

# SENATO DELLA REPUBBLICA

**10<sup>a</sup> Commissione permanente  
(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MERCOLEDÌ 12 GIUGNO 2024

**200<sup>a</sup> Seduta (antimeridiana)**

*Presidenza del Presidente*

ZAFFINI

*Intervengono il ministro della salute Schillaci e il sottosegretario di Stato per la salute Gemmato.*

*La seduta inizia alle ore 9,15.*

*IN SEDE REFERENTE*

**(1161) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**  
(Esame e rinvio)

Nell'illustrare i contenuti del decreto-legge n. 73, il relatore ZULLO (FdI) segnala innanzitutto l'articolo 1, riguardante l'istituzione presso l'AGENAS della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

L'articolo 2 prevede l'istituzione presso il Ministero della salute dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della salute, deputato a vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime.

L'articolo 3 prevede tra l'altro che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscano al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale, nonché la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali.

Il successivo articolo 4 stabilisce il prolungamento della fascia oraria e giornaliera per l'erogazione delle visite mediche e specialistiche, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa ed evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici.

L'articolo 5 reca disposizioni finalizzate al superamento del tetto di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale, mentre l'articolo 6 prevede iniziative per il potenziamento dell'offerta assistenziale e per il rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

L'articolo 7 assoggetta le prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del personale sanitario del comparto sanità a un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali.

Infine, l'articolo 8 dispone sull'entrata in vigore.

Il ministro SCHILLACI puntualizza in primo luogo che il provvedimento in esame è il risultato di un confronto approfondito con le istituzioni e con le associazioni rappresentative dei cittadini. Esso è inoltre basato sulla consapevolezza della necessità di porre una particolare attenzione all'aspetto organizzativo, in quanto essenziale all'impiego efficace ed efficiente delle risorse.

Nell'ottica di migliorare i livelli dell'assistenza sanitaria, la scelta del Governo è stata di superare definitivamente la pratica della chiusura delle liste, anche per mezzo dell'apporto dei medici impegnati nell'attività libero-professionale intramuraria. Si intende inoltre puntare sul coinvolgimento delle Regioni, particolarmente al fine di garantire l'impiego della totalità delle risorse disponibili per la riduzione delle liste di attesa. L'intervento dovrà inoltre essere completato da un riordino delle professioni sanitarie, da compiere alla luce della rapida evoluzione della sanità, nonché della rimodulazione della medicina territoriale nell'ambito dell'attuazione del PNRR. Il complesso delle previsioni di cui al decreto-legge n. 73 sarà poi successivamente integrato sulla base di un organico disegno di legge in materia sanitaria.

In risposta alla questione delle liste di attesa, il decreto-legge in esame attribuisce specifiche funzioni di vigilanza al Ministero della salute e dispone in ordine al ruolo delle amministrazioni regionali in fase di programmazione. È inoltre previsto il coinvolgimento degli operatori del settore sanitario e il superamento del tetto di spesa per le assunzioni a partire dal 2025, con l'obiettivo di consentire la massima operatività delle strutture.

Il Governo ha inteso intervenire a fronte dell'inefficacia dei meccanismi introdotti in passato per la riduzione dei tempi di attesa, anche puntando sulla responsabilità dei direttori generali delle aziende sanitarie in relazione all'organizzazione delle attività, nonché sulla responsabilizzazione dei cittadini, che in misura non trascurabile omettono di presentarsi per la fruizione di prestazioni precedentemente prenotate.

Nell'ambito del provvedimento riveste particolare importanza quanto previsto dall'articolo 1, istitutivo della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, finalizzato a garantire un monitoraggio costante, utile a rilevare gli effettivi bisogni di prestazioni sanitarie, nonché a verificare le disponibilità e i tempi necessari alla fruizione dei servizi.

L'articolo 2, il quale prevede l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, è teso ad assicurare la verifica costante della situazione delle liste di attesa e dell'effettiva erogazione dei servizi nelle Regioni e nelle singole aziende sanitarie, mentre l'articolo 3 dispone in merito all'istituzione di un servizio di prenotazione integrato, esteso al settore privato convenzionato e volto a garantire la massima trasparenza riguardo la reale disponibilità di erogazione delle prestazioni da parte della generalità delle strutture. È inoltre ribadito il divieto della chiusura delle prenotazioni e sono previste modalità alternative per la prenotazione e il pagamento da parte degli utenti. Questi saranno inoltre chiamati a confermare la prenotazione effettuata e al pagamento della prestazione in caso di mancata presentazione.

Il potenziamento dell'offerta di prestazioni diagnostiche e specialistiche è l'oggetto dell'articolo 4, il quale garantisce l'adeguatezza dei volumi connessi all'attività istituzionale, evitando squilibri a vantaggio dell'attività in regime libero-professionale, particolarmente per mezzo dell'attività di controllo dei direttori generali.

L'articolo 5 dispone in merito al superamento del tetto di spesa per il personale ed è motivato dall'esigenza di assicurare il personale necessario all'erogazione di volumi adeguati di prestazioni, risultando a tale riguardo fondamentale il ruolo della programmazione regionale. Inoltre, l'articolo 6 è volto specificamente al potenziamento dell'offerta assistenziale e del sistema dei dipartimenti di salute mentale. Le previsioni recate sono conseguenti all'alto livello di attenzione posto dal Governo al tema della salute mentale, la cui importanza è risultata accentuata in conseguenza della recente pandemia.

La consapevolezza del bisogno di incoraggiare l'apporto del personale medico è alla base dell'articolo 7, recante la previsione dell'imposizione sostitutiva, con la finalità di aumentare le prestazioni su base volontaria, con ricadute favorevoli sull'utenza. È stata inoltre ravvisata l'opportunità di valorizzare il ruolo dei medici specializzandi, i quali possono concorrere efficacemente a compensare le carenze negli organici, previste particolarmente gravi nei prossimi anni. In generale, inoltre, è essenziale tenere conto che, oltre all'aspetto meramente economico, la capacità del sistema italiano di trattenere i giovani medici è legata al complesso delle prospettive di carriera e delle condizioni di lavoro.

La carenza di personale riguarda altresì le altre figure professionali, per cui risulta necessario rendere maggiormente appetibili le diverse professioni del settore e procedere nell'immediato all'assunzione di personale proveniente dall'estero, facendo propria una linea già sostenuta come già risulta chiaro negli altri sistemi europei e americani chiamati a fronteggiare il medesimo problema.

Il presidente [ZAFFINI](#) ringrazia il Ministro della salute e, rilevata l'importanza del provvedimento in esame, osserva l'opportunità di procedere allo svolgimento di audizioni. Invita pertanto i Gruppi a presentare le proposte relative ai soggetti da audire entro la giornata di domani. Specifica inoltre che la discussione generale potrà svolgersi successivamente alla conclusione del ciclo di audizioni.

La Commissione conviene.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 10,05.*

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**  
MARTEDÌ 2 LUGLIO 2024  
**206<sup>a</sup> Seduta (2<sup>a</sup> pomeridiana)**  
*Presidenza del Presidente*  
[ZAFFINI](#)

*La seduta inizia alle ore 15,25.*

*IN SEDE REFERENTE*

**[\(1161\)](#) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 12 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) riepiloga brevemente l'*iter* del provvedimento, ricordando che nella giornata odierna si è concluso il ciclo di audizioni. Dà inoltre conto del parere espresso dal Comitato per la legislazione.

Ponendo l'accento sul fitto calendario istituzionale della Commissione e dell'Assemblea e sottolineando altresì la necessità di consentire alla Camera dei deputati un ragionevole lasso di tempo per esaminare il decreto-legge in seconda lettura, propone quindi di fissare il termine per la presentazione di emendamenti ed ordini del giorno per la giornata di domani, alle ore 12.

Si apre un dibattito sull'ordine dei lavori.

Il senatore [MAZZELLA](#) (M5S) reputa il termine proposto dal Presidente eccessivamente stringente, considerata la particolare complessità del decreto, e ne propone la posticipazione alle ore 18.

La senatrice [ZAMBITO](#) (PD-IDP), pur comprendendo le ragioni addotte dalla Presidenza, osserva che gli esiti del ciclo di audizioni appena conclusosi impongono una ponderata analisi del testo del decreto-legge. Sul punto, inoltre, non può in ogni caso prescindere dalla risposta che sarà fornita dal Governo alle istanze manifestate dalle regioni.

Il [PRESIDENTE](#) osserva che gli intendimenti del Governo potranno essere manifestati nell'espressione del parere sugli emendamenti presentati, precisando altresì che, allo stato attuale, le stesse regioni hanno formulato delle mere proposte, non ancora connotate dal crisma dell'ufficialità.

La senatrice [ZAMBITO](#) (PD-IDP) ritiene che la prevista calendarizzazione in Assemblea per la giornata di martedì della prossima settimana rappresenti già una forte compressione delle prerogative della Commissione. Nel precisare che la propria parte politica non nutre intenti di natura ostruzionistica, auspica comunque che venga concesso un congruo lasso di tempo per approfondire le tematiche connesse al decreto-legge. Si associa pertanto alla richiesta formulata dal senatore Mazzella.

Il [PRESIDENTE](#), preso atto delle risultanze del dibattito, propone quindi di fissare il termine per la presentazione di emendamenti ed ordini del giorno per la giornata di domani, alle ore 18.

La Commissione conviene.

Il [PRESIDENTE](#) dichiara quindi aperta la discussione generale.

Il senatore [MAZZELLA](#) (M5S) osserva che le finalità del decreto-legge possono, sotto alcuni aspetti, anche essere condivisibili, in quanto la prevista riduzione delle liste di attesa viene incontro a numerose istanze. È pertanto da salutare favorevolmente l'istituzione di un *database* nazionale per le liste di attesa al fine di implementare un efficace monitoraggio. Tuttavia, il provvedimento non prevede i necessari stanziamenti di risorse per una corretta ed efficace implementazione delle misure, rischiando così di tradire i suoi scopi.

Non viene inoltre presa in adeguata considerazione la grave carenza di personale di cui soffre attualmente il Servizio sanitario nazionale (nella sola fascia del personale paramedico, vi sarebbe necessità di ulteriori 70.000 infermieri), così come non sembrano debitamente affrontate altre tematiche fondamentali (dalla necessità di ridurre il "turismo sanitario" alle problematiche di settori specifici, come quella delle liste di attesa dei malati oncologici).

Preannuncia quindi la presentazione di emendamenti volti ad individuare un efficace punto di incontro tra Stato e regioni ed a sanare le problematiche evidenziate, auspicando che le forze

politiche di maggioranza e di opposizione possano collaborare proficuamente per giungere a un effettivo miglioramento del testo. Presupposto di ciò, tuttavia, non potrà che essere un atteggiamento, da parte della maggioranza, a valutare nel merito e senza pregiudizi di principio le proposte emendative che saranno formulate dalle opposizioni.

La senatrice [CAMUSSO](#) (PD-IDP) rimarca la difficile situazione in cui versa il Servizio sanitario nazionale, prigioniero ormai da anni di una drammatica carenza di personale, che incide profondamente sull'organizzazione del lavoro e sulla salute dei singoli lavoratori.

Procedendo alla disamina dell'articolato, osserva quindi che appare decisamente insufficiente non prevedere lo stanziamento di adeguate risorse economiche e l'assunzione di nuovo personale, restando pertanto ancorati a soluzioni (come quella del personale assunto "a gettone") che vulnerano profondamente il principio fondante del Servizio sanitario stesso, ossia la presa in carico del paziente.

Un'altra problematica, strettamente connessa a quella precedente, concerne poi gli onerosi ritmi lavorativi imposti al personale presente, con turni eccessivamente prolungati e senza un orario definito. La soluzione proposta, ossia aumentare l'entità dello straordinario attraverso una sua defiscalizzazione, non risolve affatto il problema delle carenze strutturali del servizio e della salute dei lavoratori, configurando per contro un'applicazione distorsiva dell'istituto.

Avendo riguardo ai profili appena elencati, ritiene che il testo dia luogo ad una corporativizzazione della tassazione sul lavoro, con conseguenti evidenti discriminazioni. Sarebbe per contro auspicabile incrementare le retribuzioni, avendo altresì riguardo al benessere lavorativo delle persone.

In considerazione dell'imminente inizio della seduta dell'Assemblea, il [PRESIDENTE](#) rinvia quindi il seguito dell'esame del provvedimento in titolo.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 16,30.*

**10<sup>a</sup> Commissione permanente  
(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MARTEDÌ 2 LUGLIO 2024

**207<sup>a</sup> Seduta (3<sup>a</sup> pomeridiana)**

*Presidenza della Vice Presidente*

[CANTU'](#)

*indi del Presidente*

[ZAFFINI](#)

*La seduta inizia alle ore 19,10.*

*IN SEDE REFERENTE*

**(1161) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seconda seduta pomeridiana di oggi.

La senatrice [ZAMBITO](#) (PD-IDP) rileva che, pur recando contenuti positivi, il provvedimento in esame risulta sostanzialmente inefficace rispetto agli scopi dichiarati. In particolare, nel riproporre i contenuti dell'intesa tra Governo e regioni del 2019, il Governo ha omesso di procedere a una seria valutazione dei dati disponibili, privilegiando un'urgenza del tutto ingiustificata.

L'approccio alla base della presentazione del decreto-legge risulta infatti caratterizzato da una ricerca di responsabilità della situazione delle liste d'attesa e da modalità comunicative che hanno rivelato la finalità prettamente propagandistica delle scelte del Governo. In tal modo, il Governo stesso si troverà a doversi misurare con le conseguenze delle aspettative deluse che ha generato. Resta invece non affrontata la questione dell'effettivo potenziamento delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale.

La senatrice [ZAMPA](#) (PD-IDP) osserva che il Governo avrebbe più opportunamente dovuto procedere a un confronto preliminare con le regioni, con speciale riguardo all'utilizzo delle risorse e alle difficoltà oggettive di funzionamento in un sistema sanitario fortemente regionalizzato.

Il decreto-legge risultante appare povero di contenuti innovativi, come attestato dal rinvio a un successivo disegno di legge per ciò che concerne la questione della soluzione effettiva delle carenze del sistema sanitario. E' quindi inevitabile attribuire l'emanazione del provvedimento in esame, associato a una disfunzione del Servizio sanitario nazionale diffusamente riconosciuta, a fini di propaganda elettorale.

Risulta inoltre privo di esito il previsto monitoraggio da compiere entro il 30 giugno, ai sensi dell'articolo 3, comma 11.

La presidente [CANTU'](#) fornisce un chiarimento relativamente alla natura endoprocedimentale del termine menzionato.

La senatrice [SBROLLINI](#) (IV-C-RE) condivide i rilievi della senatrice Zampa. Ravvisa quindi l'utilità di attribuire carattere prioritario al reperimento delle risorse necessarie a un funzionamento efficace del sistema sanitario.

In considerazione delle più recenti determinazioni della Conferenza dei Capigruppo sull'organizzazione dei lavori del Senato, chiede quindi di valutare la possibilità di posticipare il termine per la presentazione degli emendamenti, stabilito nella seduta precedente.

Il presidente [ZAFFINI](#) osserva l'opportunità di non modificare il termine, mentre è preferibile giovare della nuova organizzazione dei lavori al fine di una modulazione efficiente dell'attività della Commissione, con particolare riguardo alla prossima settimana.

Rinvia quindi il seguito dell'esame del provvedimento alla successiva seduta.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

**SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE**

Considerato l'andamento dei lavori, il [PRESIDENTE](#) avverte che le sedute già convocate alle ore 9 e 19 di domani, mercoledì 3 luglio, non avranno luogo e che la seduta, già convocata alle ore 13, avrà invece inizio alle ore 15. Resta altresì confermata la seduta prevista per le ore 9 di giovedì 4 luglio.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 19,45.*

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MERCOLEDÌ 3 LUGLIO 2024

**208<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*

[ZAFFINI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Gemmato.*

*La seduta inizia alle ore 15,35.*

*IN SEDE REFERENTE*

**[\(1161\)](#) *Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie***

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella terza seduta pomeridiana di ieri.

In assenza di ulteriori richieste di intervento, il presidente [ZAFFINI](#) dichiara chiusa la discussione generale.

Ha la parola per la replica il relatore [ZULLO](#) (FdI), il quale pone in primo luogo in evidenza l'elevata valenza sociale del provvedimento in esame. La sua predisposizione da parte del Governo, estranea alle logiche della competizione elettorale, rappresenta infatti un intervento necessario per rispondere a una situazione di urgenza oggettiva. Il decreto-legge n. 73 non costituisce una soluzione definitiva del problema delle liste di attesa, ma è essenziale allo scopo di apportare un primo correttivo a una situazione nella quale è compromesso l'accesso universale alle cure, nelle more della definizione della preannunciata iniziativa legislativa del Governo, di carattere organico.

Riguardo ai contenuti del decreto-legge risultano di particolare rilevanza le misure concernenti l'assistenza territoriale e l'appropriatezza delle prescrizioni, nonché il monitoraggio centralizzato, affidato alla Piattaforma nazionale delle liste di attesa.

Le rilevate carenze connesse all'insufficienza delle risorse umane costituiscono inoltre un dato oggettivo, derivante a sua volta dai difetti del sistema di formazione. Peraltro, le disposizioni riguardanti il superamento del tetto di spesa per il personale costituiscono una prima risposta concreta alla questione, mentre, in generale, sussistono margini per un miglioramento significativo del testo in fase emendativa.

Il sottosegretario GEMMATO, dopo aver ringraziato la Commissione per il lavoro finora svolto, osserva che il decreto-legge in esame, conseguente a un effettivo stato di urgenza, può essere senz'altro migliorato, in forza delle proposte emendative presentate dai parlamentari, meritevoli di essere valutate in assenza di pregiudizi dovuti alle diverse appartenenze politiche. E' dunque auspicabile che si verifichino convergenze costruttive, anche sulla base dell'apporto fornito dalle audizioni, le quali possono essere agevolate dallo spirito di collaborazione che ha finora caratterizzato l'andamento dei lavori della Commissione.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 16.*

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

GIOVEDÌ 4 LUGLIO 2024

**209<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*

**ZAFFINI**

*La seduta inizia alle ore 9,10.*

*IN SEDE REFERENTE*

**(1161) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**

(Seguito dell'esame e rinvio)

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

Il presidente ZAFFINI dà conto della presentazione degli ordini del giorno e degli emendamenti riferiti al decreto-legge in esame, pubblicati in allegato. Avverte quindi che si procederà all'illustrazione degli emendamenti.

Intervenendo sugli emendamenti riferiti all'articolo 1, il senatore MAZZELLA (M5S), pone in evidenza la necessità di misure specificamente volte a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, essenziale alla migliore gestione delle liste d'attesa. In particolare, il relativo monitoraggio dovrebbe essere assicurato a livello delle singole Regioni e delle singole strutture sanitarie. Occorre inoltre prevedere un'ideale valutazione quali-quantitativa, anche in riferimento alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. Inoltre, la valutazione delle prestazioni deve essere assicurata nell'ambito dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali definiti dalle Regioni.

Risulta poi opportuno disporre una cadenza prestabilita per quanto riguarda il monitoraggio delle prestazioni in ambito reumatologico e risulta essenziale inquadrare il monitoraggio nel contesto degli specifici *setting* in cui sono comprese le singole prestazioni.

In relazione all'emendamento 2.18, pone in evidenza la finalità di prevenire conflitti tra Stato e Regioni e di prevedere l'intervento degli organi specificamente competenti nei casi di applicazione di sanzioni. L'emendamento 2.14 dispone in merito alla possibilità di misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili ai livelli regionale o aziendale.

La senatrice CASTELLONE (M5S) interviene innanzitutto sull'emendamento 3.9, volto alla previsione di istituti di alta specializzazione dotati di propri centri unici di prenotazione in grado di interagire con i sistemi di prenotazione regionali. Inoltre, l'emendamento 3.15 vincola l'accreditamento delle strutture sanitarie private al requisito del rinnovo contrattuale per il personale, mentre l'emendamento 3.50 prevede un sistema di premialità e di penalità per i direttori generali in conseguenza degli esiti della gestione delle liste d'attesa.

L'emendamento 3.0.5 dispone in ordine al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di portarne il livello al sette per cento del PIL utilizzando le risorse reperibili attraverso la tassazione degli extraprofiti e il recupero dell'evasione fiscale, nonché per mezzo dell'efficientamento della stessa spesa sanitaria e dell'innalzamento dell'imposizione fiscale sui tabacchi.

La ripartizione del fondo sanitario nazionale costituisce l'oggetto dell'emendamento 3.0.6, il quale, allo scopo di superare le attuali sperequazioni territoriali, prevedendo il superamento della spesa storica in favore di un criterio basato sui livelli di deprivazione sociale.

Il senatore MAZZELLA (M5S) richiama l'attenzione sull'emendamento 4.0.16, volto all'istituzione di *pancreas unit*, in quanto strumenti necessari a superare le carenze nella cura delle neoplasie pancreatiche.

La senatrice CASTELLONE (M5S) illustra l'emendamento 4.0.14, che, in assenza di oneri finanziari, consente agli specialisti in medicina di comunità e cure primarie di operare in qualità di medici di medicina generale.

L'emendamento 5.0.1 reca un sistema di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie idoneo a garantire un migliore riconoscimento dei meriti. La proposta prevede infatti la predisposizione di liste di idonei da parte di commissari sorteggiati da un apposito albo.

