Senato.

Vediamo le misure che riguardano la sanità contenute nel testo:

Pagamenti debiti PA

Le risorse per il pagamento dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale, ripartite dal governo Monti in 40 miliardi divisi in due anni, e non richieste dalle regioni entro lo scorso 31 maggio, possono essere assegnate alle regioni che ne hanno fatto richiesta entro il 15 luglio. Si tratta di circa 280 milioni che dovrebbero andare al pagamento dei debiti delle Asl di Piemonte e Puglia.

Farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica

L'emendamento proposto dal governo che modifica il decreto Balduzzi, prevede una corsia preferenziale per i farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica (i cosiddetti "salvavita"). L'Aifa – tramite "sedute straordinarie delle competenti commissioni" – avrà massimo 100 giorni per il completamento delle procedure per il loro inserimento nel prontuario a carico del Sistema sanitario nazionale.

Liquidità per la Cri

Il Ministero dell'economia e delle finanze mette a disposizione della Croce rossa un anticipo di liquidità per una cifra massima di 150 milioni per il 2014 (Articolo 49-quater). L'anticipo è concesso, previa presentazione da parte della Cri di un piano di pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili alla data del 31 dicembre 2012.

Fascicolo sanitario elettronico

Entro il 30 giugno 2014 le Regioni e le Province autonome presenteranno all'Agenzia per l'Italia digitale e al Ministero della Salute il piano di progetto per la realizzazione del Fse, redatto sulla base delle linee guida rese disponibili dalla medesima Agenzia e dal Ministero della Salute, anche avvalendosi di enti pubblici di ricerca, entro il 31 marzo 2014.

Abrogazione dei certificati inutili

Sono eliminate tutte le certificazioni mediche oggi necessarie per accedere a impieghi pubblici e privati, limitatamente alle professioni non a rischio.

Donazione degli organi

I Comuni trasmetteranno i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi al Sistema informativo trapianti. Il consenso confluirà poi nel Fascicolo sanitario elettronico.

Obbligo assicurazione professioni sanitarie

Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di assicurazione viene prorogato al 13 agosto 2014.

Stop alla visite di controllo per invalidi gravi

L'emendamento all'articolo 42/bis che esclude dalle visite di controllo per l'accertamento dell'invalidità tutti coloro che sono affetti da malattie gravi e irreversibili, da sindrome di down e da sindrome da talidomide. Il testo prevede inoltre che non sarà più sospesa l'erogazione della pensione nei casi, purtroppo non rari, di ritardo della vidimazione del verbale di invalidità.

Approfondimenti:

■ Cri: "Atto importante a tutela di volontari e dipendenti"

Allegati:

■ Le misure che riguardano la sanità contenute nel DI Fare

I documenti di:

quotidianosanità.it

Quotidiano online di informazione sanitaria

Dossier

Documentazione legislativa

Studi e ricerche

Interventi e relazioni

LE MISURE CHE RIGUARDANO LA SANITÀ CONTENUTE NEL DL FARE

Articolo 3-bis

(Misure urgenti per i pagamenti dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale)

1. Le risorse per il pagamento dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale, ripartite ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, e non richieste dalle regioni entro il 31 maggio 2013, possono essere assegnate, con decreto di aggiornamento del decreto direttoriale di cui al medesimo articolo 3, comma 2, del decreto legge n. 35 del 2013, alle regioni che ne fanno richiesta entro il 30 giugno 2013, prioritariamente in funzione dell'adempimento alla diffida prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni.
2. In relazione a quanto previsto al comma 1, all'articolo 3, comma 9, ultimo periodo, del Decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, le parole: «30 giugno» sono sostituite dalle seguenti: «15 luglio».