L'emendamento 5.0.2 è volto all'istituzione di un fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario, mentre l'emendamento 5.0.5 risponde alla necessità di valorizzare il personale del 118, in particolare attraverso il riconoscimento dei rischi biologici e ambientali. L'emendamento 5.0.9 è invece finalizzato all'adeguamento del

trattamento dei medici specializzandi, prevedendo il ricorso al contratto di formazione lavoro, nonché la possibilità di svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il senatore **MAZZELLA** (M5S) pone in evidenza la finalità di migliorare la gestione della presa in carico dei pazienti ai fini di una migliore appropriatezza delle prestazioni, nonché di adeguare il quadro normativo alla specificità delle persone affette da malattie rare, al pari di quanto previsto in relazione alle patologie cronic-degenerative.

Passa quindi alle proposte 6.0.2 e 6.0.3, specificamente mirate al potenziamento del sistema delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, il quale è attualmente fortemente sottodimensionato, con gravissime ripercussioni sanitarie e sociali, anche relativamente al sistema carcerario.

La senatrice **ZAMPA** (PD-IDP) chiede un rinvio della trattazione, così da poter disporre di tempi adeguati per il prosieguo della fase di illustrazione degli emendamenti.

La senatrice **CANTU'** (LSP-PSd'Az) dichiara l'intenzione del proprio Gruppo di rinunciare all'illustrazione degli emendamenti presentati, i cui contenuti sono peraltro di grande chiarezza. Esprime inoltre soddisfazione relativamente al recepimento in diversi emendamenti di proposte già presentate nella precedente legislatura.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Il **PRESIDENTE** prospetta un'ipotesi di programmazione dei lavori per la settimana prossima, finalizzato a consentire lo svolgimento con tempi adeguati del seguito dell'esame del disegno di legge n. 1161.

Si prevedono inoltre la convocazione delle Commissioni congiunte 10ª del Senato della Repubblica e XI della Camera dei deputati per l'audizione del Ministro del lavoro e delle politiche sociali in relazione ai recenti tragici fatti riguardanti il lavoro in agricoltura e, più in generale, agli incidenti sul lavoro, nonché alle iniziative in materia di contrasto al lavoro irregolare, nonché lo svolgimento di audizioni informali sul disegno di legge n. 1146, in materia di intelligenza artificiale, in sede di Ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi delle Commissioni riunite 8ª e 10ª e sui disegni di legge in materia di fine vita, in sede di Ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi delle Commissioni riunite 2ª e 10ª.

La senatrice **ZAMPA** (PD-IDP) chiede ragguagli in ordine allo svolgimento dell'*iter* di questi ultimi disegni di legge.

Il presidente **ZAFFINI** si riserva di definire la questione in accordo con la Presidenza della Commissione giustizia, restando ferma la necessità di procedere, nell'immediato, con le audizioni previste.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 10.*

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE (AL TESTO DEL DECRETO-  
LEGGE)  
N. 1161

**G/1161/1/10**

Satta, Leonardi, Russo, Mancini, Berrino

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie;

la legge 26 febbraio 1999, n.42, reca disposizioni in materia di professioni sanitarie, al fine di permettere una maggiore valorizzazione di tali professioni, in linea con le esigenze del Servizio Sanitario nazionale;

il nuovo patto per la salute 2019-2021, al punto 7 dell'articolato recita testualmente: *"Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche e delle riabilitazione e della prevenzione, Governo e Regioni si impegnano a garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali, tenendo conto dei livelli della formazione acquisita, in coerenza con quanto previsto nei Contratti collettivi nazionali di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali."*

impegna il governo:

al fine di valorizzare le professioni sanitarie , in particolare quella infermieristica e di implementare sul territorio nazionale le esperienze assistenziali efficaci, a partire dall'infermieristica di famiglia e di comunità, ad integrare e modificare la legge 42 del 1999, in modo da prevedere che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni, sia determinato anche dai contenuti degli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere del Consiglio superiore di sanità.

**G/1161/2/10**

Garavaglia, Murelli, Cantù, Minasi

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161, di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il problema delle liste d'attesa non è solo un problema di risorse economiche, ma soprattutto un problema di organizzazione del tempo dei lavoratori in ambito sanitario, impegnati negli screening, nelle diagnosi e nei follow-up;

la libera professione intra-moenia ed extra-moenia, cioè la scelta di lavorare dentro e fuori dall'ospedale pubblico penalizza la possibilità di implementare le ore straordinarie a favore dell'ente in cui si ha un'assunzione a tempo indeterminato;

il comma 2, dell'articolo 4, prevede che le aziende sanitarie pubbliche assicurino un corretto ed equilibrato rapporto tra le attività istituzionali e l'attività libero professionale, con il divieto che l'attività libero professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;

impegna il Governo

a valutare l'adozione di disposizioni - in accordo con i sindacati di categoria dei lavoratori delle professioni sanitarie - che prevedano che chi lavora nel settore sanitario pubblico e sceglie di fare anche la libera professione venga autorizzato a condizione che vi sia una sostanziale riduzione delle liste d'attesa nella struttura in cui lavora;

a valutare che per i dipendenti delle strutture pubbliche che scelgono di non esercitare la libera professione, vengano detassati tutti gli straordinari fino ad una sostanziale riduzione delle liste e che a questo si aggiunga un punteggio maggiore per la progressione della carriera nella sanità pubblica;

a valutare la detassazione degli straordinari anche per il privato convenzionato che contribuisca allo smaltimento delle liste d'attesa.

**G/1161/3/10**

Russo

Il Senato,

in sede di Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

premessi che:

è funzionale al raggiungimento degli obiettivi previsti incentivare investimenti delle Regioni per l'acquisto di soluzioni digitali innovative rivolte al miglioramento della gestione delle liste d'attesa,

impegna il Governo:

a valutare, a seguito dell'efficientamento delle liste d'attesa compiuto dalle Regioni e dei risparmi conseguiti, di assegnare alle stesse il 10% del valore risparmiato da destinare all'acquisto di soluzioni digitali innovative rivolte al miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle liste di attesa.

**G/1161/4/10**

Liris

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161, di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che

l'articolo 2 prevede l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria presso il Ministero della salute: in particolare, al comma 3, si prevede che l'Organismo di cui sopra, al fine di corrispondere a segnalazioni da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela di interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempimenti, può acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri alle Regioni e Province interessate;

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di creare un'applicazione, scaricabile sui dispositivi elettronici e promossa attraverso i mezzi di comunicazione di cui si avvale il Ministero della Salute, per la prenotazione digitale, collegata al Ministero stesso, utilizzabile dai cittadini e dalle associazioni di categoria degli utenti e dei pazienti, affinché possano, non solo prenotare visite e prestazioni diagnostiche e strumentali, ma anche segnalare eventuali superamenti dei limiti massimi stabiliti dal Ministero per le liste d'attesa e delle eventuali carenze dei livelli minimi di assistenza.

**G/1161/5/10**

Murelli, Cantù, Minasi

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161, di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

Premesso che

Il fenomeno della fuga dal Servizio sanitario Nazionale (SSN) non riguarda esclusivamente il personale sanitario ma è diventato tangibile anche per il personale delle funzioni tecniche ed amministrative ed in particolare per la dirigenza dei ruoli Professionali, Tecnico ed Amministrativo;

le dotazioni organiche degli uffici e dei servizi tecnico amministrativi delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale sono state assottigliate da una politica ultraventennale di tagli che hanno comportato il depauperamento di competenze nelle delicate e strategiche funzioni della gestione del personale, degli appalti, dei lavori e del Governo in generale delle attività gestionali in Sanità;

i tagli sono stati operati in termini assoluti non essendo stati compensati, come in gran parte avvenuto per il personale sanitario, con il ricorso al privato;

le condizioni lavorative del personale tecnico amministrativo (in particolare dirigenziale) delle Aziende ed Enti del SSN si sono quindi progressivamente deteriorate a fronte di un impegno e difficoltà lavorative crescenti che spesso non vede soluzione di continuità (anche in malattia, in ferie e durante i week end la dirigenza PTA viene chiamata h24 a supportare la direzione generale) e senza poter contare su personale di collaborazione adeguato nel numero e nelle competenze vista la totale mancata copertura ultradecennale del turn over;

il maggior impegno non ha trovato alcuna gratificazione neanche a livello economico come in parte avvenuto per il personale sanitario. Al contrario la dirigenza PTA è stata l'unica ad aver avuto decurtato - senza nessun tipo di compensazione - lo 0,32% gli aumenti contrattuali per il rinnovo del CCNL 2016/2018, non ha avuto alcun finanziamento aggiuntivo nel periodo COVID pur essendo stata impegnata h24 per far fronte all'emergenza (per l'assunzione del personale e l'acquisto di DIP e strumentazione, per l'allestimento dei reparti, per l'implementazione di tutte le procedure tecniche ed informatiche per il tracciamento dei positivi e la vaccinazione della popolazione), ed è l'unica dirigenza ad oggi a non poter implementare i fondi della contrattazione neanche per le gravose attività a cui è chiamata per l'attuazione del PNRR;

in tali condizioni, e complice la ricerca da parte di altri di professionalità adeguate al PNRR, si sta verificando una trasmigrazione verso pubbliche amministrazioni che offrono condizioni lavorative meno stressanti ed economicamente più gratificanti, con il conseguente drastico impoverimento di professionalità necessarie al SSN per la propria sopravvivenza. Da qui discende un intervento urgente per innalzare i trattamenti economici della dirigenza PTA del SSN.

Considerato che:

esiste un divario enorme di retribuzione media fra dirigenti degli Enti locali e delle Regioni (inclusi nella stessa Area Contrattuale) e la dirigenza PTA del SSN;

il processo di armonizzazione dei trattamenti economici è avvenuto già per tutte le altre dirigenze pubbliche che avevano trattamenti economici inferiori ai propri omologhi. Per i dirigenti scolastici (ed al fine specifico di armonizzare i trattamenti economici rispetto agli altri dirigenti della stessa Area contrattuale) ciò è avvenuto con gli articoli 1 comma 86 della legge 13 luglio 2015, n. 107 e con l'articolo 1 comma 591 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, che hanno stanziato progressivamente e complessivamente 281 milioni di euro per il quinquennio 2015-2020. Di recente con l'art 1 bis della legge 15 dicembre 2023, n. 191 (rubricato "Armonizzazione dei trattamenti economici del personale dell'Ispettorato nazionale del lavoro, dell'ANPAL e dell'Agenzia Italiana per la gioventù") si è proceduto a finanziamenti dei fondi contrattuali di tale personale al dichiarato scopo di armonizzarne i trattamenti economici con quelli in godimento presso il Ministero del Lavoro (pari, per la dirigenza, ad €. 100.000,00 pro capite annui).

la dirigenza dei ruoli PTA resta l'unica dirigenza pubblica con un GAP economico di circa 20.000 euro pro capite annuo, così di fatto disconoscendone il ruolo fondamentale che riveste per il funzionamento dell'intera struttura dell'assistenza sanitaria pubblica creando una grave disparità di trattamento anche in ragione delle competenze loro attribuite atte non solo a frenare l'esodo di tali professionalità dalle aziende ed enti di appartenenza e a non disperdere le competenze e le professionalità acquisite dai dirigenti medesimi, ma anche per dare attuazione agli adempimenti richiesti dal PNRR ;

la dirigenza dei ruoli della PTA riveste un ruolo peculiare e fondamentale per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale in quanto senza dirigenti amministrativi e

tecnici ai reparti di assistenza non potrebbe arrivare personale, materiale, farmaci, stipendi, lavori e null'altro.

Impegna il Governo a:

Valutare l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei anche attraverso disposizioni normative volti ad avviare un processo di armonizzazione, seppur limitato al triennio contrattuale 2022-2024, dei trattamenti economici della dirigenza PTA a quelli della analoga dirigenza della stessa Area contrattuale, in applicazione a quando disposto dall'articolo 23, comma 1 del d.lgs. 25 maggio 2015, n. 75, anche prevedendo un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

#### **G/1161/6/10**

Russo

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161, di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che

le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere sono realtà molto complesse da dirigere, in virtù del fine che si prefiggono, ovverosia la salute delle persone;

esse devono poter contare su di una organizzazione efficiente, capace di utilizzare razionalmente le risorse assegnate e di rispondere alla necessità di prestazioni;

al fine del loro corretto funzionamento è necessario che i ruoli dirigenziali vengano ricoperti da soggetti con un'elevata e comprovata professionalità, non solo in ambito sanitario, ma anche amministrativo-gestionale;

impegna il governo

a valutare l'opportunità di adeguare il trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, data la delicatezza del ruolo ricoperto, nonché la responsabilità da esso derivante.

#### **G/1161/7/10**

Russo

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161, di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che

le strutture operanti nell'ambito sanitario hanno costantemente necessità di personale specializzato;

l'utilizzo delle piattaforme telematiche consente di accelerare l'espletamento delle procedure di reclutamento e di formazione degli elenchi di soggetti qualificati a prestare la propria attività professionale presso le strutture sanitarie;

impegna il governo a

a) valutare l'opportunità di ricorrere alla piattaforma unica di reclutamento ([www.InPa.gov.it](http://www.InPa.gov.it)) e al portale FormezPA per la selezione, nel minor tempo possibile, di soggetti qualificati da impiegare nelle strutture in premessa;

b) valutare l'opportunità di istituire, presso il Ministero della Salute, un Organismo nazionale avente il compito di monitorare il corretto svolgimento delle procedure di selezione.

#### **G/1161/8/10**

Murelli, Cantù, Minasi

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

premesse che:

l'Italia si trova oggi ad affrontare la problematica delle carenze o indisponibilità di farmaci essenziali e salvavita, specialmente a brevetto scaduto;

al fine di assicurare con urgenza una risposta efficace ai bisogni degli assistiti - nell'ottica di tutelare il diritto alla salute (art. 32 Cost.) -, il SSN è chiamato a garantire la disponibilità effettiva dei farmaci non biologici a brevetto scaduto, una delle tipologie di farmaci maggiormente in uso nelle strutture ospedaliere, nel rispetto dei LEA;

l'attuale approccio alle procedure pubbliche di acquisto (gare ospedaliere) dei farmaci non biologici a brevetto scaduto adottato dalle centrali di acquisto regionali, basato sull'aggiudicazione ad un unico operatore economico, è una delle principali cause di carenze di farmaci. Ciò poiché, a fronte di risparmi immediati, tale approccio ha dimostrato di determinare effetti controproducenti sulla concorrenza nel medio e lungo periodo a causa della progressiva uscita della maggior parte degli operatori economici dal mercato dopo la scadenza brevettuale, determinando per gli enti del SSN e le centrali di acquisto regionali la necessità di rivolgersi ad operatori economici, spesso non i diretti titolari di AIC, che cedono i prodotti a costi sensibilmente più alti.

tale situazione attesta la necessità di individuare uno strumento per fronteggiare la periodica interruzione delle forniture derivante dall'attuale quadro delle procedure di acquisto pubbliche;

rivedere la disciplina, passando da un sistema mono-aggiudicatario a uno pluri-aggiudicatario ridurrebbe i rischi di carenza o indisponibilità dei farmaci, portando con sé vantaggi come l'impiego di farmaci a più basso costo, contemperando le esigenze economiche con quelle cliniche, e assicurando lo svolgimento di un confronto competitivo tra tutti gli operatori;

Impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di rivedere la disciplina delle procedure pubbliche di acquisto di farmaci non biologici a brevetto scaduto, al fine di mantenere il controllo sulla spesa per l'acquisto dei farmaci, garantire la continuità di fornitura e ridurre il rischio di carenze di farmaci essenziali e salvavita;

a valutare l'opportunità di prevedere che tali procedure pubbliche di acquisto si svolgano mediante degli accordi-quadro, identificando più operatori economici cui affidare il singolo appalto quando i medicinali sono più di tre a base del medesimo principio attivo e definendo specifici criteri di suddivisione del fabbisogno oggetto della procedura tra i primi tre aggiudicatari;

a valutare l'opportunità di prevedere, in caso di scadenza brevettuale durante il periodo di validità del contratto di fornitura, entro 60 giorni dal momento dell'immissione in commercio del primo farmaco equivalente, l'immediata riapertura delle procedure pubbliche di acquisto.

**G/1161/9/10**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

Il Senato,

in sede di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

premesse che:

l'idrosadenite suppurativa o malattia di Verneuil è una patologia infiammatoria cronica che, a causa di alterazioni del sistema immunitario, si manifesta a livello cutaneo con lesioni e noduli infiammati e dolorosi, soprattutto nelle aree ricche di ghiandole sebacee, come le zone ascellari e inguinali;

nel nostro Paese, circa 11 persone ogni 100.000 sono colpite da idrosadenite suppurativa; la fascia di età in cui è più tipico lo sviluppo è tra i 20 e i 30 anni e le donne sono interessate dalla patologia almeno 3 volte in più rispetto agli uomini;

l'impatto dell'idrosadenite suppurativa nella vita sociale, lavorativa e relazionale, la rende altamente invalidante e può compromettere l'autonomia dei pazienti, con un conseguente aggravio per le loro famiglie e caregiver;

non esiste ancora una cura definitiva per l'idrosadenite suppurativa che richiede un approccio multidisciplinare per una corretta diagnosi e un'adeguata presa in carico dei pazienti che, considerata anche l'assenza di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), sono spesso costretti a viaggiare a loro spese per sottoporsi alle visite e alle cure necessarie;

in aggiunta, nonostante il suo andamento cronico, l'idrosadenite suppurativa non è stata inserita nell'elenco delle malattie nel Piano nazionale delle cronicità (PNC) e, ad oggi, non sono previsti né esenzioni sanitarie né il riconoscimento di invalidità da parte dell'INPS.

Impegna il Governo:

a valutare l'inserimento dell'idrosadenite suppurativa o malattia di Verneuil fra le patologie per cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede la possibilità di usufruire in esenzione dal ticket di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, finalizzate al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti.

### **G/1161/10/10**

[Murelli](#), [Cantù](#), [Minasi](#)

Il Senato,

in sede di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

premesse che:

il provvedimento detta disposizioni in ambito sanitario volte a ridurre le liste d'attesa e assicurare prestazioni sanitarie tempestive ai pazienti;

i dati del rapporto Crea Sanità 2023 certificano che l'Italia si attesta al quattordicesimo posto in Europa nella graduatoria che individua il lasso di tempo che intercorre tra l'autorizzazione e l'immissione in commercio di un farmaco;

infatti, l'iter di approvazione presso l'Agenzia Italiana del Farmaco ha una durata media di circa 14 mesi, a cui si aggiungono i periodi di recepimento regionale, per i quali sono necessari in media altri 10 mesi;

inoltre, i programmi di accesso precoce, come in particolare la Legge n. 648 del 1996, hanno mostrato delle criticità e delle torsioni economicistiche, oltre a delle complessità burocratico-amministrative che di fatto ne limitano l'utilizzo;

vi è la necessità di ridurre i tempi di accesso per quei farmaci che dimostrano i caratteri dell'innovatività e che, inoltre, sono destinati alle cure di pazienti affetti da patologie ad alto impatto socio-sanitario, con bisogni clinici insoddisfatti, o per cui non sono disponibili alternative terapeutiche,

impegna il Governo:

a favorire iniziative per garantire l'accesso precoce ai farmaci innovativi attraverso lo snellimento o la revisione degli iter amministrativi, prevedendo anche dei meccanismi di salvaguardia finanziaria;

a predisporre, per quanto di competenza, programmi di accesso precoce ai farmaci innovativi che consentano la riduzione dei tempi per il tempestivo utilizzo delle terapie che dimostrano un potenziale impatto curativo per i pazienti;

a promuovere le iniziative necessarie affinché i farmaci innovativi siano disponibili nel minore tempo possibile, e uniformemente, sul territorio nazionale.

### **G/1161/11/10**

[Zambito](#), [Zampa](#), [Camusso](#), [Furlan](#)

La 10<sup>a</sup> Commissione,

in sede di esame del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie (A.S. 1611),

premesse che:

la fibrosi cistica è la più comune tra le malattie genetiche gravi, causata da un difetto genetico, trasmessa da genitori entrambi portatori sani;

in Italia una persona su trenta della popolazione è portatrice sana e nasce un bambino con fibrosi cistica ogni 3.000 nati, con in media 150-200 nuovi casi ogni anno;

in una coppia costituita da due genitori portatori sani, per ogni gravidanza, insiste un rischio del 25% di avere un figlio malato di fibrosi cistica,

considerato che:

esiste un test genetico in grado di identificare la grande maggioranza dei portatori che può essere eseguito su una sola persona nella coppia e solo se questa risulta positiva può essere esteso al partner;

l'accesso al test è limitato dal fatto che il costo del medesimo è sostenuto dal Servizio Sanitario Nazionale solo per chi ha parenti con fibrosi cistica per cui nella grande maggioranza dei casi è a carico di chi lo richiede;

in nessuna regione italiana è stata attivata una politica organica di screening del portatore di fibrosi cistica che comprenda non solamente il test genetico ma anche fasi informative della popolazione, formative del personale sanitario, facilitanti l'accesso al test e di consulenza genetica nei positivi,

impegna il Governo a:

a disporre, d'intesa con l'Istituto superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'attuazione di modelli sperimentali di *screening* del portatore sano per l'identificazione precoce del rischio di fibrosi cistica, nonché prevedere una adeguata campagna di informazione e sensibilizzazione sulla fibrosi cistica.

### **G/1161/12/10**

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

La 10<sup>a</sup> Commissione,

in sede di esame del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie (A.S. 1611),

premessi che:

il provvedimento in esame detta disposizioni in ambito sanitario volte a ridurre le liste d'attesa e assicurare prestazioni sanitarie quanto più tempestive ai pazienti;

l'articolo 4 del provvedimento, al comma 1, fa espresso riferimento al potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche;

il Papillomavirus umano (HPV) è un virus a prevalente trasmissione sessuale che può causare lesioni pre-invasive o invasive, quali i tumori della cervice uterina, dell'ano, della vagina, della vulva, del pene, della regione testa-collo;

in Italia, quasi 5.000 casi di tumore ogni anno sono attribuiti a infezioni dell'HPV di cui 2.500 i casi stimati, per il 2022, di cancro della cervice uterina;

l'arma principale per sconfiggere l'HPV è la prevenzione primaria e secondaria: in Italia è in vigore un programma organizzato di *screening* per la cervice uterina, che prevede la esecuzione del Pap-test ogni tre anni nella fascia 25-29 anni e dell'HPV DNA test ogni cinque anni per le donne over 30;

inoltre, la vaccinazione contro il Papillomavirus può prevenire fino al 90% di tutti i tumori HPV-correlati ed è raccomandata per maschi e femmine al compimento dell'undicesimo anno di età, con l'occasione di un recupero della prestazione per le donne fino ai 26 anni e i maschi fino almeno ai 18 anni, mantenendo la gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fissato l'obiettivo di eliminazione del cancro cervicale entro il 2030 da conseguire attraverso la vaccinazione anti-HPV e lo screening cervicale; obiettivo rinnovato dall'Unione Europea con l'*Europe's Beating Cancer Plan*;

l'Italia, pur partendo da una situazione di maggior vantaggio rispetto ad altri Paesi, si trova ancora lontana da questi obiettivi: secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute relativi alle coperture vaccinali anti-HPV al 31 dicembre 2022, solo il 47,48% delle ragazze entro i 15 anni di età sono vaccinate con un ciclo completo e i dati PASSI dell'ISS evidenziano che nel biennio 2021-2022 solo il 78% delle donne si è sottoposto allo *screening* cervicale (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, con profonde disparità tra le Regioni del Sud e quelle del Nord;

il Piano Oncologico Nazionale 2023 - 2027 insiste, tra i diversi obiettivi, anche sulla necessità di incentivare l'offerta attiva delle vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023 - 2025 che introduce per la prima volta il rafforzamento della prevenzione del cancro della cervice uterina e di altre malattie HPV-correlate come obiettivo esplicito;

nonostante gli strumenti di prevenzione a disposizione, le infezioni da HPV rimangono un serio pericolo di salute pubblica, con la pandemia da COVID-19 che negli ultimi anni ha

rallentato significativamente gli sforzi per eliminare, o perlomeno ridurre, l'incidenza delle neoplasie a esso correlate;

impegna il Governo:

a recuperare le prestazioni arretrate di *screening* e vaccinazione anti-HPV, anche al fine di ridurre il divario tra le Regioni, potenziando l'offerta assistenziale e individuando nuovi siti vaccinali per esempio sfruttando la rete delle farmacie territoriali, delle Case di Comunità e i consultori.

Art. 01

### **01.1**

Boccia, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Zambito, Lorenzin, Misiani, Nicita

All'articolo, premettere il seguente:

#### **«Art. 01**

*(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)*

1. Al fine di raggiungere progressivamente una percentuale di finanziamento annuale pari al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, è incrementato di 12,1 miliardi di euro per l'anno 2025, 17,5 miliardi di euro per l'anno 2026, 25,6 miliardi di euro per l'anno 2027 e 31,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

2. Agli oneri derivanti dal comma 1, pari a 12,1 miliardi di euro per l'anno 2025, 17,5 miliardi di euro per l'anno 2026, 25,6 miliardi di euro per l'anno 2027 e 31,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028, si provvede ai sensi dei commi da 3 a 6.

3. Ai fini del concorso delle amministrazioni centrali dello Stato al raggiungimento degli obiettivi programmatici di finanza pubblica indicati nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024, le dotazioni di competenza e di cassa relative alle missioni e ai programmi di spesa degli stati di previsione dei Ministeri, con esclusione nell'ambito delle medesime delle spese destinate ai nuclei familiari e al sociale, alle pensioni, all'occupazione, all'istruzione e alla previdenza, sono ridotte in misura lineare per un ammontare di 1 miliardo di euro per l'anno 2025, di 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, di 2 miliardi per l'anno 2027 e di 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. Su proposta dei Ministri competenti, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da adottare entro il 31 dicembre 2024, le predette riduzioni di spesa possono essere rimodulate in termini di competenza e di cassa nell'ambito dei pertinenti stati di previsione della spesa, fermo restando il conseguimento dei risparmi di spesa realizzati in termini di indebitamento netto della pubblica amministrazione e a invarianza di effetti sui saldi di finanza pubblica.

4. Nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024 sono individuati gli obiettivi di finanza pubblica finalizzati a garantire maggiori entrate dalla lotta all'evasione e all'elusione fiscale e all'economia sommersa da destinare al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, per un ammontare non inferiore a 1 miliardo di euro per l'anno 2025, a 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, a 2 miliardi per l'anno 2027 e a 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. A tal fine, su iniziativa del Ministero dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia delle entrate, nella legge di bilancio per l'anno 2025 sono individuate le misure atte a garantire le maggiori entrate dalla lotta all'evasione e all'elusione fiscale e all'economia sommersa, con particolare riguardo all'estensione della tracciabilità dei pagamenti e alla riduzione dell'uso del contante, della fatturazione elettronica e dell'incrocio e dell'interoperabilità delle banche dati, per un ammontare non inferiore a 1 miliardo di euro per l'anno 2025, a 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, a 2 miliardi per l'anno 2027 e a 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028.

5. Nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024 sono individuati gli obiettivi di finanza pubblica finalizzati a garantire, attraverso l'aggiornamento del

PNIEC, risparmi di spesa derivanti dalla rimodulazione ed eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, a partire dai sussidi eliminabili relativi al settore energia, da destinare al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, per un ammontare non inferiore a 2 miliardi di euro per l'anno 2025, a 3 miliardi di euro per l'anno 2026, a 4 miliardi per l'anno 2027 e a 5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. A tal fine, su iniziativa del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, nella legge di bilancio sono individuate, in attuazione del PNIEC, le misure atte a garantire maggiori risparmi di spesa dalla rimodulazione ed eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, per un ammontare non inferiore a 2 miliardi di euro per l'anno 2025, a 3 miliardi di euro per l'anno 2026, a 4 miliardi per l'anno 2027 e a 5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028.

6. Con la Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza sono annualmente quantificate le restanti risorse necessarie ad assicurare il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, fino a concorrenza della copertura degli oneri di cui al comma 1. Al fine di assicurare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, come individuato ai sensi del comma 1, la legge di bilancio provvede annualmente a ridurre in maniera lineare le spese fiscali, elencate nel Rapporto annuale sulle spese fiscali di cui all'articolo 21, comma 11-*bis*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, con esclusione di quelle relative alla composizione del nucleo familiare, ai costi sostenuti per la crescita dei figli, alla tutela del bene casa ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, ad eccezione di quelle riconducibili miglioramento dell'efficienza energetica, della riduzione del rischio sismico del patrimonio edilizio, e della salute, dell'istruzione e della previdenza complementare.»

#### Art. 1

##### **1.1**

[Camusso](#)

*Sopprimere l'articolo.*

##### **1.2**

[Cataldi, Giorgis](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «le liste di attesa» sono inserite le seguenti: «delle prestazioni sanitarie».*

##### **1.3**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

*Dopo il comma 1, inserire i seguenti:*

*«1-bis. Al fine di ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, per il 2024, nello stato di previsione del Ministero della Salute, è istituito un Fondo per incentivare l'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.*

*1-ter. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sentite le federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, sono definite le modalità di distribuzione alle Regioni delle risorse di cui al comma 1-*bis*, nonché le modalità con cui le medesime Regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del suddetto contributo.*

*1-quater. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1-*bis*, quantificati in 3 milioni di euro per il 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 1037, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, recante:*

"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023", come rifinanziato dall'articolo 1, comma 1 del decreto-legge del 2 marzo 2024, n. 19 convertito con modificazioni con legge 29 aprile 2024, n. 56 fino ad esaurimento delle risorse disponibili.».

#### **1.4**

[Mazzella](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, lettera a), dopo le parole: «sul territorio nazionale» aggiungere, in fine, le seguenti: «suddivise per regione e per struttura sanitaria;»*

#### **1.5**

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, alla lettera a), aggiungere, in fine, le seguenti parole «, attraverso la valutazione della qualità delle prestazioni erogate, utilizzando indicatori di performance per garantire che gli standard di qualità siano mantenuti in tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate;»*

#### **1.6**

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, dopo la lettera a), inserire la seguente:*

*«a-bis) misurazione dell'appropriatezza delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;»*

#### **1.7**

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, dopo la lettera a), inserire la seguente:*

*«a-bis) misurazione quanti-qualitativa delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;»*

#### **1.8**

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, dopo la lettera a), inserire la seguente:*

*«a-bis) misurazione delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria, suddivise per regione e per struttura sanitaria e per professionista sanitario;»*

#### **1.9**

[Mazzella](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Al comma 5, dopo lettera a), inserire la seguente:*

*«a-bis) misurazione delle prestazioni erogate nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDITA) di cui all'articolo 3, comma 8, del presente decreto;»*

#### **1.10**

[Zampa](#), [Manca](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Zambito](#)

*Al comma 5, apportare le seguenti modificazioni:*

*a) sopprimere la lettera b);*

*b) sostituire la lettera c) con la seguente:*

*«c) verifica dell'implementazione dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale Governo liste di attesa;»*

*c) sopprimere la lettera e).*

#### **1.11**

[Durnwalder](#)

*Al comma 5, sopprimere la lettera b).*

### **1.12**

Durnwalder

*Al comma 5, lettera c), sostituire le parole: «del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione» con le seguenti «dell'implementazione dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa»*

### **1.13**

Durnwalder

*Al comma 5, sopprimere la lettera e).*

### **1.14**

Lorenzin

*Al comma 5, lettera g), dopo le parole: «Raggruppamenti Omogenei di Attesa», inserire le seguenti:« , garantendo le competenze professionali necessarie e le prestazioni previste nei LEA e nei relativi nomenclatori tariffari».*

### **1.15**

Satta, Leonardi, Berrino

*Al comma 5, lettera g), dopo le parole: «nelle buone pratiche clinico-assistenziali», inserire le seguenti: «anche in considerazione dell'appropriatezza prescrittiva della terapia farmacologia e dell'aderenza alla stessa».*

### **1.16**

Russo

*Al comma 5, dopo la lettera g), inserire le seguenti:*

«g-bis) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni con l'obbligatorietà dell'indicazione del codice RAO nella prescrizione, in via sperimentale dal 01 gennaio 2025 per un periodo di sei mesi e in via definitiva a decorrere dal 30 giugno 2025, previa revisione da parte di AGENAS delle tabelle RAO orientata ad ampliarne l'ambito di applicazione e a sistematizzare le indicazioni cliniche attraverso l'utilizzo della classificazione ICD9 CM (da adottarsi con l'aggiornamento delle Linee guida del Ministero della salute entro il 31 dicembre 2024);

g-ter) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni con l'obbligatorietà della compilazione del codice ICD9 CM nella prescrizione delle prestazioni ambulatoriali, in via sperimentale dal 01 gennaio 2025 per un periodo di sei mesi e in via definitiva a decorrere dal 30 giugno 2025;».

### **1.17**

Russo, Satta

*Al comma 5, dopo la lettera g), aggiungere, in fine, la seguente:*

«g-bis) identificazione della capacità produttiva di prestazioni sanitarie di tutte le Regioni attraverso un censimento delle apparecchiature funzionanti sul territorio e della loro capacità produttiva totale.»

### **1.18**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

«5-bis. Al fine di garantire il monitoraggio di cui al comma 5, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni in regime di ricovero soggetto a monitoraggio devono essere aggiornate con cadenza biennale»

### **1.19**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

«5-bis. Al fine di garantire il monitoraggio di cui al comma 5, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni in ambito di reumatologia devono essere aggiornate con cadenza biennale»

#### **1.20**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

«5-bis. Al fine di garantire il monitoraggio di cui al comma 5, le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero ordinario o diurno sono aggiornate con cadenza biennale nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.»

#### **1.21**

Camusso, Zampa, Manca, Furlan, Lorenzin, Zambito

*Al comma 6, aggiungere, in fine, le seguenti parole:* «, sulla base di criteri di funzionamento dei sistemi regionali, secondo le disposizioni di cui al comma 5, da definire entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano.»

#### **1.22**

Durnwalder

*Al comma 6, aggiungere, in fine, le seguenti parole:* «sulla base di criteri di funzionamento dei sistemi regionali, secondo gli aspetti richiamati al comma 5, definiti entro sessanta giorni, dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano.»

#### **1.23**

Furlan, Zampa, Camusso, Zambito

*Dopo il comma 6 aggiungere il seguente:*

«6-bis. I dati rilevabili dal monitoraggio effettuato della Piattaforma Nazionale di cui al comma 1, e gli audit effettuati da Agenas, sono messi a disposizione dei diversi portatori di interesse, comprese le Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.»

#### **1.24**

Sbrollini

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

«6-bis. I dati rilevabili dal monitoraggio effettuato della Piattaforma Nazionale di cui al comma 1, e degli eventuali audit effettuati da AGENAS, verranno messi a disposizione dei diversi portatori di interesse, comprese le Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.»

### Art. 2

#### **2.1**

Romeo, Cantù, Murelli, Minasi

*Sopprimere l'articolo.*

#### **2.2**

Durnwalder

*Sopprimere l'articolo.*

#### **2.3**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida

*Sopprimere l'articolo.*

## 2.4

Durnwalder

Sostituire l'articolo con il seguente:

### «Art. 2

*(Implementazione del Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa)*

1. Al fine di garantire l'operatività del presente decreto, il Ministero della Salute, in collaborazione con l'AGENAS, l'ISS, e d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, elabora con cadenza triennale un Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, il Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1, relativo al primo triennio di vigenza del presente decreto.

3. Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1 definisce le azioni e gli strumenti finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di cui al presente decreto, in particolare:

a) sul versante della domanda, vengono individuate metodologie per la definizione di condizioni cliniche appropriate per ciascuna classe di priorità che siano coerenti con il bisogno di salute del cittadino. Per l'applicazione di tali condizioni, sistemi di prescrizione guidata facilitano il prescrittore al momento della richiesta di prestazioni;

b) sul versante dell'offerta, vengono definite metodologie per lo studio del fabbisogno di supporto alla programmazione delle prestazioni sanitarie da rendere disponibili nei sistemi informativi aziendali. Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'intera offerta prestazionale deve essere resa disponibile nel sistema CUP e la prenotabilità delle prestazioni deve essere garantita in modo continuativo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;

c) sul versante dei monitoraggi dei tempi di attesa, per la specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera viene aggiornato l'elenco delle prestazioni da monitorare sulla base di criticità riscontrate dai flussi nazionali e vengono definite le modalità e le cadenze delle rilevazioni. Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale si istituisce un nuovo flusso informativo nazionale di raccolta dei dati di prenotazione.»

## 2.5

Lorenzin, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Zambito

Sostituire l'articolo con il seguente:

### «Art. 2

*(Implementazione del Nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa)*

1. Al fine di garantire l'operatività del presente decreto, il Ministero della salute, in collaborazione con l'AGENAS, l'ISS, e d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, elabora con cadenza triennale un Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute adotta, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1, relativo al primo triennio di vigenza del presente decreto.

3. Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1 definisce le azioni e gli strumenti finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di cui al presente decreto, in particolare:

a) sul versante della domanda, sono individuate metodologie per la definizione di condizioni cliniche appropriate per ciascuna classe di priorità che siano coerenti con il bisogno di salute del cittadino e che prevedano sistemi di prescrizione guidata che facilitino il prescrittore al momento della richiesta di prestazioni;

b) sul versante dell'offerta, sono definite metodologie per lo studio del fabbisogno di supporto alla programmazione delle prestazioni sanitarie da rendere disponibili nei sistemi informativi aziendali. Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'intera offerta prestazionale deve essere resa disponibile nel sistema CUP e la prenotabilità delle prestazioni deve essere garantita in modo continuativo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;

c) sul versante dei monitoraggi dei tempi di attesa, per la specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera è aggiornato l'elenco delle prestazioni da monitorare sulla base di criticità riscontrate dai flussi nazionali e sono definite le modalità e le cadenze delle rilevazioni, prevedendo, rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'istituzione di un nuovo flusso informativo nazionale di raccolta dei dati di prenotazione.»

## **2.6**

**Furlan, Zampa, Manca, Camusso, Zambito**

*Sostituire l'articolo, con il seguente:*

### **«Art. 2**

*(Verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)*

1. Al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità, di seguito denominati "NAS", che operano alle dirette dipendenze del Ministro della salute, svolgono le funzioni già attribuite al predetto Sistema, assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere e), g), h) e l) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 189 del 16 agosto 2006.

2. In forza del ruolo riconosciuto ai sensi del comma 1, i NAS svolgono funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria vigilando ed effettuando verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. A tali fini, i NAS si avvalgono anche dei dati forniti da AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di audit svolte dall'Agenzia in base al comma 6 del medesimo articolo 1.

3. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, i NAS possono accedere presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati, nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti. I NAS, al fine di corrispondere a segnalazioni da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela degli interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze, possono acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri in relazione ai quali le regioni e le province autonome interessate hanno l'obbligo di rispondere, anche per via telematica, entro quindici giorni. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo costituiscono elementi di valutazione del Ministero della salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.

4. Gli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni di cui al comma 3 sono quantificati per l'anno 2024 in euro 125.000 e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

5. Agli oneri derivanti dal comma 4 e 6 pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e in euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025, si provvede, per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e, a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi

da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»

## **2.7**

Il Relatore

*Al comma 1, in fine, dopo le parole: «per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere» aggiungere la seguente: «c)»*

## **2.8**

Cataldi, Giorgis

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere la parola: «locali».*

*Conseguentemente, all'articolo 3, comma 8, sostituire le parole: «della ASL» con le seguenti: «dell'azienda sanitaria».*

## **2.9**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Al comma 2, dopo le parole «aziende sanitarie locali e ospedaliere» inserire le seguenti « e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. »*

## **2.10**

Cataldi, Giorgis

*Al comma 3, al primo periodo, sostituire le parole: «può accedere» con le seguenti: «può effettuare ispezioni» e, al quarto periodo, sostituire le parole: «A conclusione degli accertamenti» con le seguenti: «A conclusione delle ispezioni e degli accertamenti».*

## **2.11**

Lorenzin

*Al comma 3, dopo le parole: «da parte di cittadini o», inserire le seguenti: «ordini professionali o».*

## **2.12**

Durnwalder, Patton

*Al comma 3, sopprimere le seguenti parole: «e le province autonome».*

## **2.13**

Testor, Murelli, Cantù, Minasi

*Al comma 3, sopprimere le parole «e le province autonome».*

## **2.14**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Al comma 3, sostituire l'ultimo periodo con il seguente: «A conclusione degli accertamenti, l'Organismo redige una relazione sugli esiti delle verifiche svolte che invia al Ministero della salute e alla regione interessata. Quest'ultima, valutati gli elementi trasmessi, applica, sulla base della normativa vigente, eventuali misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.»*

## **2.15**

Furlan, Zampa, Camusso, Zambito

*Al comma 3, sostituire l'ultimo periodo con il seguente: «A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo sono resi disponibili alle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e costituiscono elementi di valutazione del Ministero della Salute».*

## **2.16**

Furlan, Zampa, Camusso, Zambito

All'articolo apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, ultimo periodo, dopo le parole: «gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo»" aggiungere le seguenti: «sono resi disponibili alle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale»;

b) al comma 3, ultimo periodo, sopprimere le parole da: «ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie»" fino alla fine del periodo.

## **2.17**

Sbrollini

Al comma 3, ultimo periodo, apportare le seguenti modificazioni:

a) dopo le parole: «gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo» inserire le seguenti: «saranno resi disponibili alle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e»

b) sopprimere le parole: «ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico»

## **2.18**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 3, ultimo periodo, dopo le parole: «ai fini dell'applicazione» inserire le seguenti: «, da parte degli organi competenti,».

## **2.19**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida

Al comma 3, in fine, sopprimere le seguenti parole: «, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico».

## **2.20**

Cataldi, Giorgis

Al comma 4, sesto periodo, sostituire le parole: «sesto periodo» con le seguenti: «quarto periodo».

## **2.0.1**

Romeo, Cantù, Murelli, Minasi, Pirovano

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

### **«Art. 2-bis**

*(Nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari)*

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito il nuovo sistema di regolazione contrattuale al fine di:

a) prevedere che tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto siano tenuti, proporzionalmente alle risorse assegnate, alla normalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni e degli interventi secondo il principio di flessibilità erogativa di sistema nonché ad assicurare le prestazioni specialistiche di supporto clinico diagnostico e di seconda opinione necessarie ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'appropriata e tempestiva presa in carico dei loro assistiti per i bisogni che non richiedono l'ospedalizzazione;

b) prevedere l'adesione di tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto alla Rete di medicina territoriale e al sistema di emergenza urgenza preospedaliero e ospedaliero, proporzionalmente alle risorse assegnate;

c) stabilire che l'esatta osservanza dei principi a) e b) sia verificata e controllata oggettivamente, prevedendo un sistema di valutazione e monitoraggio delle regioni

nell'esercizio dell'autonomia differenziata ovvero in applicazione di un modello di riferimento adottato dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) per conto del Ministero della salute;

*d)* introdurre un sistema volto alla premialità, il quale preveda che al 30 settembre di ogni anno le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dell'andamento della riduzione delle liste di attesa in ragione delle evidenze dei dati dei rapporti di valutazione certificati dalle aziende sanitarie territoriali, possano autorizzare gli erogatori che hanno raggiunto gli obiettivi negoziali a un aumento della spesa fino al 20 per cento, da calcolare sulla base della spesa storica degli ultimi cinque anni;

*e)* prevedere che i principi di cui alle lettere *a)* e *b)* costituiscano la base per la valutazione prestazionale di ogni singolo erogatore ai fini della definizione delle risorse per l'anno successivo e costituiscano altresì le regole generali per la contrattazione regionale degli erogatori.»