Articolo 17

(Misure per favorire la realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico)

1. All'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) al comma 2, dopo le parole: «Il FSE è istituito dalle regioni e province autonome,» sono inserite le seguenti: «conformemente a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7, entro il 30 giugno 2015»;
 - b) al comma 6, le parole «senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti e dei documenti clinici presenti nel FSE» sono sostituite dalle seguenti «senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE»;
 - c) al comma 7, le parole: «con decreto» sono sostituite dalle seguenti: «con uno o più decreti»;
 - d) al comma 15, dopo le parole: «dei servizi da queste erogate» sono aggiunte le seguenti: «, nonché avvalersi della piattaforma tecnologica centrale per il FSE, fruibile in modalità cloud computing e conforme a quanto stabilito dai decreti di cui al comma 7, compresi i criteri di interoperabilità, resa disponibile dall'Agenzia per l'Italia digitale, avvalendosi della società di cui al comma 15 dell'articolo 83 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133»;
- d) dopo il comma 15 sono aggiunti i seguenti commi:
 - «15bis. Entro il 30 giugno 2014, le regioni e le province autonome presentano all'Agenzia per l'Italia digitale e al Ministero della salute il piano di progetto per la realizzazione del FSE, redatto sulla base delle linee guida rese disponibili dalla medesima Agenzia e dal Ministero della salute, anche avvalendosi di enti pubblici di ricerca, entro il 31 marzo 2014.
 - 15ter. L'Agenzia per l'Italia digitale sulla base delle esigenze avanzate dalle regioni e dalle province autonome, nell'ambito dei rispettivi piani, cura, in accordo con il Ministero della salute e con le regioni, la progettazione e la realizzazione della piattaforma tecnologica centrale di cui al comma 15.
 - 15quater. L'Agenzia per l'Italia digitale e il Ministero della salute operano congiuntamente, per le parti di rispettiva competenza, al fine di:
 - a) valutare e approvare, entro sessanta giorni, i piani di progetto presentati dalle regioni e dalle province autonome per la realizzazione del FSE, verificandone la conformità a quanto stabilito dai decreti di cui al comma 7;

b) monitorare la realizzazione del FSE, da parte delle regioni e delle province autonome, conformemente ai piani di progetto approvati. La realizzazione del FSE in conformità a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 è compresa tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le province autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale da verificare da parte del Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005.

15quiquies. Per la realizzazione della piattaforma tecnologica centrale di cui al comma 15, è autorizzata una spesa non superiore a 10 milioni di euro per il 2014 e a 5 milioni di euro a decorrere dal 2015, da definire su base annua con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze su proposta dell'Agenzia per l'Italia digitale, coerentemente con le esigenze avanzate dalle regioni e dalle province autonome ».

Articolo 42 **(Soppressione certificazioni sanitarie)**

1. Fermi restando gli obblighi di certificazione previsti dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, sono abrogate le disposizioni concernenti l'obbligo dei seguenti certificati attestanti l'idoneità psicofisica al lavoro:

a) certificato di sana e robusta costituzione, di cui: 1) all'articolo 2 del regolamento di cui al regio decreto 4 maggio 1925, n. 653;

2) all'articolo 17, secondo comma, del regolamento di cui al regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330;

3) all'articolo 3, secondo comma, lettera f), del regolamento di cui al regio decreto 12 ottobre 1933, n. 1364;

4) all'articolo 8, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 23 novembre 2000, n. 402;

b) limitatamente alle lavorazioni non a rischio, certificato di idoneità per l'assunzione di cui all'articolo 9 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1956, n. 1668, e all'articolo 8 della legge 17 ottobre 1967, n. 977, e successive modificazioni;

c) certificato medico comprovante la sana costituzione fisica per i farmacisti, di cui:

1) all'articolo 4, primo comma, lettera e), del regolamento di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706;

2) all'articolo 31, quinto comma, del regolamento di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706;

3) all'articolo 5, secondo comma, numero 3), del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275;d) certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego, di cui:

1) all'articolo 2, primo comma, numero 4), del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3;

2) all'articolo 11, secondo comma, lettera c), del decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686;

3) all'articolo 2, comma 1, numero 3), del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487;

4) all'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483;

5) all'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 2001, n. 220;

e) certificato di idoneità psico- fisica all'attività di maestro di sci, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera c), della legge 8 marzo 1991, n. 81.