### Art. 3

#### 3.1

Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Zambito, Lorenzin, Misiani, Nicita

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

#### «Art. 3

*(Misure per l'abbattimento delle liste di attesa)*

1. Nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire la piena e completa attuazione dei rispettivi piani operativi, di fornire tempestiva risposta alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di *screening* e di ricovero ospedaliero, di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, di garantire i livelli essenziali di assistenza, di garantire gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, nonché di garantire la piena operatività delle case della comunità e degli ospedali di comunità, adottano le seguenti misure, nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto dal comma 3 e nel rispetto dell'equilibrio economico:

*a)* allo scopo di fronteggiare la grave carenza di personale, superare il precariato e garantire la continuità delle prestazioni sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza, nei limiti delle risorse previste in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, indicano, entro il 31 gennaio 2025, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche, necessario a fare fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale;

*b)* al fine di favorire una migliore programmazione e la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, istituiscono, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un sistema di prenotazione unico regionale o per aree infraregionali territorialmente omogenee da un punto di vista demografico e per il numero e la tipologia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nonché delle agende delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture accreditate presenti nel proprio territorio;

*c)* verificata l'impossibilità di assicurare l'erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal PNGLA 2019-2021, garantiscono fino al 31 dicembre 2024 l'erogazione della medesima prestazione tramite l'attività libero-professionale intramuraria mantenendo a proprio carico la differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del Servizio sanitario nazionale;

*d)* al fine di rendere trasparente il quadro generale sulla situazione delle liste di attesa, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, rendono pubblici e aggiornano in tempo reale nel proprio sito *internet* istituzionale i tempi di attesa per ciascuna prestazione sanitaria prevista nel PNGLA.

2. All'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è attribuito il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa di cui al

comma 1. A tale fine, con decreto del Ministro 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 due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all'Agenas, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa.

3. Al fine di raggiungere progressivamente una percentuale di finanziamento annuale pari al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, è incrementato di 12,1 miliardi di euro per l'anno 2025, 17,5 miliardi di euro per l'anno 2026, 25,6 miliardi di euro per l'anno 2027 e 31,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti. Agli oneri derivanti dal presente comma 1, pari a 12,1 miliardi di euro per l'anno 2025, 17,5 miliardi di euro per l'anno 2026, 25,6 miliardi di euro per l'anno 2027 e 31,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028, si provvede ai sensi dei commi da 4 a 7.

4. Ai fini del concorso delle amministrazioni centrali dello Stato al raggiungimento degli obiettivi programmatici di finanza pubblica indicati nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024, le dotazioni di competenza e di cassa relative alle missioni e ai programmi di spesa degli stati di previsione dei Ministeri, con esclusione nell'ambito delle medesime delle spese destinate ai nuclei familiari e al sociale, alle pensioni, all'occupazione, all'istruzione e alla previdenza, sono ridotte in misura lineare per un ammontare di 1 miliardo di euro per l'anno 2025, di 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, di 2 miliardi per l'anno 2027 e di 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. Su proposta dei Ministri competenti, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da adottare entro il 31 dicembre 2024, le predette riduzioni di spesa possono essere rimodulate in termini di competenza e di cassa nell'ambito dei pertinenti stati di previsione della spesa, fermo restando il conseguimento dei risparmi di spesa realizzati in termini di indebitamento netto della pubblica amministrazione e a invarianza di effetti sui saldi di finanza pubblica.

5. Nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024 sono individuati gli obiettivi di finanza pubblica finalizzati a garantire maggiori entrate dalla lotta all'evasione e all'elusione fiscale e all'economia sommersa da destinare al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, per un ammontare non inferiore a 1 miliardo di euro per l'anno 2025, a 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, a 2 miliardi per l'anno 2027 e a 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. A tal fine, su iniziativa del Ministero dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia delle entrate, nella legge di bilancio per l'anno 2025 sono individuate le misure atte a garantire le maggiori entrate dalla lotta all'evasione e all'elusione fiscale e all'economia sommersa, con particolare riguardo all'estensione della tracciabilità dei pagamenti e alla riduzione dell'uso del contante, della fatturazione elettronica e dell'incrocio e dell'interoperabilità delle banche dati, per un ammontare non inferiore a 1 miliardo di euro per l'anno 2025, a 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, a 2 miliardi per l'anno 2027 e a 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028.

6. Nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024 sono individuati gli obiettivi di finanza pubblica finalizzati a garantire, attraverso l'aggiornamento del PNIEC, risparmi di spesa derivanti dalla rimodulazione ed eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, a partire dai sussidi eliminabili relativi al settore energia, da destinare al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, per un ammontare non inferiore a 2 miliardi di euro per l'anno 2025, a 3 miliardi di euro per l'anno 2026, a 4 miliardi per l'anno 2027 e a 5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028. A tal fine, su iniziativa del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, nella legge di bilancio sono individuate, in attuazione del PNIEC, le misure atte a garantire maggiori risparmi di spesa dalla rimodulazione ed eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, per un ammontare non inferiore a 2 miliardi di euro

per l'anno 2025, a 3 miliardi di euro per l'anno 2026, a 4 miliardi per l'anno 2027 e a 5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028.

7. Con la Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza sono annualmente quantificate le restanti risorse necessarie ad assicurare il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, fino a concorrenza della copertura degli oneri di cui al comma 1. Al fine di assicurare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1, come individuato ai sensi del comma 1, la legge di bilancio provvede annualmente a ridurre in maniera lineare le spese fiscali, elencate nel Rapporto annuale sulle spese fiscali di cui all'articolo 21, comma 11-*bis*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, con esclusione di quelle relative alla composizione del nucleo familiare, ai costi sostenuti per la crescita dei figli, alla tutela del bene casa ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, ad eccezione di quelle riconducibili miglioramento dell'efficienza energetica, della riduzione del rischio sismico del patrimonio edilizio, e della salute, dell'istruzione e della previdenza complementare.»

### **3.2**

[Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin, Zambito](#)

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. Al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, oltre che in regime istituzionale anche mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale del lavoro dell'Area Sanità del 23 gennaio 2024, e dell'articolo 7, comma 1, lettera *d*) del contratto collettivo nazionale del lavoro relativo al personale del Comparto sanità del 2 novembre 2022, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213; e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. L'ampliamento delle attività avviene previa definizione di criteri individuati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sentita Agenas, acquisito il parere delle Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito *report* alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute.»

### **3.3**

[Russo, Leonardi](#)

*Al comma 1, sostituire le parole: «afferiscono al» con le seguenti: «rendono interoperabili i propri sistemi di prenotazione con il».*

### **3.4**

[Sbrollini](#)

*Al comma 1, sostituire le parole: «afferiscono al» con le seguenti: «rendono interoperabili i propri sistemi di prenotazione con il»*

### **3.5**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Al comma 1, sostituire le parole: «afferiscono al», con le seguenti: «rendono interoperabili i propri sistemi di prenotazione con il».*

### **3.6**

[Mazzella, Guidolin, Pirro](#)

*Al comma 1 sopprimere le parole: «o infra-regionale»*

### **3.7**

Il Relatore

Al comma 1, aggiungere in fine le seguenti parole: «, secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;

b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;

c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;

d) accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.»

### **3.8**

[Minasi, Murelli, Cantù, Silvestro](#)

Al comma 1, aggiungere, infine, il seguente periodo: «Le Aziende Ospedaliere Universitarie, i Policlinici Universitari e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, quali enti di rilievo nazionale che devono assicurare l'inscindibilità delle attività di ricerca ed assistenza, mantengono l'operatività dei propri centri di prenotazione, purchè interconnessi con il CUP regionale o infraregionale, anche al fine di garantire la libera scelta del cittadino di accesso alle prestazioni rese dai suddetti enti del S.S.N.».

### **3.9**

[Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro](#)

Apportare le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1, inserire i seguenti:

«1-bis. In considerazione dell'inscindibilità delle funzioni di ricerca, formazione ed assistenza per le aziende ospedaliere universitarie, per i policlinici universitari e per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono istituiti presso tali aziende specifici centri di prenotazione interconnessi con il CUP regionale. Sulle procedure di priorità di prenotazione presso tali centri e sulle procedure di incentivazione delle attività intramuraria all'interno delle suddette aziende è acquisito dalle Direzioni Generali il parere delle organizzazioni rappresentative dei diritti dei malati.

1-ter. Agli oneri di cui al comma 1-bis, valutati in 1 milione di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

b) al comma 12, dopo le parole «presente articolo» inserire le seguenti «, a eccezione dei commi 1-bis e 1-ter,».

### **3.10**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. E' condizione essenziale, preordinata all'accreditamento degli erogatori privati, a pena di nullità degli accordi contrattuali di cui al comma 2 eventualmente stipulati, il rispetto dei requisiti organizzativi e di organico richiesti nel settore pubblico dalla normativa vigente, nonché l'aver adempiuto alle scadenze fissate per i rinnovi contrattuali, analogamente a quanto previsto per gli erogatori pubblici.»

### **3.11**

[Camusso, Zampa, Manca, Furlan, Lorenzin, Zambito](#)

Sostituire il comma 3 con i seguenti:

«3. All'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, qualora le prestazioni siano

rese mediante ricorso alle prestazioni aggiuntive ai sensi del comma 1. A tale scopo le risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono incrementate di 500 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.

*3-bis.* Agli oneri derivanti dal comma *3-bis*, pari a 500 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede:

a) quanto a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;

b) quanto a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307;

c) quanto a 300 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, a valere sui risparmi di spesa e le maggiori entrate derivanti dalla rimodulazione e dall'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 300 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.»

### **3.12**

Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin

*Al comma 3, sostituire la parola: «autorizzate" con la seguente «accreditate».*

### **3.13**

Durnwalder

*Al comma 3, sostituire la parola: «autorizzate», con la seguente: «accreditate»*

### **3.14**

Russo

*Dopo il comma 3, aggiungere i seguenti:*

«*3-bis.* Al fine di potenziare l'operatività dei CUP, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono assumere, prioritariamente, a tempo indeterminato o determinato, personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, anche qualora non più in servizio. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto si provvede previo espletamento di prove selettive.

*3-ter.* Al personale di cui al comma *3-bis* è, comunque, riconosciuto un punteggio aggiuntivo nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso la pubblica amministrazione.».

### **3.15**

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

*Dopo il comma 3, inserire il seguente:*

«*3-bis.* Il rinnovo contrattuale del personale sanitario è un requisito per il rilascio dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.»

### **3.16**

Mazzella, Guidolin, Pirro

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 4, dopo le parole: «soluzioni digitali» inserire le seguenti: «e tracciabili»*

b) *al comma 5, dopo la parola: «sistema» inserire le seguenti: «digitale e tracciabile»*

### **3.17**

Cataldi, Giorgis

*Al comma 4, sostituire le parole: «del ticket, ove previsto» con le seguenti: «della quota di partecipazione alla spesa da parte del cittadino, ove prevista».*

*Conseguentemente, al comma 7, sostituire le parole: «al costo» con le seguenti: «alla spesa da parte del cittadino».*

### **3.18**

Murelli, Cantù, Minasi

*All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *Al comma 4, aggiungere, infine, le seguenti parole: «, potenziando la multicanalità dei servizi di prenotazione del cittadino, attraverso l'attivazione di applicazioni, siti web, call center Cup e piattaforme dedicate, altresì garantendo gli ambiti territoriali di garanzia entro cui erogare le prestazioni sanitarie.»;*

b) *Al comma 8, dopo le parole: «cronico-degenerative» inserire le seguenti: «, delle malattie rare»;*

c) *Al comma 10 sostituire le parole: «sulla base della tariffa nazionale vigente» con le seguenti: «sulla base del pagamento del ticket, ove previsto».*

### **3.19**

Romeo, Murelli, Cantù, Minasi

*Dopo il comma 4 inserire il seguente:*

«4-bis. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitari. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.».

### **3.20**

Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin, Zambito

*Al comma 4, sostituire le parole: «Il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi» con le seguenti: «Il CUP prevede un sistema di gestione delle prenotazioni che ricordi all'assistito la data di erogazione della prestazione, ne richieda la conferma o la cancellazione».*

### **3.21**

Durnwalder

*Al comma 5, sostituire le parole da: «attiva» fino a: «da effettuarsi» con le seguenti: «prevede un sistema di gestione delle prenotazioni che ricordi all'assistito la data di erogazione della prestazione, ne richieda la conferma o la cancellazione».*

### **3.22**

Camusso, Zampa, Manca, Furlan, Lorenzin, Zambito

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

« 7. Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, sia esso esente o non esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.

### **3.23**

Durnwalder

*Al comma 7, sostituire le parole da: «in cui l'assistito», fino alla fine del comma, con le seguenti: «in cui l'assistito, sia esso esente o non esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta*

è tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.».

### **3.24**

[Durnwalder](#)

*Al comma 7, sostituire le parole da: «all'erogatore pubblico o privato accreditato» fino a: «nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa» con le seguenti: «della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.».*

### **3.25**

[Lorenzin](#)

*Sostituire il comma 8 con il seguente:*

«8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative, oncologiche, reumatologiche ed infettivologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, è definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e idoneo sistema informatico, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per il primo accesso alle prestazioni, nonché attraverso una diagnosi qualificata, per le agende delle prestazioni riferibili a PDTA di patologie croniche, o con sospetto diagnostico definito dal medico prescrittore, per visite ed esami necessari a definire l'iter diagnostico. Tale modalità di richiesta di prestazioni segue il principio della presa in carico del cittadino, attuando la segmentazione dei flussi e differenziando le prime richieste dalle prestazioni di controllo, prenotate direttamente dal professionista o dalla struttura che le richiede»

### **3.26**

[Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro](#)

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 8, apportare le seguenti modificazioni:*

1) *al primo periodo, dopo le parole «cronico-degenerative» inserire le seguenti «, rare»;*

2) *dopo il secondo periodo, aggiungere, in fine, i seguenti: «Il Fondo di solidarietà per le persone affette da malattie rare, di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 10 novembre 2021, n. 175, è incrementato di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025. Agli oneri di cui al terzo periodo del presente comma, pari a 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».*

b) *al comma 12, dopo le parole «presente articolo» inserire le seguenti «, a eccezione del comma 8,».*

### **3.27**

[Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro](#)

*Al comma 8, apportare le seguenti modifiche:*

a) *dopo le parole: «cronico-degenerative» inserire la seguente: «, rare»*

b) *dopo il comma, inserire il seguente:*

«8-bis. Nell'ambito della gestione delle patologie rare il centro unico di prenotazione (CUP) di cui al comma 1, deve prevedere un sistema appositamente dedicato.».

### **3.28**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Al comma 8, primo periodo, dopo le parole: «e garantito l'accesso», inserire le seguenti: «in via prioritaria rispetto alle altre patologie».*

### **3.29**

[Mazzella, Guidolin, Pirro](#)

Al comma 8, dopo le parole: «agende dedicate» aggiungere le seguenti: «e tracciabili, inserite nell'ambito del CUP regionale tramite apposite funzioni.»

### **3.30**

Lorenzin

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

«8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico. Nell'ambito di tali *standard* minimi omogenei per i PDTA oncologici, è richiesta l'integrazione sistematica della consulenza con il *Molecular Tumor Board* di riferimento per pazienti con le seguenti caratteristiche: malattia oncologica in fase avanzata, assenza di alternative terapeutiche autorizzate ed erogate dal SSN, aspettativa di vita non inferiore a 3 mesi, PS 0-2 che renda il paziente candidabile ad un trattamento, coerentemente a quanto previsto da Decreto 30 maggio 2023 del Ministero della Salute recante "Istituzione dei *Molecular tumor board* e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next generation sequencing* (NGS)", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.190 del 16 agosto 2023.»

### **3.31**

Lorenzin

Dopo il comma 8, inserire i seguenti:

"8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico.

8-ter. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le regioni e le province autonome provvedono all'istituzione dei *Molecular tumor board* e dei centri specialistici, ai sensi dell'articolo 8, commi 1-bis e 1-ter del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 e del decreto del Ministro della salute 30 maggio 2023."

### **3.32**

Leonardi, Russo, Berrino

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

«8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in attuazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministero della Salute, con proprio decreto da emanare entro novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico.»

### **3.33**

Murelli, Cantù, Minasi

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

« 8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministero della Salute, con proprio decreto da

emanare entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, sentita l' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali regionali in ambito oncologico.»

### **3.34**

[Manca](#), [Zampa](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Zambito](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'Agenas, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico.»

### **3.35**

[Pirro](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Mazzella](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministero della Salute, con proprio decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'AGENAS, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogeni per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico.»

### **3.36**

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-bis. Nell'ambito della gestione delle patologie oncologiche il centro unico di prenotazione (CUP) di cui al comma 1, deve prevedere un sistema appositamente dedicato.».

### **3.37**

[Lorenzin](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-bis. Sono individuati i compiti che, non essendo tipici e riservati ad alcuna specialità medica, possono essere affidati alle professioni sanitarie in possesso di adeguata competenza (*task sharing*).»

### **3.38**

[Magni](#), [Cucchi](#), [De Cristofaro](#), [Aurora Florida](#)

*Sopprimere il comma 9.*

### **3.39**

[Mazzella](#), [Guidolin](#), [Pirro](#)

*Dopo il comma 9, inserire il seguente:*

«9-bis. L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentito esclusivamente nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali.»

### **3.40**

Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin

*Sostituire il comma 10 con il seguente:*

«10. Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa vigente, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso le piattaforme di Intelligenza Artificiale. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo.»

### **3.41**

Sbrollini

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 10, sostituire il primo periodo con il seguente:* «Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base delle tariffe vigenti»

b) *al comma 11, primo periodo, sostituire le parole «commi 232 e 233» con le seguenti:* «comma 232»

c) *al comma 11, secondo periodo, dopo le parole «ove non utilizzate» inserire le seguenti:* «o impegnate dalla Regione entro l'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto »

d) *al comma 11, secondo periodo, sostituire le parole:* «accantonate nei bilanci del Servizio sanitario Nazionale» *con le seguenti:* «accantonate nei bilancio regionali»

### **3.42**

Durnwalder

*Al comma 10, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al primo periodo, sostituire le parole:* «Piano Nazionale di Governo» *con le seguenti:* «Piano di Governo»;

b) *al primo periodo, sostituire le parole da:* «dell'attività libero-professionale intramuraria,» *fino a:* «tariffa nazionale vigente» *con le seguenti:* «delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa vigente, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso le piattaforme di Intelligenza artificiale.»;

c) *al secondo periodo, sopprimere le parole da:* «anche ai fini» *fino alla fine del comma.*

### **3.43**

Russo

*All'articolo apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 10, primo periodo, sostituire le parole:* «commi 232 e 233» *con le seguenti:* «comma 232» *e la parola:* «nazionale» *è soppressa;*

b) *al comma 11 apportare le seguenti modificazioni:*

1) *al primo periodo, sostituire le parole:* «commi 232 e 233» *con le seguenti:* «comma 232»;

2) *al secondo periodo, dopo le parole:* «non possono essere utilizzate» *inserire le seguenti:* «o impegnate dalla Regione entro l'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto» *e sostituire le parole* «del Servizio sanitario nazionale» *con le seguenti* «regionali».

### **3.44**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

*Al comma 10, primo periodo, dopo le parole «attraverso l'utilizzo» inserire la seguente «in via prioritaria»*

### **3.45**

*Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella*

*Al comma 10, primo periodo, dopo le parole «, delle prestazioni aggiuntive, o» inserire le seguenti «in subordine,»*

### **3.46**

*Camusso, Zampa, Furlan, Zambito*

*Al comma 10, ultimo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «, nei limiti di quanto previsto dalla normativa e dagli accordi contrattuali vigenti, per quanto imputabile direttamente agli stessi direttori generali delle aziende sanitarie.»*

### **3.47**

*Mancini, Satta*

*Al comma 10, dopo le parole: «della prestazione nei confronti dell'assistito» aggiungere le seguenti: «Al fine di ridurre ulteriormente la pressione sulle liste di attesa, per i soggetti che dispongono di coperture derivanti dalla sanità integrativa mutualistica e contrattuale, nel rispetto delle classi di priorità, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, ove su richiesta del paziente, venga prenotata la prestazione nel sistema sanitario privato e mediante le prenotazioni effettuate dal paziente in regime privatistico, anche ove il regime privatistico sia rimborsato da Fondi sanitari, Fondi sanitari integrativi, enti casse e società di Mutuo soccorso. Tale richiesta verrà segnalata dalla direzione generale aziendale e verrà processata dal sistema sanitario privato».*

### **3.48**

*Il Relatore*

*Dopo il comma 10, aggiungere il seguente:*

*«10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal precedente comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria possono consistere in:*

*a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;*

*b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;*

*c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate;*

*d) applicazione dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 (Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della l. 27 dicembre 1997, n. 449), nella parte in cui si prevede che in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nei cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione;*

e) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa;

f) acquisto di prestazioni da operatori accreditati esterni per le branche di riferimento, in *extra budget* rispetto agli accordi contrattuali vigenti.»

### **3.49**

[Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella](#)

*Dopo il comma 10, inserire il seguente:*

«10-bis. All'articolo 1, comma 5, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 luglio 1995, n. 502 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "L'accertamento del mancato raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa determina, per i direttori generali delle aziende sanitarie locali, una decurtazione della retribuzione di risultato pari al 30 per cento."»

### **3.50**

[Castellone, Guidolin, Mazzella](#)

*Dopo il comma 10, inserire il seguente:*

«10-bis. Al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 luglio 1995, n. 502, sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 1, comma 5, dopo il terzo periodo è inserito il seguente: «Per il raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste d'attesa è riconosciuto, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento.»;

b) all'articolo 2, comma 5, dopo il quarto periodo è inserito il seguente: «Per il raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste d'attesa è riconosciuto, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento.».

### **3.51**

[Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella](#)

*Dopo il comma 10, inserire, il seguente:*

«10-bis. Al decreto legislativo 4 marzo 2013, n. 33, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 14, comma 1-bis, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2 dell'articolo 41 si applicano anche gli obblighi di pubblicazione concernenti l'attività libero-professionale intramoenia»;

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

### **3.52**

[Gasparri, Ternullo, Silvestro](#)

*Dopo il comma 11, aggiungere il seguente:*

«11-bis. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole: "a tempo determinato, di durata superiore a 4 anni, non rinnovabili" sono soppresse e le parole: "Detto personale è assoggettato" sono sostituite dalle seguenti: "Detto personale può essere assoggettato".»

### **3.53**

[Ternullo, Silvestro](#)

*Dopo il comma 11 inserire il seguente:*

«11-bis. Al fine di concorrere al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione e del superamento delle liste di attesa e garantire ai pazienti l'accesso alle prestazioni strumentali e alle visite specialistiche, le aziende sanitarie locali, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito

dei rispettivi bilanci per analoghe finalità, possono stipulare con le strutture sanitarie accreditate contratti aggiuntivi rispetto a quelli già in essere.»

### **3.54**

Silvestro, Ternullo

*Dopo il comma 11, aggiungere il seguente:*

«11-bis. Al comma 2 dell'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n.56 le parole: ", per un periodo non superiore a dodici mesi," sono soppresse.».

### **3.55**

Durnwalder

*Alla Rubrica, sostituire la parola: «implementazione» con la seguente: «adeguamento».*

### **3.0.1**

Sbrollini

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

#### **«Art. 3-bis** (Accreditamento istituzionale)

1. All'articolo 8-*quater*, del decreto-legislativo 30 dicembre 1992, n.502, dopo il comma 8 sono aggiunti i seguenti,:

«8-bis. L'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, nonché il possesso dei medesimi requisiti organizzativi e di organico delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, costituisce specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accREDITAMENTO istituzionale.

«8-ter. Nel caso in cui il contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto con le associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori privati non è rinnovato alle medesime vigenze del contratto collettivo nazionale della sanità pubblica, ai dipendenti delle strutture sanitarie private dovrà essere applicato quest'ultimo CCNL nelle more del predetto rinnovo, ai fini delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accREDITAMENTO istituzionale.»

### **3.0.2**

Furlan, Zampa, Camusso, Zambito

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

#### **«Art. 3-bis.** (AccREDITAMENTO istituzionale)

1. All'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, sono aggiunti i seguenti commi:

"8-*quinquies*. L'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, nonché il possesso dei medesimi requisiti organizzativi e di organico delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, costituisce specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accREDITAMENTO istituzionale.

8-*sexies*. Nel caso in cui il contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto con le associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori privati non è rinnovato alle medesime vigenze del contratto collettivo nazionale della sanità pubblica, ai dipendenti delle strutture sanitarie private viene applicato quest'ultimo CCNL nelle more del predetto rinnovo, ai fini delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accREDITAMENTO istituzionale."».

### **3.0.3**

Ternullo, Silvestro

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

#### **«Art. 3-bis**

1. All'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 1, è aggiunto il seguente: "1.1. Ai fini della definizione degli accordi contrattuali ai sensi del comma 1, le regioni individuano criteri per assicurare la ripartizione delle risorse disponibili tra le aziende sanitarie locali in misura direttamente proporzionale al numero degli utenti del servizio sanitario nazionale iscritti, presso ciascuna azienda sanitaria locale, negli elenchi di cui all'articolo 19, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833".».

### **3.0.4**

Ternullo

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

#### **«Art. 3-bis**

*(Modifiche ai criteri di accreditamento per le strutture sanitarie)*

1. All'articolo 8-*quinquies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al primo periodo, le parole "previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione" sono soppresse;
- b) al secondo periodo, la parola "selezione" è sostituita dalla parola "contrattualizzazione".».

### **3.0.5**

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

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

#### **«Art. 3-bis.**

*(Disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale)*

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico, garantire un investimento sanitario minimo e una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza e soddisfare più efficacemente le esigenze di pianificazione e organizzazione, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo non può essere inferiore al 7 per cento.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, si provvede, nel limite di 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante quota parte delle maggiori entrate derivanti dai commi da 3 a 8 nonché mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale di cui al comma 9.

3. All'articolo 1, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, al comma 41, le parole: "3 per cento" sono sostituite dalle seguenti: "15 per cento".

4. All'articolo 96 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, testo unico delle imposte sui redditi, al comma 13, primo periodo, dopo le parole: "Gli interessi passivi sostenuti" sono inserite le seguenti: "dagli intermediari finanziari".

5. All'articolo 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, al comma 1, le parole: "26 per cento" sono sostituite dalle seguenti: "28 per cento".

6. All'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, sostituire le parole: "per l'anno 2023" con le seguenti: "per gli anni 2023, 2024 e 2025";

b) sostituire il comma 2 con il seguente: "2. L'imposta straordinaria è determinata applicando, per ciascuna annualità, un'aliquota pari al 40 per cento sull'ammontare del margine di interesse di cui alla voce 30 del conto economico redatto secondo gli schemi approvati dalla Banca d'Italia, conseguente ad attività di finanziamento, relativo:

1) all'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2024 e che eccede per almeno il 5 per cento il medesimo margine nell'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2022;

2) all'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2025 e che eccede per almeno il 5 per cento il medesimo margine nell'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2022."

c) sopprimere il comma 3;

d) sostituire il comma 4 con il seguente: "L'imposta straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera a), è versata entro il 30 ottobre 2024. L'imposta straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera b), è versata entro il 30 ottobre 2025. I soggetti che in base a disposizioni di legge approvano il bilancio oltre il termine di quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio o con esercizio non coincidente con l'anno solare effettuano il versamento entro il mese successivo a quello di approvazione del bilancio."

e) sopprimere il comma 5-bis.

7. Al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, testo unico delle disposizioni legislative concernenti le imposte sulla produzione e sui consumi e relative sanzioni penali e amministrative, alla Tabella A - Impieghi dei prodotti energetici che comportano l'esenzione dall'accisa o l'applicazione di un'aliquota ridotta -, l'aliquota ridotta relativa alla voce 1 (Differente trattamento fiscale fra benzina e gasolio), con l'esclusione del gasolio utilizzato a fini agricoli, è progressivamente aumentata del 10 per cento annuo fino ad ottenere la parificazione con il trattamento fiscale della benzina.

8. Per perseguire maggiore equità ed equilibrio tra i costi sostenuti dai consumatori e i profitti ottenuti dagli operatori, per gli anni 2025 e 2026, è istituito un contributo a titolo di prelievo solidaristico straordinario e temporaneo, a carico dei soggetti che esercitano, nel territorio dello Stato, l'attività di produzione, distribuzione e commercio di sistemi di arma. Il contributo è dovuto a fronte di un incremento medio del margine operativo lordo nei tre periodi di imposta antecedenti a quello in corso al 1° gennaio 2023, almeno pari al 50 per cento. Il contributo di solidarietà è determinato applicando un'aliquota pari al 25 per cento sull'ammontare della quota del reddito complessivo determinato ai fini dell'imposta sul reddito delle società relativo al periodo di imposta antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2024, che eccede per almeno il 10 per cento la media dei redditi complessivi determinati ai sensi dell'imposta sul reddito delle società conseguiti nei quattro periodi di imposta antecedenti a quello in corso al 1° gennaio 2023; nel caso in cui la media dei redditi complessivi sia negativa si assume un valore pari a zero. Il contributo di solidarietà è versato entro il nono mese successivo a quello di chiusura dell'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2023. I soggetti che in base a disposizioni di legge approvano il bilancio oltre il termine di quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio effettuano il versamento entro il mese successivo a quello di approvazione del bilancio. I soggetti con esercizio non coincidente con l'anno solare possono effettuare il versamento del contributo entro il 30 ottobre 2024. Il contributo di solidarietà non è deducibile ai fini delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attività produttive. Ai fini dell'accertamento, delle sanzioni e della riscossione del contributo di solidarietà, nonché del contenzioso, si applicano le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

9. Il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli,

l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire a decorrere dall'anno 2024 un incremento di almeno millecinquecento milioni di euro delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.»

### **3.0.6**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

#### **«Art. 3-bis.**

*(Disposizioni concernenti la ripartizione del Fondo sanitario nazionale)*

1. Al fine di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, come incrementato ai sensi dell'articolo 1, comma 217, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, dopo le parole: «indicatori epidemiologici territoriali,» sono aggiunte le seguenti «, ambientali, socioeconomici e culturali. Inoltre, attribuisce un peso non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie».

### **3.0.7**

Claudio Borghi, Murelli

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

#### **«Art. 3-bis.**

*(Disposizioni per la revisione dell'obbligatorietà dei vaccini)*

1. In considerazione del fatto che l'assetto degli obblighi vaccinali presente nel nostro Paese si pone come fortemente esteso rispetto al panorama europeo e internazionale, e tale situazione si pone in conflitto con quanto statuito dalla nostra Carta Costituzionale, ai sensi delle prescrizioni di cui all'articolo 32 in ordine ai termini dell'obbligatorietà dei trattamenti sanitari, e stante la necessità di assicurare il contemperamento di diversi interessi meritevoli di tutela prevedendo, in tal senso, la calibrazione delle varie misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l'effettività del bilanciamento dei valori costituzionali coinvolti nella legge vaccini come il diritto allo studio, all'inclusione sociale, all'uguaglianza e al diritto alla salute, sono apportate le seguenti modificazioni al decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119:

a) All'articolo 1:

1) al comma 1-*bis* le parole "altresì obbligatorie e gratuite" sono sostituite con le seguenti "gratuite e raccomandate";

2) al comma 2, le parole "di norma e comunque nei limiti delle disponibilità del Servizio sanitario nazionale" sono soppresse;

3) al comma 1-*ter*, è soppressa, ovunque ricorra, la parola "eventuale", dopo le parole "e delle coperture vaccinali raggiunte" sono inserite le seguenti "da valutarsi in base a concreti pericoli epidemici", e, infinite, sono sostituite le parole "comma 1-*bis*" con le parole "commi 1 e 1-*bis*".

4) al comma 3, dopo le parole "pediatra di libera scelta" sono aggiunte le seguenti: "o dal medico specialista";

b) All'articolo 3 il comma 3 è soppresso;

c) All'articolo 3-*bis* il comma 5 è soppresso.

### **3.0.8**

Claudio Borghi

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

#### **«Art. 3-bis.**

*(Modifiche al decreto decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 in materia di consenso per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico)*

1. Dopo l'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, è inserito il seguente:

**"Art. 12-bis**

*(Disposizioni in materia di consenso per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico)*

1. L'alimentazione del FSE può avvenire solo dopo che l'assistito ha preso visione dell'informativa di cui all'art. 6 del dpcm 29 settembre 2015, n. 178 e ha espresso libero, specifico, informato, inequivocabile e, con riferimento alle particolari categorie di dati di cui all'art. 9 del regolamento UE 2016/679, esplicito consenso in relazione a singoli dati personali e categorie di dati personali.

2. I consensi dei minori di età sono espressi dagli esercenti la responsabilità genitoriale.

3. I consensi degli interdetti, degli inabilitati e degli amministrati di sostegno sono espressi dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno ove ciò rientri tra i poteri loro conferiti in base ai provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria.

4. I consensi di cui ai commi 1, 2 e 3 possono essere espressi anche per via telematica, previo accesso al FSE secondo le modalità previste dal dpcm 29 settembre 2015, n. 178 e dal decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023."»

Art. 4

**4.1**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida

*Sopprimere l'articolo.*

**4.2**

Durnwalder

*Sostituire il comma 1, con il seguente:*

«1. Al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, oltre che in regime istituzionale anche mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale del lavoro dell'Area Sanità del 23 gennaio 2024, e dell'articolo 7, comma 1, lett. D) del contratto collettivo nazionale del lavoro relativo al personale del Comparto sanità del 2 novembre 2022, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232 ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n.213; e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. L'ampliamento delle attività avviene previa definizione di criteri individuati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con Decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, acquisito il parere delle Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute.»

**4.3**

Il Relatore

*Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: «per gli esami diagnostici,» inserire le seguenti : «fino al 31 dicembre 2024, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3,».*

**4.4**

Lorenzin

*Al comma 1, dopo le parole: «gli esami diagnostici, le visite», inserire le seguenti: «e valutazioni».*

**4.5**

Leonardi, Mancini

*Al comma 1, dopo le parole: «la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata» aggiungere le seguenti: «, su richiesta del paziente, le visite diagnostiche e specialistiche possono essere effettuate anche nelle strutture sanitarie private, anche ove la spesa della prestazione possa essere rimborsata dal Fondo sanitario integrativo e/o Ente, Cassa, società di Mutuo soccorso a cui è iscritto riducendo la pressione sulle liste di attesa».*

#### **4.6**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

*Al comma 1, sopprimere il secondo e il terzo periodo.*

#### **4.7**

[Malan, Leonardi, Mancini, Satta, Russo, Berrino](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza di sangue e dei suoi derivati e implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.».

#### **4.8**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza di sangue e dei suoi derivati e implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n.219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere all'apertura straordinaria dei centri di trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.».

#### **4.9**

[Guidi](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza di sangue e dei suoi derivati e implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere all'apertura straordinaria dei centri di trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.».

#### **4.10**

[Ternullo, Silvestro](#)

*Dopo il comma 1 inserire il seguente:*

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), possono stipulare contratti aggiuntivi a quelli già stipulati per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche con le strutture sanitarie accreditate avvalendosi delle risorse disponibili iscritte nei propri bilanci.»

#### **4.11**

[Zampa, Camusso, Furlan, Zambito](#)

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

«2. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dalle disposizioni contrattuali dell'Area della Sanità».

#### **4.12**

Il Relatore

*Al comma 2, alle parole: «Presso ogni azienda sanitaria» premettere le seguenti: «Al medico compete in maniera esclusiva la diagnosi, prognosi e terapia.»*

#### **4.13**

[Cataldi, Giorgis](#)

*Al comma 2, sostituire le parole: «applicazione di misure» con le seguenti: «applicazione di sanzioni in caso di inosservanza delle disposizioni di cui al primo periodo».*

#### **4.14**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

*Dopo il comma 2, inserire il seguente:*

«2-bis. All'articolo 1, comma 479, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo le parole "Al fine di garantire alle donne con carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce" inserire le seguenti: "o con carcinoma mammario ER+/HER2- avanzato o metastatico";

b) dopo le parole "di test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce" inserire le seguenti: "o di strumentazioni per l'esecuzione di test di biopsia liquida per l'individuazione delle mutazioni di ESR1 nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico".».

#### **4.15**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

*All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:*

1) *Dopo il comma 2, aggiungere il seguente :*

«2-bis. Al fine di favorire la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni di riabilitazione motoria e respiratoria, a tutti gli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e nel limite massimo di spesa annuo di 5 milioni di euro, sono garantiti i cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso e per la riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria già riconosciuti agli assicurati dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, secondo quanto previsto dall'allegato 9 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017.»;

2) *Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «e all'attuazione del comma 2-bis, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Conseguentemente, il fabbisogno sanitario nazionale standard per ciascuno degli anni a decorrere dal 2024 è incrementato di 5 milioni di euro annui.».*

#### **4.16**

[Sbrollini](#)

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. Al fine di favorire la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni di riabilitazione motoria e respiratoria, a tutti gli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e nel limite massimo di spesa annuo di 5 milioni di euro, sono garantiti i cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso e per la riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria già riconosciuti agli assicurati dell'Istituto

nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, secondo quanto previsto dall'allegato 9 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017.»;

b) *al comma 3, aggiungere, in fine, le seguenti parole:* «e all'attuazione del comma 2-bis, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Conseguentemente, il fabbisogno sanitario nazionale standard per ciascuno degli anni a decorrere dal 2024 è incrementato di 5 milioni di euro annui, cui si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

#### **4.17**

Murelli, Cantù, Minasi

*Dopo il comma 2, inserire il seguente:*

«2-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, le parole "gli infermieri del Servizio sanitario nazionale" sono sostituite dalle seguenti: "i professionisti sanitari del Servizio sanitario nazionale di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43,"».

#### **4.18**

Lotito, Silvestro, Ternullo

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. Al fine di garantire il potenziamento dell'offerta assistenziale di cui al presente articolo, le Aziende sanitarie ospedaliere possono incrementare l'ammontare della componente variabile della retribuzione connessa all'incarico ricoperto dei Direttori generali che conseguono il raggiungimento dell'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa.»

#### **4.19**

Durnwalder

*Al comma 3 aggiungere, in fine, le seguenti parole:* «qualora le prestazioni siano rese mediante ricorso alle prestazioni aggiuntive ai sensi del comma 1. A tale scopo le risorse di cui all'art. 1, comma 232 della Legge 30 dicembre 2023, n. 213 sono incrementate di 500 milioni per l'anno 2024, 500 milioni per l'anno 2025 e 1 miliardo per l'anno 2026.».

#### **4.20**

Il Relatore

*Dopo il comma 3, è aggiunto il seguente:*

«3-bis. All'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n.39, dopo il comma 1, è inserito il seguente: "1-bis. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende ospedaliere e agli IRCCS pubblici"»

#### **4.21**

Rosso, Silvestro

*Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:*

«3-bis. All'articolo 1-*quater*, comma 3, primo periodo, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, dopo le parole: "albo degli psicologi", sono inserite le seguenti: "ovvero presso strutture sanitarie che erogano prestazioni di terapia o supporto psicologico".».

#### **4.22**

Occhiuto, Ternullo, Silvestro, Lotito

*Dopo il comma 3, inserire il seguente:*

«3-bis. Il personale docente a tempo pieno, strutturato presso strutture afferenti al SSN, può su richiesta dell'interessato essere trattenuto in servizio fino al compimento del 72° anno di età, per comprovate esigenze assistenziali e/o attività di ricerca e formazione, non oltre il 31 dicembre 2026.»

#### **4.0.1**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Floridaia

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Modifiche all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145)*

1. Al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: ", appartenenti alla rete formativa" e "fino al 31 dicembre 2026" sono soppresse;

b) il terzo periodo è sostituito dal seguente: "Il contratto ha durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e può essere prorogato fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica, purché la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa appartenga alla rete formativa di una scuola di specializzazione della disciplina di interesse oppure sia in possesso dei requisiti di accreditamento di cui all'allegato 1 del Decreto Interministeriale n. 402/2017 sulla base di una certificazione rilasciata annualmente dal Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca; nei restanti casi, si applicano le disposizioni di cui all'allegato 1 al D.I. n. 402/2017 per un periodo non superiore a 18 mesi, da computarsi separatamente rispetto ad altri periodi già svolti dallo specializzando in extra-rete formativa.";

c) il quarto periodo è sostituito dal seguente: "Ai fini della durata complessiva del contratto, sono fatti salvi, per i medici specializzandi, i periodi di sospensione previsti dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368";

d) all'undicesimo periodo, dopo le parole "primo periodo", aggiungere le seguenti: "oppure dallo specializzando interessato all'assunzione";

e) al dodicesimo periodo, le parole "al nono periodo", sono sostituite dalle seguenti: "all'undicesimo periodo, in conformità alle disposizioni del presente comma.";

f) al quattordicesimo periodo, le parole "purché accreditati ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo n. 368 del 1999 alla data di stipulazione del contratto di cui al presente comma" sono soppresse.».

#### **4.0.2**

Satta, Mancini

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Disposizioni per il potenziamento dell'offerta assistenziale)*

1. Al fine di favorire la produttività e l'aumento del volume delle prestazioni e la conseguente riduzione delle liste d'attesa all'interno delle strutture del SSN, alla legge 30 dicembre 1991, n. 412, all'articolo 4, comma 7, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'ottavo periodo le parole: ", con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale" sono soppresse;

b) dopo l'ottavo periodo e prima delle parole: "le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382." sono inseriti i seguenti periodi: "In via sperimentale e fino alla data del 31 Dicembre 2025, previo accordi da stipulare tra aziende sanitarie pubbliche e aziende sanitarie private accreditate convenzionate, l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale può essere svolto anche all'interno delle strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Il volume e la tipologia delle prestazioni svolte dal dipendente pubblico presso le strutture private convenzionate con il

servizio sanitario nazionale non possono essere superiori al 50% di quelle svolte presso la struttura pubblica di cui si è dipendenti.";

c) il decimo periodo è sostituito con il seguente: "Per detto personale all'accertamento delle incompatibilità provvedono le autorità accademiche competenti per il personale medico universitario e le direzioni generali delle ASL o aziende ospedaliere per il personale della dirigenza medica".».