2. All'articolo 32 del regolamento per il servizio farmaceutico, di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo comma, le parole: «ed esibire tanti certificati medici quanti sono i dipendenti medesimi per comprovare che essi siano esenti da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso» sono soppresse;

b) al terzo comma, le parole: «Le suddette comunicazioni devono essere trascritte» sono sostituite dalle seguenti: «La suddetta comunicazione deve essere trascritta».

3. Per i lavoratori che rientrano nell'ambito della disciplina di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e successive modificazioni, non si applicano le disposizioni concernenti l'obbligo della certificazione attestante l'idoneità psico-fisica relativa all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici, di cui all'articolo 27, primo comma, numero 4o, del regolamento di cui al regio decreto 9 gennaio 1927, n. 147.

4. Sono abrogate le disposizioni relative all'obbligatorietà del certificato per la vendita dei generi di monopolio, di cui all'articolo 6, primo comma, numero 5), della legge 22 dicembre 1957, n. 1293.

5. All'articolo 3, comma 1, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77, le parole: «, muniti di idoneità fisica,» sono soppresse.

6. La lettera e) del comma 1, dell'articolo 5 della legge 21 novembre 1991, n. 374, e successive modificazioni, e la lettera e) del comma 1 dell'articolo 2, della legge 22 luglio 1997, n. 276, sono abrogate.

7. La legge 22 giugno 1939, n. 1239, è abrogata.

Articolo 42-bis **(Semplificazione in merito alle verifiche dell'Istituto nazionale della previdenza sociale sull'accertamento dell'invalidità)**

1. I soggetti per i quali è già stata accertata da parte degli uffici competenti una menomazione o una patologia stabilizzata o ingravescenti di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 2 agosto 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 27 settembre 2007, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide o da sindrome di Down, che hanno ottenuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esclusi dalle visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante da parte degli uffici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS).

2. Il soggetto chiamato dall'INPS per la verifica sull'accertamento del suo stato invalidante effettua la verifica limitatamente alle situazioni incerte.

3. Il soggetto chiamato dall'INPS per la verifica sull'accertamento del suo stato invalidante non perde il diritto a percepire l'emolumento economico di cui è titolare anche se i verbali di visita non sono immediatamente vidimati dal responsabile preposto.

Articolo 43 **(Disposizioni in materia di trapianti)**

1. Al terzo comma dell'articolo 3 del Regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «I comuni trasmettono i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi al Sistema informativo trapianti, di cui all'articolo 7, comma 2, della legge 1 aprile 1999, n. 91.».

1 bis. Il consenso o il diniego alla donazione degli organi confluisce nel fascicolo sanitario elettronico di cui all'articolo 12 del decreto- legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni.

2. Agli adempimenti di cui al comma 1, si provvede senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica, con le risorse umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Articolo 44

(Riconoscimento del servizio prestato presso le pubbliche amministrazioni di altri Stati membri e semplificazioni per la certificazione di qualità delle materie prime utilizzate per la produzione di medicinali nonché disposizioni per la classificazione dei farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica)

1. Al comma 1 dell'articolo 5 del decreto- legge 8 aprile 2008, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2008, n. 101, dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Relativamente al personale delle aree della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria che presta servizio presso le strutture sanitarie pubbliche, per le quali l'ordinamento italiano richiede, ai fini del riconoscimento di vantaggi economici o professionali, che l'esperienza professionale e l'anzianità siano maturate senza soluzione di continuità, tale condizione non si applica se la soluzione di continuità dipende dal passaggio dell'interessato da una struttura sanitaria, di cui alla legge 10 luglio 1960, n. 735, di uno Stato membro a quella di un altro Stato membro».

2. All'onere derivante dal comma 1 si provvede con le risorse del fondo di rotazione di cui all'articolo 5 della legge 16 aprile 1987, n. 183, che a tale scopo sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate al Fondo sanitario nazionale, ai fini della successiva erogazione alle regioni, sulla base di apposito riparto, da effettuare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Fino alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di recepimento della direttiva 2011/62/UE, non si applica il disposto di cui al primo periodo dell'articolo 54, comma 3, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni. Fino alla stessa data, le materie prime di cui all'articolo 54, comma 2, del medesimo decreto legislativo, anche importate da paesi terzi, devono essere corredate di una certificazione di qualità che attesti la conformità alle norme di buona fabbricazione rilasciata dalla persona qualificata responsabile della produzione del medicinale che utilizza le materie prime. Resta ferma la possibilità, per l'AIFA, di effettuare ispezioni dirette a verificare la conformità delle materie prime alla certificazione resa.