#### **4.0.3**

Romeo, Cantù, Murelli, Minasi

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

##### **«Art. 4-bis**

*(Modificazioni al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)*

1. All'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 1, è inserito il seguente:

"1-bis. Le Regioni che hanno ottenuto ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma della Costituzione nell'ambito delle materie dell'istruzione, della ricerca scientifica e della tutela della salute e hanno stipulato con il Governo le intese di cui all'articolo 2 della legge 26 giugno 2024, n. 86, conseguentemente approvate in sede parlamentare, procedono in via autonoma, entro il 30 giugno, a determinare il numero globale degli specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, tenuto conto dell'obiettivo di migliorare progressivamente la corrispondenza tra il numero degli studenti ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia e quello dei medici ammessi alla formazione specialistica, nonché del quadro epidemiologico, dei flussi previsti per i pensionamenti e delle esigenze di programmazione della singola regione con riferimento alle attività del Servizio sanitario regionale."»

#### **4.0.4**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

##### **«Art. 4-bis.**

*(Modifiche all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145)*

1. Al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: «, appartenenti alla rete formativa» e «fino al 31 dicembre 2026» sono soppresse;

b) il terzo periodo è sostituito dal seguente: «Il contratto ha durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e può essere prorogato fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica, purché la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa appartenga alla rete formativa di una scuola di specializzazione della disciplina di interesse oppure sia in possesso dei requisiti di accreditamento di cui all'allegato 1 del Decreto Interministeriale n. 402/2017 sulla base di una certificazione rilasciata annualmente dal Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca; nei restanti casi, si applicano le disposizioni di cui all'allegato 1 al D.I. n. 402/2017 per un periodo non superiore a 18 mesi, da computarsi separatamente rispetto ad altri periodi già svolti dallo specializzando in extra-rete formativa.»;

#### **4.0.5**

Murelli, Cantù, Minasi

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

##### **«Art. 4-bis**

*(Accelerazione dell'accesso alle terapie)*

1. L'articolo 10, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, è sostituito dal seguente: "Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto dei livelli essenziali di

assistenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali, a carico del Servizio sanitario nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali, che abbiano perfezionato l'accordo negoziale di cui all'articolo 4 del Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2019."»

#### **4.0.6**

Romeo, Cantù, Murelli, Minasi

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Istituzione di un tavolo tecnico presso il Ministero della Salute)*

1. In considerazione della carenza delle immatricolazioni nella specializzazione in emergenza urgenza, e della contestuale carenza dei medici di emergenza urgenza presso le aziende sanitarie e della necessità di contrastare il fenomeno dei medici gettonisti, presso il Ministero della Salute è istituito un tavolo di confronto, composto dal Ministro dell'Università e della ricerca, il Ministro dell'economia e delle finanze, e un rappresentante delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, competente ad adottare linee di indirizzo finalizzate a incrementare la disponibilità di medici nel settore dell'emergenza-urgenza, prevedendo idonee soluzioni di ordine economico e strutturale.».

#### **4.0.7**

Ternullo, Silvestro

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

#### **«Art. 4-bis.**

1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale è consentito lo svolgimento dei servizi di telemedicina. Con decreto del Ministero della salute, sentita la Conferenza Stato Regioni, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative. Dall'attuazione della presente norma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.»

#### **4.0.8**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Disposizioni in materia di accesso precoce ai farmaci)*

1. A decorrere dal 1 gennaio 2025 in via sperimentale fino al 31 dicembre 2027, sono erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale i farmaci che, in assenza di alternative terapeutiche adeguate, rappresentano una speranza di cura per gravi patologie il cui trattamento non è differibile, e che risultano coerenti con i requisiti per l'innovatività di cui alla Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco n. 1535/2017, adottata ai sensi dell'articolo 1, comma 402, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, con specifico riferimento al valore terapeutico aggiunto e al bisogno terapeutico insoddisfatto.

2. Le aziende farmaceutiche possono inoltrare richiesta per l'accesso precoce di cui al comma 1 all'Agenzia Italiana del Farmaco a seguito della presentazione della domanda presso la European Medicines Agency (EMA) per l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) nel caso di un nuovo farmaco, o per una nuova indicazione terapeutica nel caso di un farmaco già autorizzato, anche prima che il Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) abbia adottato il relativo parere.

3. In caso di esito positivo della valutazione di accesso precoce, l'AIFA adotta il relativo provvedimento di autorizzazione che contiene l'indicazione del regime di fornitura del farmaco. Il nuovo farmaco o l'estensione dell'indicazione terapeutica per cui sia stato autorizzato l'accesso precoce è automaticamente inserito nell'elenco di cui all'articolo 1, comma

401 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 per un periodo di trentasei mesi non rinnovabili che decorrono dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del relativo provvedimento di autorizzazione dell'AIFA. In caso di estensione dell'indicazione terapeutica di un farmaco già autorizzato, il prezzo resta quello già negoziato. Nel caso di un nuovo farmaco, il prezzo è liberamente determinato dall'azienda produttrice.

4. Entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea della decisione adottata dalla Commissione europea relativamente all'autorizzazione all'immissione in commercio o all'estensione dell'indicazione terapeutica, l'azienda farmaceutica sottopone all'AIFA il dossier di prezzo e rimborso, che l'Agenzia è tenuta a valutare in via prioritaria entro i successivi dieci mesi.

5. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con uno o più provvedimenti dell'Agenzia Italiana del Farmaco, sono stabilite le modalità e le tempistiche di presentazione, di istruttoria e di valutazione della domanda di accesso precoce di cui ai commi da 1 a 3, nonché i contenuti del protocollo di intesa tra le aziende farmaceutiche e l'AIFA da attivare successivamente alla presentazione del dossier di cui al comma 4, in caso di mancato rispetto delle tempistiche massime della procedura di prezzo e rimborso, al fine di individuare opportune clausole di salvaguardia a garanzia di tutti gli attori del sistema.

6. Con provvedimento dell'AIFA, entro il 30 settembre di ogni anno, sono stabiliti gli importi a carico delle aziende farmaceutiche riferiti all'anno precedente per i casi in cui il prezzo del farmaco risultante dall'espletamento della procedura ordinaria di prezzo e rimborso sia inferiore a quello fissato unilateralmente dall'azienda in fase di accesso precoce. Entro i successivi sessanta, giorni le aziende farmaceutiche interessate dal provvedimento dell'AIFA di cui al primo periodo del presente comma, provvedono a corrispondere l'importo dovuto.

7. La raccolta dei dati di monitoraggio riferiti all'utilizzo del nuovo farmaco o della nuova indicazione terapeutica per cui sia stato autorizzato l'accesso precoce secondo quanto stabilito nei commi precedenti avviene attraverso i Registri di monitoraggio dell'AIFA.

8. Alle disposizioni di cui ai commi precedenti si provvede a valere sulle disponibilità del Fondo di cui all'articolo 1, comma 401 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi.»

#### **4.0.9**

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Disposizioni in materia di continuità assistenziale).*

1. Ai fini del riconoscimento delle particolari necessità dell'utenza e della necessità di valorizzare e preservare la diffusione territoriale di ambulatori e dei professionisti della continuità assistenziale, è stanziata la somma di 90 milioni per l'anno 2024 al fine di mantenere e potenziare gli ambulatori e servizi di continuità assistenziale sul territorio, intercettando i bisogni di salute dei cittadini, fornendo loro prestazioni e esami di base, deflazionando così l'attività ed il carico del pronto soccorso.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 90 milioni di euro per l'anno 2024 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **4.0.10**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Screening nazionale per l'individuazione della Malattia Renale Cronica)*

1. Al fine di garantire una diagnosi tempestiva della Malattia Renale Cronica (MRC), in via sperimentale per il triennio 2024-2026, è autorizzata la spesa di 200.000 euro annui per la realizzazione di un programma di screening della patologia rivolto alla popolazione di età

superiore ai diciotto anni, che presenti almeno una patologia tra diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattia cardiovascolare o cerebrovascolare, obesità, attraverso il coinvolgimento su base volontaria delle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico.

2. Con decreto del Ministro della Salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1.

3. Il Ministero della salute promuove campagne periodiche di informazione e sensibilizzazione sociale sull'importanza della diagnosi precoce della MRC e per la conoscenza del programma di cui al comma 1.

4. Ai fini del presente articolo è autorizzata la spesa di 200.000 euro annui per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 200.000 euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

#### **4.0.11**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Potenziamento dei presidi sanitari per l'individuazione precoce della Malattia Renale Cronica)*

1. Al fine di sensibilizzare i cittadini sulla prevenzione della salute renale e di intercettare precocemente i primi segnali di malfunzionamento dei reni per un successivo invio del paziente al Medico di Medicina Generale e allo specialista nefrologo, in via sperimentale per il 2025, è prevista l'attivazione di un programma di individuazione precoce della Malattia Renale Cronica rivolto alla popolazione di età superiore ai diciotto anni, che presenti almeno una patologia tra diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattia cardiovascolare o cerebrovascolare e obesità, attraverso la rilevazione dei livelli di creatinina nel sangue e di albumina nelle urine da effettuarsi presso le farmacie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

2. Con decreto del Ministro della Salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma precedente.

3. All'attuazione del programma di cui al comma 1 si provvede mediante le risorse stanziare per l'anno 2025 per il finanziamento della sperimentazione dei nuovi servizi e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private, di cui all'art. 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153.».

#### **4.0.12**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Potenziamento della rete di terapia del dolore)*

1. Nell'ambito dell'attività di cui all'articolo 9 della legge 15 marzo 2010, n. 38, il Ministero della salute provvede all'attivazione di un monitoraggio specifico in ordine allo stato di implementazione delle reti di terapia del dolore e all'effettivo accreditamento delle reti medesime nel rispetto dei criteri di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 27 luglio 2020 (rep. Atti n. 119/CSR). L'attività di monitoraggio di cui al presente comma è condotta con cadenza annuale, sulla base di precisi indicatori stabiliti a livello nazionale, anche avvalendosi della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e associazioni dei

pazienti, che devono essere rispettati in tutte le regioni e province autonome e che il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza monitora nell'ambito del Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019, con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente. Tra gli indicatori di monitoraggio di cui al secondo periodo si tiene conto anche della necessità di garantire una chiara codifica all'interno delle strutture attraverso l'utilizzo dello specifico codice di disciplina (codice 96).

2. Dell'esito del monitoraggio di cui al comma 1 è dato atto in apposita sezione della relazione annuale di cui all'articolo 11 della citata legge n. 38 del 2010 della quale il Ministero della salute assicura la presentazione nel rispetto dei termini di legge.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni dalla data di conclusione del primo monitoraggio annuale di cui al comma 1, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri e le modalità di riparto di una quota parte delle risorse di cui all'articolo 12, comma 2, della citata legge n. 38 del 2010, da destinare specificamente alla piena operatività delle reti di terapia del dolore, tenuto conto anche dei fabbisogni regionali, degli obiettivi di accreditamento stabiliti e delle risultanze del monitoraggio svolto.

4. Il Ministero della salute provvede alle spese di funzionamento dell'attività di cui al comma 1 nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 9, comma 4, della citata legge n. 38 del 2010.»

#### **4.0.13**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Modificazioni alla legge 15 marzo 2010, n. 38)*

1-bis. All'articolo 5, comma 4-bis, della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo le parole «un piano di potenziamento» sono aggiunte le seguenti «della terapia del dolore e un piano di potenziamento».

#### **4.0.14**

[Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro](#)

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Potenziamento dell'assistenza sanitaria delle cure primarie)*

1. In relazione alle finalità del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) miranti allo sviluppo delle reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento all'assistenza primaria, nonché al fine di garantire un'adeguata risposta ai crescenti bisogni di salute della popolazione, anche in ragione di quanto emerso nell'emergenza pandemica, l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) è consentito, oltre che ai medici in possesso del diploma regionale di formazione specifica, anche ai medici in possesso del diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 5 novembre 2005, e del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie di cui al decreto del Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca e del Ministro della salute 4 febbraio 2015, n. 68.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 1 milione di euro per l'anno 2024 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **4.0.15**

[Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella](#)

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

**«Art. 4-bis.**

*(Istituzione Fondo per l'assistenza primaria, la prevenzione e la promozione della salute per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale)*

1. Al fine di garantire i bisogni crescenti derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle cronicità e garantire la cura, la diagnosi personalizzata e il trattamento più appropriato per un impatto positivo a livello individuale e per un beneficio sociale e collettivo è istituito, nello stato di previsione del Ministero della Salute il Fondo per l'assistenza primaria, la prevenzione e la promozione della salute per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, con una dotazione finanziaria di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.

2. Il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto stabilisce, con proprio decreto, i criteri e le modalità per la ripartizione del Fondo di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

**4.0.16**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

**«Art. 4-bis.**

*(Potenziamento dell'offerta assistenziale delle strutture di prevenzione, diagnosi e cura delle neoplasie pancreatiche)*

1. Al fine di garantire ai pazienti affetti da tumore al pancreas le migliori cure con l'approccio multidisciplinare più completo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono le *Pancreas Units*, centri specializzati nella cura dei tumori del pancreas che hanno una struttura organizzativa multidisciplinare, individuata attraverso una selezione dei centri in base a volume e qualità delle prestazioni, che sulla base di un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale standardizzato focalizzato sul paziente consenta un approccio integrato alle neoplasie del pancreas e della regione periampollare, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e dei risultati clinici.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, si definisce il modello organizzativo e requisiti minimi per la costituzione delle reti regionali delle *Pancreas Unit*.

3. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvedono alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.»

**4.0.17**

Murelli, Cantù, Minasi

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

**«Art. 4-bis**

*(Poteri sanzionatori dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni in materia di pubblicità sanitaria)*

1. L'inosservanza delle disposizioni di cui al comma 525 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 comporta a carico del soggetto interessato o committente, sia questo una struttura sanitaria privata di cura o un soggetto iscritto agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie, del proprietario del mezzo o del sito di diffusione o di destinazione e, in caso di pubblicità indiretta mediante sponsorizzazioni di eventi, attività, manifestazioni, programmi, prodotti o servizi e tutte le altre forme di comunicazione di contenuto attrattivo e suggestivo, anche

dell'organizzatore della manifestazione, evento o attività, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689 di importo pari al 20 per cento del valore della campagna promozionale o della sponsorizzazione e, in ogni caso, non inferiore per ogni violazione, a euro 10.000.

2. L'Autorità competente alla contestazione e all'irrogazione delle sanzioni di cui al presente articolo è l'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, che vi provvede ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689 e del comma 536 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, indipendentemente dal mezzo con cui la pubblicità di cui al comma 1 è effettuata.

3. I proventi delle sanzioni amministrative per le violazioni di cui al comma 1, compresi quelli derivanti da pagamento in misura ridotta ai sensi dell'articolo 16 della legge 24 novembre 1981, n. 689, sono versati ad apposito capitolo dell'entrata del bilancio statale e riassegnati allo stato di previsione della spesa dell'AGCOM per sostenere le spese di ampliamento delle competenze previste nel comma 536 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.»

#### **4.0.18**

Romeo, Cantù, Murelli, Minasi, Pirovano

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Rete di medicina territoriale «Salute Globale» (One Health) di promozione della salute, prevenzione e continuità di assistenza e cura)*

1. È istituita la Rete di medicina territoriale «Salute Globale» (*One Health*), di seguito denominata «Rete», composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, operanti nelle forme di cui al comma 3. Ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria, in forma singola, associata o aggregata, è garante della continuità di cura dell'assistito secondo principi di prevenzione e di promozione della salute individuale e di cura appropriata.

2. La Rete è integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di *screening* nell'età evolutiva, inclusi la diagnosi precoce delle difficoltà cognitive del bambino e della depressione maggiore tra i ragazzi nella fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni, a sostegno delle famiglie e delle scuole, le azioni specifiche e gli interventi di prossimità rispetto ai nuovi bisogni e alle fragilità emergenti a supporto e tutela delle persone maggiormente a rischio. La Rete aggiorna i modelli e gli *standard* di assistenza distrettuale indicati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e secondo quanto previsto dal presente capo. Si assume quale rapporto ottimale di distribuzione sul territorio quello di un medico del ruolo unico di assistenza primaria ogni 1.000 assistiti e, come dotazione *standard* per aggregazione funzionale territoriale di cui al comma 3, di un numero di 20 medici del ruolo unico di assistenza primaria ogni 20.000 assistiti.

3. La Rete è organizzata a livello distrettuale tramite forme organizzative monoprofessionali, denominate «aggregazioni funzionali territoriali» (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e procedure di verifica, anche tramite le Case della comunità, che erogano prestazioni assistenziali infradistrettuali tramite la figura dell'infermiere di famiglia e comunità, che garantisce il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, quali medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, tenuto conto della peculiarità dei territori afferenti al distretto sanitario quali aree metropolitane, aree disagiate o a bassa densità di popolazione e isole minori. La Rete garantisce l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, per tutti i giorni della settimana e per tutti gli assistiti dei medici, singoli, associati o aggregati. A tal fine, l'apertura degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta deve essere articolata in modo da garantire, all'interno della AFT di riferimento, l'attività assistenziale dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì, per tutti gli assistiti dei medici e pediatri di libera scelta, singoli o associati. La disponibilità dalle ore 20 alle ore 24 è garantita dal medico del ruolo unico ad attività oraria e dal pediatra di libera scelta presso la

Casa della comunità, sede di riferimento dell'AFT, o presso altra sede messa a disposizione dell'azienda sanitaria. Il suddetto modello organizzativo, sulla base di puntuale monitoraggio di garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) della medicina generale e dell'effettività della continuità assistenziale per tutti i cittadini e da personale medico e infermieristico del distretto sanitario, rappresenta lo *standard* minimo di appropriatezza erogativa delle prestazioni assistenziali per quanto riguarda l'accessibilità e la continuità, sia nella prevenzione che nella cura.

4. Le funzioni e le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria dalle ore 8 alle ore 20 comprendono:

a) la gestione delle patologie croniche con attività di telemedicina e di teleconsulto mediante l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche interfacciate sia con sistemi di monitoraggio che di rilevazione dei parametri clinici da remoto, secondo le linee guida ministeriali vigenti in materia con prestazioni di supporto specialistico, clinico e diagnostico erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il Servizio sanitario regionale di appartenenza;

b) l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo inquadramento;

c) nell'ambito dell'AFT di appartenenza, la copertura dell'attività assistenziale diurna per dodici ore dal lunedì al venerdì, tramite apertura coordinata degli studi;

d) l'attività di prevenzione e promozione della salute, compresa la profilassi vaccinale in prevenzione e risposta a virus, influenzali e non, endemici e pandemici, secondo i programmi vaccinali nazionali e regionali, nonché la gestione dell'isolamento nella presa in carico delle patologie infettive degli assistiti;

e) l'erogazione delle attività correlate al modello delle Case della comunità di cui alla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione regionale di un sistema strutturalmente integrato di emergenza urgenza, continuità assistenziale e medicina territoriale, assicurano nelle Case della comunità la continuità dell'assistenza dalle ore 24 alle ore 8, nel fine settimana e nei giorni festivi, anche in ulteriori sedi appositamente individuate.

6. La Rete si integra con il sistema di continuità assistenziale connesso al numero europeo armonizzato (NEA) 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di cure primarie secondo principi di appropriatezza, e forniscono al medesimo sistema le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali o alla centrale di telemedicina. La centrale di telemedicina, attraverso la rete delle strutture erogatrici, si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di continuità dell'assistenza, in particolare nelle aree remote e in relazione ai soggetti fragili, riducendo gli accessi al pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata.

7. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni operano nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscono all'Ecosistema dei dati sanitari (EDS) utilizzando il sistema di monitoraggio, di valutazione e di controllo di aderenza ai flussi informatici informativi e di alimentazione del FSE di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite dal comma 7 del medesimo articolo 12, nonché delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, ai sensi del decreto del Ministro della salute e del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 18 maggio 2022 e del decreto del Ministro della salute del 20 maggio 2022, entrambi pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* n. 160 dell'11 luglio 2022.»

#### **4.0.19**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 4-bis**

(Modificazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210)

1. Alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) All'articolo 3:

1) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 presentano all'azienda sanitaria locale competente le relative domande, indirizzate al Ministro della salute. L'azienda sanitaria locale, entro tre mesi dalla data di presentazione delle domande, provvede all'istruttoria delle domande stesse e all'acquisizione del giudizio di cui all'articolo 4, sulla base di direttive del Ministero della salute che garantiscono il diritto alla riservatezza anche mediante opportune modalità organizzative»;

2) il comma 7 è sostituito dal seguente:

«7. Il diritto all'indennizzo di cui all'articolo 1 non è soggetto a prescrizione. La domanda può essere presentata in ogni tempo dalle persone indicate nel medesimo articolo 1 ovvero, nel caso previsto all'articolo 2, comma 3, dall'avente diritto»;

b) Al comma 1 dell'articolo 5 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, le parole: "entro trenta giorni" sono sostituite dalle seguenti: "entro novanta giorni";

c) L'articolo 7 è sostituito dal seguente:

#### **"Art. 7**

*(Attività di informazione)*

1. Ai fini del controllo e della prevenzione sulle complicanze causate da trasfusioni e vaccinazioni le regioni predispongono e attuano attraverso le aziende sanitarie appositi progetti con valenza almeno biennale finalizzati:

a) all'informazione dei cittadini sull'uso dei vaccini, sulle trasfusioni, sui rischi e sulle complicazioni da essi derivanti, nonché sulle tutele approntate dall'ordinamento statale per il ristoro dei danni causati dalle vaccinazioni obbligatorie per legge o dalla somministrazione di sangue e suoi derivati;

b) alla raccolta dei dati relativi ai soggetti danneggiati al fine di una puntuale e necessaria conoscenza quantitativa e qualitativa delle complicanze a causa di vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati;

c) al coinvolgimento della classe medica, soprattutto quella territoriale, nelle attività di informazione e prevenzione."».

#### **4.0.20**

[Murelli, Cantù, Minasi](#)

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

#### **«Art. 4-bis.**

*(Fondo per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto, e gestione di organi e tessuti per trapianto)*

1. Al fine di rispondere alle esigenze di riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti, a decorrere dal 1° gennaio 2025 è istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Fondo per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto.

2. Con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di funzionamento del Fondo e il meccanismo di riparto tra le regioni.

3. Agli oneri derivanti dal comma 1, di 20 milioni di euro annui, si provvede, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute.».

#### **4.0.21**

[Berrino, Leonardi, Mancini](#)

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

#### **«Art. 4-bis**

*(Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa)*

1. Al fine di rendere più sinergico il rapporto tra SSN e Sanità Integrativa mutualistica di derivazione contrattuale e professionale, riducendo significativamente duplicazioni di prestazioni ed asimmetrie in fase di programmazione che incidono poi negativamente sull'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, i fondi sanitari integrativi istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 devono operare nei seguenti ambiti:

a) ambito integrativo al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero prestazioni Extra Lea totalmente escluse dai Lea: 1) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera; 2) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza; 3) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni fisioterapiche e prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza; 4) prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie; 5) prestazioni e servizi per prevenzione delle malattie croniche tramite la promozione di stili di vita sani;

b) ambito complementare al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero prestazioni comprese nei LEA: 1) visite specialistiche; 2) diagnostica; 3) prestazioni e servizi sanitari per la prevenzione secondaria, e promozione e supporto all'accesso all'attività sportiva;

c) ambito sostitutivo al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero prestazioni comprese nei LEA.

2. Gli ambiti di cui alle lettere a) e b) del comma 1, si intendono rispettati a condizione che in ogni ambito almeno il 40 per cento delle risorse complessive sia destinato all'erogazione di prestazioni coincidenti con quelle di cui alle medesime lettere a) e b) del comma 1.

3. Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, il Ministro della salute aggiorna il decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, recante "*Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale»*".

4. Al fine di contrastare l'omissione contributiva ad opera del datore di lavoro in virtù di quanto previsto dai CCNL applicati, i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni devono stipulare con INPS una convenzione per il servizio di riscossione dei contributi secondo lo schema di cui alla determinazione INPS n. 71 del 18 ottobre 2023. A tal fine l'INPS è autorizzato al trattamento dei dati connessi alla attuazione delle convenzioni nonché a trasferire, su richiesta dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni, di cui al comma 1 del presente articolo, i dati previsti dell'articolo 6 della determinazione INPS n. 71 del 18 ottobre 2023, nonché in virtù del presente articolo anche i dati anagrafici delle aziende adempienti e non adempienti.

5. In attuazione di quanto stabilito al comma 4, l'Ispettorato nazionale del lavoro - INL, vigila d'ufficio o su segnalazione dei fondi sanitari integrativi ovvero degli enti, casse e società

aventi finalità esclusivamente assistenziale, sull'omissione dei contributi non versati, consentendo ai fondi sanitari integrativi ovvero degli enti, casse e società aventi finalità esclusivamente assistenziale di agire per il recupero dei contributi omessi in nome e per conto del lavoratore.

6. Entro il 30 settembre di ciascun anno, l'Anagrafe dei fondi sanitari, istituita presso il Ministero della Salute, di concerto con il CNEL, detentore dell'archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro ai sensi dell'articolo 17 della legge 30 dicembre 1986, n. 936, pubblica sulla propria sezione del sito istituzionale del Ministero della Salute l'elenco dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti, delle casse e delle società di mutuo soccorso di cui al comma 1, previsti dai contratti collettivi nazionali di riferimento ed iscritti all'Anagrafe dei Fondi.»

#### **4.0.22**

Russo

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

##### **«Art. 4-bis.**

*(Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso)*

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso (PS) e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della Salute, per l'anno 2024, un Fondo con una dotazione pari a 3 milioni di euro. Le risorse del Fondo sono destinate all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.

2. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, il Ministro 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, sentite le federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, adotta un decreto per definire:

- a) le modalità di distribuzione alle Regioni delle risorse di cui al comma 1;
- b) le modalità con cui le medesime Regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del suddetto contributo.

3. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro per il 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1 comma 199 della legge 23 dicembre 2014, n.190.».

#### **4.0.23**

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

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

##### **«Art. 4-bis.**

*(Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso)*

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso (PS) e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un Fondo con una dotazione pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.

2. Le risorse del Fondo di cui al comma 1 sono destinate all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro 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, sentite le

federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, adotta un decreto per definire:

- a) le modalità di distribuzione alle regioni delle risorse di cui al comma 1;
- b) le modalità con cui le medesime regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del suddetto contributo.

3. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 1037, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, come rifinanziato dall'articolo 1, comma 1 del decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56.»

Art. 5

## 5.1

Camusso

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

### «Art. 5

*(Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario)*

1. A decorrere dall'anno 2024 i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60, sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fino a copertura dei piani triennali dei fabbisogni di personale, del 50 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2023 prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2023. Ai fini di una graduale revisione della disciplina assunzionale di cui al presente articolo, il Ministero della Salute, nell'ambito degli obiettivi previsti dal vigente Patto per la Salute 2019/21, previa informativa sindacale e previa valutazione effettuata dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa n. 2271 sancita in data 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, congiuntamente al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, effettua una verifica delle risultanze della sperimentazione prevista dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023 "Adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN.

2. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza pandemica, le previsioni di cui all'articolo 1, comma 268 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, fermo restando l'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale, sono effettuate in deroga a quanto previsto all'articolo 11, comma 1 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dal presente articolo.»

## 5.2

Durnwalder

*Apportare le seguenti modificazioni:*

- a) *sopprimere il comma 1;*
- b) *alla Rubrica, sostituire la parola: «sanitario» con le seguenti: «del servizio sanitario nazionale».*

## 5.3

Cataldi, Giorgis

*Al comma 1, dopo le parole: «di cui al comma 2,» inserire le seguenti: «secondo periodo,».*

#### **5.4**

**Mazzella, Guidolin, Pirro**

*Al comma 1, apportare le seguenti modificazioni:*

- a) sostituire le parole: «10 per cento» con le seguenti «20 per cento»;*
- b) sostituire, ovunque ricorrono, le parole: «5 per cento» con le seguenti «10 per cento»*
- c) sostituire le parole «fino al 15 per cento» con le seguenti «fino al 30 per cento»*

#### **5.5**

**Zampa, Camusso, Furlan, Zambito**

*Al comma 1, apportare le seguenti modificazioni:*

- a) al primo periodo, sostituire le parole: «10 per cento» con le seguenti: «20 per cento», le parole: «5 per cento» con le seguenti: «10 per cento» e le parole: «15 per cento» con le seguenti: «25 per cento»;*
- b) al secondo periodo, sostituire le parole: «5 per cento» con le seguenti «10 per cento».*

#### **5.6**

**Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro**

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «con decreto» inserire le seguenti: «da adottare entro trenta giorni dalla richiesta della regione»*

#### **5.7**

**Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida**

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Tali valori comprendono le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.».*

#### **5.8**

**Furlan, Zampa, Camusso, Zambito**

*Al comma 1 aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Gli aumenti di cui al presente comma si aggiungono agli incrementi già previsti dai commi 1 e 3 dell'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019 n. 60. Agli oneri derivanti dalla presente disposizione, pari a 450 milioni per gli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede:*

*a) quanto a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;*

*b) quanto a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307;*

*c) quanto a 250 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, a valere sui risparmi di spesa e le maggiori entrate derivanti dalla rimodulazione e dall'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 250 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.»*

#### **5.9**

**Sbrollini**

*Al comma 1, inserire, in fine, il seguente periodo: «Gli incrementi di cui al presente comma si aggiungono agli incrementi già previsti dai commi 1 e 3 dell'articolo 11, decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazione, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60».*

#### **5.10**

[Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

«1-bis. Al fine di perseguire finalità di perequazione territoriale nelle dotazioni di personale occupato nei diversi sistemi sanitari regionali, i decreti con i quali è adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN provvedono anche a stabilire le modalità con le quali avviene il finanziamento straordinario del reclutamento di personale a tempo indeterminato nei sistemi sanitari regionali che presentino, al 31 dicembre di ciascun anno, il parametro di personale occupato inferiore al fabbisogno di personale come definito dalla metodologia adottata.»

#### **5.11**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Al comma 2, primo periodo, apportare le seguenti modificazioni:*

- a) sopprimere le seguenti parole: «A decorrere dal 2025,»;*
- b) anteporre, prima delle parole: «è adottata», le seguenti: «, da emanarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto,».*

#### **5.12**

[Mazzella, Guidolin, Pirro](#)

*Al comma 2, sostituire le parole: «e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale» con le seguenti: «, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, le associazioni di categoria e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari,»*

#### **5.13**

[Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro](#)

*Al comma 2, dopo le parole: «con uno o più decreti» inserire le seguenti: «da adottare, entro il 30 marzo 2025,»*

#### **5.14**

[Lorenzin](#)

*Al comma 2, dopo le parole: «Ministero dell'economia e delle finanze,», aggiungere le parole: «, sentite le federazioni nazionali degli ordini delle professioni sanitarie.»*

#### **5.15**

[Zampa, Camusso, Furlan, Zambito](#)

*Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: «e le province autonome di Trento e Bolzano» inserire le seguenti: «, nonché previo confronto con i sindacati rappresentativi del personale dipendente e convenzionato del SSN,».*

#### **5.16**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: «è adottata», inserire le seguenti: «previo confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative.»*

#### **5.17**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: «è adottata», inserire le seguenti: «previo confronto con le Federazioni nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie.»*

### **5.18**

Mazzella, Guidolin, Pirro

*Al comma 2, sopprimere le parole: «in coerenza con i valori di cui al comma 1.»*

### **5.19**

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

*Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.*

### **5.20**

Durnwalder

*Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Al fine di perseguire finalità di perequazione territoriale nelle dotazioni di personale occupato nei diversi sistemi sanitari regionali, i decreti con i quali è adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN provvedono anche a stabilire le modalità con le quali avviene il finanziamento straordinario del reclutamento di personale a tempo indeterminato nei sistemi sanitari regionali che presentino, al 31 dicembre di ciascun anno, il parametro di personale occupato inferiore al fabbisogno di personale come definito dalla metodologia adottata.»*

### **5.21**

Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Zambito, Lorenzin, Misiani, Nicita

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. Dopo il comma 4.1 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, è inserito il seguente:

"4.2. Fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico, dall'anno 2024 le regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico. Non trova applicazione, a decorrere dal 2024, la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75."»

### **5.22**

Mazzella, Guidolin, Pirro

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. A decorrere dal 2025, dall'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, sono abrogate le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.»

### **5.23**

Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin

*Al comma 3, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: «Le disposizioni di cui al comma 4, dell'articolo 11, si applicano anche successivamente all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN. Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazioni mediche della dirigenza del SSN in relazione alla tipologia, anche tenuto conto della carenza di professionisti appartenenti a talune branche specialistiche, e alle condizioni di lavoro, nonché di valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari, degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e degli operatori socio-sanitari, anche considerando le attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, le regioni nell'ambito della disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Le suddette risorse aggiuntive sono*

utilizzate in deroga ai limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e ai limiti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del presente comma.»

#### **5.24**

**Durnwalder**

*Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo:*

«Le disposizioni di cui al comma 4, dell'articolo 11 di quest'ultimo decreto si applicano anche successivamente all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN.».

#### **5.25**

**Durnwalder**

*Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* «Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazioni mediche della dirigenza del SSN in relazione alla tipologia, anche tenuto conto della carenza di professionisti appartenenti a talune branche specialistiche, e alle condizioni di lavoro, nonché di valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari, degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e degli operatori socio-sanitari, anche considerando le attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nell'ambito della disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Le suddette risorse aggiuntive sono utilizzate in deroga ai limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e ai limiti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del presente comma.».

#### **5.26**

**Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro**

*Dopo il comma 3, aggiungere i seguenti:*

«3-bis. In deroga a quanto previsto dai commi 1 e 2 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le Regioni, al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, devono definire, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, piani triennali di spesa complessiva per il fabbisogno del personale dei rispettivi enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito del livello di finanziamento standard cui concorre lo Stato e fermo restando l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale.

3-ter. I piani di cui al comma 3-bis sono sottoposti all'approvazione preventiva del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA).

3-quater. Agli oneri derivanti dai commi 3-bis e 3-ter, valutati in 500 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tal fine, il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli, l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire a decorrere

dall'anno 2024 un incremento di almeno 500 milioni di euro delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.».

#### **5.27**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

*Dopo il comma 3, aggiungere, in fine, il seguente:*

«3-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, non trova applicazione, la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75»

#### **5.28**

Furlan, Zampa, Camusso, Zambito

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:*

«3-bis. All'adozione della metodologia di cui al comma 2, per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale cessa di avere efficacia l'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75.».

#### **5.29**

Russo

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:*

«3-bis. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e per non disperdere le professionalità acquisite, all'articolo 1, comma 268, lettera b), della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le parole: "al 31 dicembre 2023" sono sostituite dalle seguenti: "al 31 dicembre 2024.".».

#### **5.30**

Mazzella, Guidolin, Pirro

*Dopo il comma 3 aggiungere, in fine, il seguente:*

«3-bis. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare e di personale convenzionato, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 150 milioni di euro per l'anno 2024, di 300 milioni di euro per l'anno 2025, di 500 milioni di euro per l'anno 2026 e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale come incrementato, in misura corrispondente, attraverso la riduzione lineare delle spese fiscali, elencate nel Rapporto annuale sulle spese fiscali di cui all'articolo 21, comma 11-bis, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, con esclusione di quelle relative alla composizione del nucleo familiare, ai costi sostenuti per la crescita dei figli, alla tutela del bene casa e della salute, dell'istruzione e della previdenza complementare.»

#### **5.31**

Ternullo, Silvestro, Lotito

*Dopo il comma 3 inserire il seguente:*

«3-bis. Anche al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, in particolare nelle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario e commissariate ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, aventi sede nel territorio della regione Calabria, sono autorizzate a bandire procedure di avviamento a selezione di cui all'articolo 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56, per assunzioni fino al 31 dicembre 2027, anche in sovrannumero e in deroga alla dotazione organica, al piano di fabbisogno del personale e ai

vincoli assunzionali previsti dalla normativa vigente, nei limiti delle risorse disponibili. Per contribuire alla copertura dell'onere sostenuto dalle amministrazioni, le risorse di cui all'articolo 3, comma 3-*quinqüies*, del decreto-legge 22 aprile 2023, n. 44, convertito con modificazioni dalla L. 21 giugno 2023, n. 74, possono essere destinate a copertura delle spese per le assunzioni di cui al periodo precedente, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, previa comunicazione alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica, entro il 30 settembre di ciascun anno, delle esigenze di personale da selezionare ai sensi di quanto stabilito dal periodo precedente, il cui costo non sia sostenibile ai sensi dell'articolo 33, comma 2, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58, a valere sulle risorse disponibili nel bilancio degli enti.».

### **5.32**

[Ternullo, Silvestro, Lotito](#)

*Dopo il comma 3 inserire il seguente:*

«3-*bis*. Con riferimento al personale assunto da Agenas ai sensi dell'articolo 16-*septies* del decreto-legge. 21 ottobre 2021, n. 146, convertito con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215 e assegnato a supporto del Commissario *ad Acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria, l'Agenas è autorizzata ad assumere personale per la copertura dei posti che possono rendersi vacanti in caso di acquisizione del suddetto personale nel servizio sanitario della Regione Calabria o nella Regione stessa.»

### **5.33**

[Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida](#)

*Alla rubrica dell'articolo, dopo la parola: «sanitario», inserire le seguenti: «ed infermieristico».*

### **5.0.1**

[Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro](#)

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 5-*bis*.**

*(Modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di dirigenza sanitaria)*

1. Al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 2, secondo periodo, le parole: "Fermo restando l'aggiornamento biennale, l'iscrizione nell'elenco è valida per quattro anni" sono sostituite dalle seguenti: "L'iscrizione nell'elenco costituisce requisito per la nomina a direttore generale, fermi restando i limiti previsti per il collocamento in quiescenza e l'aggiornamento biennale";

b) all'articolo 2:

1) al comma 1, le parole da: "La valutazione dei candidati" a: "Nella rosa proposta" sono sostituite dalle seguenti: "Al fine di garantire trasparenza e imparzialità, è istituito, presso il Ministero della salute, un albo nazionale dei commissari, aggiornato con cadenza biennale, a cui è demandata la valutazione dei candidati direttori generali, dei direttori sanitari, dei direttori amministrativi e dei direttori dei servizi socio-sanitari. Il Ministro della salute, con proprio decreto, disciplina i criteri e la procedura per l'iscrizione dei commissari all'albo nazionale di cui al presente comma, nonché eventuali cause di incompatibilità e di conflitto di interessi. Per la nomina del direttore generale, il presidente della regione individua cinque commissari, di cui almeno tre di regioni e province autonome diverse rispetto al luogo dove si svolge la selezione, attingendo all'albo nazionale dei commissari mediante sorteggio pubblico. I commissari, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, per ciascuna delle aziende per le quali è previsto il rinnovo della governance provvedono a stilare una graduatoria di merito di cinque soggetti idonei alla nomina a direttore generale ricompresi nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1, che abbiano espresso manifestazione di interesse per l'assunzione del relativo

incarico; si procede quindi alla nomina seguendo l'ordine della graduatoria, fermo restando che";

2) al comma 2, primo periodo, le parole: "nonché ai curricula degli altri candidati inclusi nella rosa" sono abrogate;

3) al comma 2, quinto periodo, le parole: "degli altri nominativi inseriti nella rosa dei candidati di cui al comma 1, relativa ad una selezione svolta in una data non antecedente agli ultimi tre anni e purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1» sono sostituite dalle seguenti: «degli altri soggetti idonei inseriti nella graduatoria di cui al comma 1. In caso di decadenza per mancato raggiungimento degli obiettivi, il medesimo soggetto non può essere nominato direttore generale in nessuna altra azienda del servizio sanitario nazionale entro il successivo triennio";

4) al comma 2, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Il mandato del commissario ha durata di sei mesi, prorogabile al massimo di ulteriori sei mesi";

c) all'articolo 3, comma 1, il primo, il secondo e il terzo periodo sono sostituiti dai seguenti: "Sono istituiti, presso il Ministero della salute, e aggiornati con cadenza almeno biennale gli elenchi nazionali dei soggetti idonei alla nomina a direttore sanitario, a direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, a direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Gli elenchi nazionali sono alimentati con procedure informatizzate e sono pubblicati nel sito internet istituzionale del Ministero della salute. Ai fini della formazione degli elenchi di cui al presente comma, con decreto del Ministro della salute è nominata ogni tre anni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione composta da cinque membri, di cui uno designato dal Ministro della salute con funzioni di presidente, scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, e quattro esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, di cui uno designato dal Ministro della salute, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e due designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I componenti della commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione degli elenchi di cui al presente comma e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali. La commissione di cui al presente articolo procede alla formazione degli elenchi nazionali di cui al presente comma entro centoventi giorni dalla data di insediamento, previa pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale e nel sito internet istituzionale del Ministero della salute di un avviso pubblico di selezione per titoli. La commissione valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico e definiti con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fermi restando i requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'articolo 3, comma 7, e dall'articolo 3-bis, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Per la nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi socio-sanitari, il direttore generale attinge mediante sorteggio pubblico all'albo nazionale di cui all'articolo 2, comma 1, per individuare cinque commissari che, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, provvedono a stilare una graduatoria di merito di cinque soggetti idonei, che abbiano espresso manifestazione di interesse per l'assunzione del relativo incarico, ricompresi rispettivamente negli elenchi nazionali dei soggetti idonei alla nomina di direttore sanitario, di direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari, di cui al presente comma. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore dei servizi socio-sanitari attingendo alla graduatoria di merito di cui al periodo precedente".

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, valutati in 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

## **5.0.2**

**Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro**

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

**«Art. 5-bis.**

*(Istituzione del Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale e per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale)*

1. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e far fronte alla grave carenza di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico, di garantire un investimento sanitario minimo e una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza e di ridurre le liste di attesa è istituito, presso il Ministero della Salute, un Fondo denominato "Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale e per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale" con una dotazione finanziaria pari a 500 milioni di euro annui a decorrere dal 1 gennaio 2024, destinato all'assunzione di personale, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

2. Con decreto del Ministero della salute, di concerto con la Conferenza Stato regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono individuate le modalità di utilizzo del Fondo nonché i criteri di riparto delle risorse assegnate.

3. Agli oneri derivanti dal comma 1, si provvede mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tal fine, il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli, l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire a decorrere dall'anno 2024 un incremento di almeno 500 milioni di euro delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.»

### **5.0.3**

[Pirro](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Mazzella](#)

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

#### **«Art. 5-bis.**

*(Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità)*

1. La finalità del presente articolo è il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi, anche a domicilio della persona e della famiglia, nonché dei presidi distrettuali delle aziende sanitarie di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, al fine di assicurarne la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini.