4. Il comma 3 bis dell'articolo 54 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni, è abrogato.

4

bis. All'articolo 12, comma 5, primo periodo, del decreto- legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le parole: «Fatta eccezione per i medicinali per i quali è stata presentata domanda a sensi del comma 3, i medicinali» sono sostituite dalle seguenti: «I medicinali».

4 ter. Dopo il comma 5 dell'articolo 12 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono inseriti i seguenti:

«5bis. L'AIFA valuta, ai fini della classificazione e della rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale, i farmaci di cui al comma 3, per i quali è stata presentata la relativa domanda di classificazione di cui al comma 1, corredata della necessaria documentazione, in via prioritaria e dando agli stessi precedenza rispetto ai procedimenti pendenti alla data di presentazione della domanda di classificazione di cui al presente comma, anche attraverso la fissazione di sedute straordinarie delle competenti Commissioni. In tal caso, il termine di cui al comma 4, primo periodo, è ridotto a cento giorni.

5ter. In caso di mancata presentazione entro trenta giorni dal rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale di cui al comma 3, l'AIFA sollecita l'azienda titolare della relativa autorizzazione all'immissione in commercio a presentare la domanda di classificazione di cui al comma 1 entro i successivi trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine, viene data informativa nel sito istituzionale dell'AIFA e viene meno la collocazione nell'apposita sezione di cui al comma 5».

4quater. Nelle more dell'emanazione della disciplina organica in materia di condizioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie, di cui all'articolo 3 del decreto- legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa anche per i giovani esercenti le professioni sanitarie, incentivandone l'occupazione, nonché di consentire alle imprese assicuratrici e agli esercenti stessi di adeguarsi alla predetta disciplina, il comma

5.1 dell'articolo 3 del decreto- legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, è sostituito dal seguente:

«5.1. Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie, gli obblighi di cui al comma 5, lettera e), si applicano decorsi due anni dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'alinea del medesimo comma 5».

Articolo 49quater (Anticipazione di liquidità in favore dell'Associazione italiana della Croce Rossa)

1. Nelle more dello svolgimento delle attività di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, l'Associazione italiana della Croce Rossa (CRI) può presentare, entro il 30 settembre 2013, con certificazione congiunta del presidente e del direttore generale, un'istanza di accesso ad anticipazione di liquidità, per l'anno 2014, nel limite massimo di 150 milioni di euro al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento del tesoro e Dipartimento della ragioneria generale dello Stato. L'anticipazione è concessa, previa presentazione da parte della CRI di un piano di pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili alla data del 31 dicembre 2012 anche a carico di singoli comitati territoriali, a valere sulla sezione per assicurare la liquidità dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio sanitario nazionale del Fondo di cui all'articolo 1, comma 10, del decreto- legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64.

2. All'erogazione della somma di cui al comma 1 si provvede a seguito:

a) della predisposizione, da parte dell'ente, di misure idonee e congrue di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione di liquidità maggiorata degli interessi verificate da apposito tavolo tecnico cui partecipano l'ente, i Ministeri vigilanti e il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della ragioneria generale dello Stato;

b) della sottoscrizione di apposito contratto tra il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento del tesoro e la CRI, nel quale sono definite le modalità di erogazione e di restituzione delle somme comprensive di interessi e in un periodo non superiore a trenta anni, prevedendo al tresì, qualora l'ente non adempia nei termini stabiliti al versamento delle rate dovute, sia le modalità di recupero delle medesime somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, sia l'applicazione di interessi moratori. Il tasso di interesse a carico dell'ente è pari al rendimento di mercato dei buoni poliennali del tesoro a cinque anni in corso di emissione.