2. La figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità responsabile della gestione dei processi infermieristici. Tale figura, agendo sia nell'ambito degli enti e delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale che a livello domiciliare e comunitario, esercita, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di teleassistenza, le seguenti funzioni:

a) collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;

b) contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

c) favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi, l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;

d) promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli, i *setting* e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;

e) promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo in collaborazione con le idonee competenze aziendali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;

f) svolge attività di consulenza infermieristica e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;

g) valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo *caregiver*;

h) lavora in forte integrazione con le reti sanitarie e sociosanitarie e con le risorse della comunità e collabora in gruppo con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti sanitari;

i) pianifica ed eroga assistenza alle famiglie;

l) promuove e partecipa ad attività di ricerca, recuperando dati epidemiologici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali, fortemente orientati alla valutazione degli esiti.

3. L'infermiere di famiglia e di comunità opera nell'ambito dei servizi distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale.

4. L'infermiere di famiglia e di comunità agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda Sanitaria e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la medicina generale, il servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei *setting* di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

5. L'infermiere di famiglia e di comunità è in possesso della laurea magistrale. A tal fine a decorrere dall'anno scolastico 2023-2024, con decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministero della salute, è istituita la laurea magistrale in infermieristica di famiglia e di comunità e delle cure primarie.

6. Nelle more dell'istituzione della laurea di cui al comma 5, il titolo di accesso alla figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità è il master Universitario di primo livello rilasciato nell'Area Cure primarie - sanità pubblica con i diversi indirizzi: salute pubblica, cure primarie domiciliari e territoriali; infermiere di famiglia e comunità.

7. In fase di prima applicazione le Regioni e le Province Autonome possono attivare specifici corsi per la formazione degli infermieri di famiglia e di comunità, anche in collaborazione con gli Atenei o con enti pubblici o privati accreditati per lo svolgimento di attività formative ECM.

8. Le università possono riconoscere le attività formative svolte nell'ambito dei corsi regionali quali CFU ai fini del conseguimento del titolo universitario di cui al comma 5.

9. Gli infermieri di famiglia e di comunità in servizio alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto entro 24 mesi acquisiscono i titoli di cui al comma 6 o al comma 7.

10. Attraverso la formazione continua l'infermiere di famiglia e di comunità provvede a un costante aggiornamento e allo sviluppo personale e professionale.

11. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 3-*quinqies*, comma 1, lettera a), dopo le parole: "pediatri di libera scelta," sono inserite le seguenti: "infermieri di famiglia e di comunità,";

b) all'articolo 3-*quinqies*, comma 1, lettera b), dopo le parole: "medici di medicina generale" sono inserite le seguenti: ", degli infermieri di famiglia e di comunità";

c) all'articolo 3-*quinqies*, comma 2, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: "f-*bis*): attività o servizi di infermieristica di famiglia e di comunità";

d) all'articolo 3-*sexies*, comma 2, dopo le parole: "uno dei pediatri di libera scelta" sono inserite le seguenti: ", uno degli infermieri di famiglia e di comunità";

e) all'articolo 8, comma 1, lettera b-*bis*), dopo le parole: "dei pediatri di libera scelta," sono inserite le seguenti: "degli infermieri di famiglia e di comunità,".

12. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **5.0.4**

[Guidolin](#), [Castellone](#), [Mazzella](#), [Pirro](#)

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

##### **«Art. 5-bis.**

*(Incremento dell'indennità di specificità infermieristica)*

1. Ai fini della valorizzazione della professione infermieristica, è destinato un importo di 350 milioni di euro, per l'incremento dell'indennità di specificità infermieristica di cui all'articolo 104 del contratto collettivo nazionale di lavoro del triennio 2019 - 2021, relativo al personale del comparto sanità.».

2. Ai maggiori oneri derivanti dal presente articolo, pari a 350 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tal fine, il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli, l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire un incremento di almeno 350 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.».

#### **5.0.5**

[Castellone](#), [Guidolin](#), [Mazzella](#), [Pirro](#)

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

##### **«Art. 5-bis.**

*(Disposizioni concernenti il personale del Sistema di Emergenza urgenza Territoriale)*

1. Al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale medico, sanitario e infermieristico del Sistema di Emergenza Territoriale 118 dipendente o convenzionato delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è definita, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 50 milioni di euro, una specifica indennità di natura accessoria correlato al rischio ambientale e biologico.

2. Al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica, dipendente dalle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale operante nei servizi di pronto soccorso ed emergenza urgenza territoriale, l'indennità di esclusività nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale è raddoppiata.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 150 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tal fine, il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla

base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli, l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire a decorrere dall'anno 2024 un incremento di almeno 150 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024 delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.»

#### **5.0.6**

Russo

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

#### **«Art. 5-bis**

*(Ulteriori disposizioni in materia di assunzione di personale)*

1. Al fine di potenziare l'offerta assistenziale, il Ministero della salute è autorizzato ad assumere, con contratto di lavoro a tempo determinato di durata complessivamente non superiore a tre anni, tre unità di personale con il profilo di dirigente sanitario medico e quindici unità di personale dell'area dei funzionari con il profilo di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, che abbiano già prestato servizio presso il Ministero sino al 31 dicembre 2023, per almeno quindici mesi, con contratti di lavoro a tempo determinato ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a euro 875.860,52 per l'anno 2024 e a euro 1.167.814,02 per l'anno 2025, si provvede, quanto all'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2024-2026 e, quanto all'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 20, comma 1-bis, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25.».

#### **5.0.7**

Russo

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

#### **«Art. 5-bis**

*(Disposizioni in materia di sanità nelle zone disagiate)*

1. Nella valutazione dei titoli di carriera ai fini della partecipazione alle procedure concorsuali presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, all'attività prestata dagli esercenti le professioni sanitarie e dagli operatori socio-sanitari presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle zone disagiate di cui al decreto ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70, è attribuito, per ciascun anno di attività, un punteggio doppio. La medesima attività è valorizzata nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di settore per l'assunzione di incarichi nell'ambito delle aziende e degli enti medesimi. L'attività prestata dai medici nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui al primo periodo per almeno tre anni costituisce titolo preferenziale, a parità di condizioni, per gli incarichi di direttore sanitario.

2. Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro svolto dal personale dirigente e non dirigente, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale ubicati nelle zone disagiate, nonché per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta operanti in tali zone, nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro e accordi collettivi nazionali è prevista la definizione di un emolumento, di natura accessoria e variabile da attribuire in ragione dell'effettiva presenza in servizio, nei limiti dell'importo annuo lordo complessivo di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, come ripartito, tra ciascuno dei predetti contratti ed accordi, con decreto del Ministro della salute da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge.

6. Ai fini del riconoscimento dell'indennità di cui al comma 2, è incrementato il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per un importo pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024.

5. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, pari ad euro 20 milioni annui a decorrere dal 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1 comma 199 della legge 23 dicembre 2014, n.190.».

#### **5.0.8**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

#### **«Art. 5-bis.**

*(Disposizioni concernenti il personale medico e sanitario in zone territoriali disagiate e isole minori)*

1. Per il personale medico e sanitario che svolge la propria attività all'interno di aziende ospedaliere collocate in zone territoriali disagiate quali territori montani, isole minori e aree interne è riconosciuto per le particolari condizioni di lavoro un ulteriore incremento del 30 per cento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive previste dall'articolo 1, commi 218 e 219, della legge 30 dicembre 2023. Per le finalità di cui al presente comma è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 60 milioni di euro per il personale medico e di 24 milioni di euro per il personale sanitario del comparto.

2. Al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale medico, sanitario di cui al comma 1, è definita, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 2 milioni di euro, una specifica indennità di trasferta per coprire le spese di viaggio e trasporto.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 86 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

#### **5.0.9**

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

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

#### **«Art. 5-bis.**

*(Misure urgenti in materia di formazione specialistica)*

1. All'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al comma 1, le parole: "assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria" sono sostituite dalle seguenti: "comprensivo di eventuale attività di guardia retribuita, fermo restando che il monte ore destinato all'aggiornamento professionale per il medico in formazione specialistica viene valorizzato ai fini dell'attività didattica frontale prevista dal piano formativo. Fatto salvo il rispetto del tempo pieno, viene assicurata:

a) la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, a seguito di richiesta da formulare all'azienda sanitaria presso cui il medico svolge la propria attività;

b) la facoltà di svolgere prestazioni professionali ed intellettuali, purché al di fuori dell'orario di formazione, per le quali è prevista l'iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi, ma non il conseguimento del titolo di specializzazione";

2) dopo il comma 4, è aggiunto il seguente: "4-bis. Ai contratti di Formazione Specialistica, finanziati con fondi pubblici, si applicano le disposizioni previste dall'articolo 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104."».

#### **5.0.10**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

#### **«Art. 5-bis.**

*(Incremento delle risorse per borse di studio per specializzazione in area sanitaria non medica)*

1. Al fine di aumentare il numero borse di studio per i giovani iscritti alle specializzazioni in professioni sanitarie non mediche, come definite dal decreto interministeriale 16 settembre 2016, n. 716, emanato dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, è autorizzata la spesa di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo pari a 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **5.0.11**

[Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella](#)

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 5-bis.**

*(Indennità per il personale medico e sanitario dei centri trapianti)*

1. Al fine di garantire l'apporto delle competenze e dello specifico ruolo nelle attività finalizzate al prelievo, donazione e del trapianto di organi, tessuti e cellule, al personale medico e sanitario che lavora nei centri trapianti, a decorrere dall'anno 2024 è definita, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 30 milioni di euro annui, una specifica indennità di natura accessoria.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, valutati in 30 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **5.0.12**

[Russo, Mancini](#)

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

#### **«Art. 5-bis**

*(Disposizioni in materia di personale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA))*

1. L'AIFA è autorizzata a rinnovare, fino al 31 dicembre 2025, i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, la cui efficacia è terminata il 31 dicembre 2023, nei limiti di 10 unità, nonché i contratti di prestazione di lavoro flessibile, di cui all'articolo 30, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, la cui efficacia è terminata il 31 dicembre 2023, nel limite di 20 unità.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari ad euro 477.326 per l'anno 2024 e ad euro 1.145.582 per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1 comma 199, della legge 23 dicembre 2014, n.190.»

#### **5.0.13**

[Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro](#)

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 5-bis.**

*(Disposizioni concernenti l'indennità delle professioni sanitarie)*

1. Per il Servizio sanitario nazionale gli oneri di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, non comprendono le indennità di cui all'articolo 1, comma 409 e comma 414 della legge 30 dicembre 2020, n. 178. A decorrere dal 1° gennaio 2024, l'indennità di cui all'articolo 1, comma 409 della medesima legge n. 178 del 2020 è attribuita, nella stessa misura e disciplina definita dal contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021 per il personale infermieristico, anche agli operatori di professione sanitaria ostetrica.».

#### **5.0.14**

[Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro](#)

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

**«Art. 5-bis.**

*(Incremento dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute)*

1. All'articolo 1, comma 414, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, le parole: "di 100 milioni di euro" sono sostituite dalle seguenti: "di 150 milioni di euro".

2. Alla copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

**5.0.15**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida

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

**«Art. 5-bis**

*(Modifica all'articolo 1 della Legge 26 febbraio 1992, n. 42, in materia di professioni sanitarie)*

1. All'articolo 1, comma 2, secondo periodo, della legge 26 febbraio 1992, n. 42, dopo le parole: "dei relativi profili professionali,", inserire le seguenti: "e dagli atti normativi della Conferenza Stato Regioni".»

**5.0.16**

Satta, Russo

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

**«Art. 5-bis.**

*(Modificazioni al decreto legge 30 marzo 2023, n.34)*

1. All'articolo 10, comma 1, del decreto legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "ed infermieristici", sono sostituite dalle seguenti: "afferenti alla specialità di anestesia e rianimazione";

b) le parole: "in un'unica occasione e senza possibilità di proroga", sono sostituite dalle seguenti: "per un ulteriore anno".»

Art. 6

**6.1**

Furlan

Sopprimere l'articolo.

**6.2**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 1, sostituire le parole: «e acquisito il parere della» con le seguenti: «e previa intesa con la».

**6.3**

Magni, Cucchi, De Cristofaro, Aurora Florida

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: «è definito», inserire le seguenti: «, previo confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, ».

**6.4**

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Apportare le seguenti modifiche:

a) al comma 1, dopo le parole: «erogazione dei servizi sanitari» inserire le seguenti: «e sociosanitari»;

b) al comma 1, lettera d), dopo le parole: «operatori sanitari» inserire le seguenti: «e sociosanitari»

#### **6.5**

Pirro, Marton, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

«c-bis) alla realizzazione di centri polifunzionali per la salute mentale al fine di garantire l'inclusione sociale e il benessere bio-psicofisico e l'integrazione dei percorsi di cura e quelli di carattere riabilitativo;»

#### **6.6**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Dopo il comma 1, inserire i seguenti:

«1-bis. Per le finalità di cui comma 1, lettera d), numero 4), il fondo di cui all'articolo 4, comma 9-bis, del decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, è incrementato di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2024 al 2026.

1-ter. Agli oneri derivanti dal comma 1-bis, pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

#### **6.7**

Ternullo, Silvestro, Lotito

Dopo il comma 1 inserire il seguente:

«1-bis. Al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del Servizio Sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la Regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67-prima fase, di cui alla delibera CIPE del 3 agosto 1990, nel limite massimo di euro 20 milioni, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti la realizzazione delle opere finanziate da tale programma.»

#### **6.8**

Furlan

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

« 1-bis. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 41, comma 3, e del prolungamento dell'orario di servizio di cui all'articolo 29, comma 5, dell'Accordo Collettivo nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre professionalità sanitarie triennio 2019-2021 del 4 aprile 2024, sono soggetti a una imposta sostitutiva sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.».

#### **6.0.1**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

#### **«Art. 6-bis.**

*(Disposizioni in materia di titoli di Stato "Salute")*

1. Nell'ambito dell'emissione di titoli di Stato cosiddetti "Salute", il Ministero dell'economia e delle finanze inserisce gli interventi finanziati dalle amministrazioni centrali dello Stato a sostegno di programmi di spesa orientati a promuovere:

- a) l'integrazione tra le politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- b) la domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti;

c) le strutture residenziali e semiresidenziali, accreditate e contrattualizzate con il Servizio sanitario nazionale, per persone anziane, fragili o con disabilità;  
d) potenziamento delle politiche in materia di salute;  
e) istituzione di un Fondo per le terapie avanzate;  
f) la rete delle cure palliative e dell'oncologia territoriale;  
g) la ricerca nel campo delle malattie rare e oncologiche;  
h) la sanità digitale;  
i) l'organizzazione di una nuova rete territoriale dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di prevenzione primaria e di promozione della salute, nonché sul concetto di prevenzione secondaria;  
l) l'adeguamento delle condizioni strutturali o la riconversione degli ospedali esistenti;  
m) il potenziamento della strumentazione diagnostica, a livello sia ospedaliero sia territoriale;  
n) la formazione e l'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici;  
o) la formazione e l'alfabetizzazione sulla sanità digitale;  
p) la creazione di strutture permanenti di monitoraggio e contenimento delle insorgenze pandemiche.

2. Le emissioni di titoli di Stato Salute di cui al comma 1, devono garantirne un efficiente funzionamento del mercato secondario ed essere proporzionate agli interventi con positivo impatto sanitario, sociosanitario e sociale, finanziati dal bilancio dello Stato.

3. Con uno o più decreti di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, il primo dei quali da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, è individuato l'organismo competente alla selezione degli interventi coerenti con le finalità di cui alle lettere a)-m), comma 1, del presente articolo.

4. Con i decreti di cui al comma 3, sono individuati i dati e informazioni che le amministrazioni pubbliche sono tenute a comunicare al Ministero dell'economia e delle finanze per assicurare il monitoraggio dell'impatto degli interventi previsti dalle lettere a)-m), del comma 1, del presente articolo. La mancata comunicazione dei dati e delle informazioni richiesti rileva ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei dirigenti responsabili e comporta responsabilità dirigenziale e disciplinare ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. I dati raccolti devono consentire in ogni caso al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Comitato interministeriale di cui all'articolo 1, comma 93, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, di ottenere tutte le informazioni necessarie alla rendicontazione di effettivo utilizzo ed impatto sanitario, sociosanitario e sociale degli impieghi indicati nell'ambito della documentazione dei titoli di cui al comma 1, del presente articolo.

5. Per ciascuna delle finalità di cui alle lettere a)-m), comma 1, del presente articolo, è autorizzata l'istituzione di un apposito conto corrente di tesoreria centrale. Le specifiche iniziative da avviare sono definite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

6. Nell'ambito del nuovo quadro finanziario pluriennale 2021-2027 dell'Unione europea, la garanzia dello Stato di cui all'articolo 1, comma 822, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, può anche essere concessa in complementarità con la garanzia di bilancio dell'Unione europea a sostegno di prodotti finanziari forniti da partner esecutivi, secondo la normativa europea e nazionale tempo per tempo vigente. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del regolamento europeo o di altro atto normativo che disciplina tale garanzia di bilancio dell'Unione europea, sono stabiliti criteri, modalità e condizioni per la concessione della garanzia dello Stato.

7. Il Comitato interministeriale di cui all'articolo 1, comma 93, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, recepisce, organizza e rende disponibili al pubblico, le informazioni circa la rispondenza degli investimenti effettuati con i titoli di Stato Salute di cui al comma 1, rispetto alle finalità elencate alle lettere a)-m), del comma 1, nonché la quantificazione del relativo impatto.».

### **6.0.2**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

#### **«Art. 6-bis.**

*(Finanziamento delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)*

1. Al fine di non vanificare la portata innovativa dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e contestualmente di implementare la capienza e il numero delle strutture sul territorio nazionale delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, è incrementata di 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione delle quote annuali delle risorse del Fondo unico giustizia da destinare mediante riassegnazione ai sensi dell'articolo 2, comma 7, lettere a) e b), del decreto-legge 16 settembre 2008, n. 143, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 novembre 2008, n. 181, che, a tale fine, restano acquisite all'entrata del bilancio dello Stato.».

### **6.0.3**

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

#### **«Art. 6-bis.**

*(Disposizioni concernenti le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)*

1. Al fine di rafforzare le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative in favore di soggetti affetti da patologie psichiatriche, autrici di reati è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 per implementare la capienza e il numero delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

### **6.0.4**

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

#### **«Art. 6-bis.**

*(Disposizioni concernenti il servizio di psicologia di assistenza primaria e psicologo di cure primarie)*

1. Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nonché di assicurare le prestazioni psicologiche ai cittadini nell'ambito della medicina di assistenza primaria, ai sensi di quanto disposto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e per garantire al singolo e al nucleo familiare le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in ciascuna azienda sanitaria locale, comunque denominata, è istituito il servizio di psicologia di assistenza primaria, articolato a livello di distretto sanitario. Il servizio di cui al primo periodo è finalizzato a garantire un primo livello di intervento psicologico che prevede la rapida presa in carico del paziente e a svolgere un'attività complementare con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso la creazione di un sistema di cooperazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta nonché con gli altri medici specialisti e con i professionisti sanitari e socio-sanitari presenti nel territorio.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro 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, con proprio decreto,

individua i compiti e i modelli organizzativi del servizio di psicologia di assistenza primaria, comprese le relative dotazioni strutturali, strumentali e di servizi, favorendo la capacità di integrazione in ambiti multidisciplinari, la qualità, la prossimità e la continuità dell'assistenza, nonché il coordinamento operativo e organizzativo con la funzione aziendale di psicologia di cui all'articolo 20-*bis* del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176. Con il medesimo decreto è definita la figura professionale dello psicologo delle cure primarie ed i requisiti per conseguire la qualifica.

3. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

#### **6.0.5**

Russo, Satta

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

#### **«Art. 6-bis**

*(Istituzione delle reti dermatologiche regionali)*

1. Ai fini del potenziamento dell'offerta assistenziale in ottica di governo e riduzione delle liste di attesa, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati modalità e criteri per l'istituzione di reti dermatologiche regionali basate sui principi della medicina di prossimità e della multidisciplinarietà.

2. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.».

#### **6.0.6**

Musolino, Sbrollini

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

#### **«Art. 6-bis**

*(Modifiche ai criteri di accreditamento per le strutture sanitarie).*

1. All'articolo 8-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, al comma 1-*bis* sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: "previa pubblicazione da parte delle regioni un avviso contenente criteri oggettivi di selezione" sono soppresse;

b) al secondo periodo, la parola "selezione" è sostituita dalla seguente "contrattualizzazione".

#### **6.0.7**

Calandrini

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

#### **«Art. 6-bis.**

*(Modifiche alla legge 8 novembre 2000, n. 328)*

1. Alla legge 8 novembre 2000, n. 328, all'articolo 14, dopo il comma 2, è inserito il seguente: "2-*bis*. Il tutore delle persone disabili che sia anche *caregiver* familiare dell'interdetto non è tenuto agli obblighi di cui all'articolo 380 del Codice Civile"».

#### **6.0.8**

Lorenzin

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

#### **«Art. 6-bis**

1. All'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, al secondo periodo, le parole: "fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione" sono sostituite dalle seguenti: "a 60 euro lordi".».

## Art. 7

### **7.1**

[Durnwalder](#)

*Ai commi 1 e 2, dopo le parole: «prestazioni aggiuntive» ovunque ricorrano, inserire, le seguenti: «effettuate dalla data di entrata in vigore del presente decreto».*

### **7.2**

[Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin, Zambito](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive» inserire le seguenti: «, effettuate dalla data di entrata in vigore del presente decreto,».*

### **7.3**

[Russo, Mancini](#)

*All'articolo apportare le seguenti modificazioni:*

*a) al comma 1, dopo le parole: «legge 30 dicembre 2023, n. 213,» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,»;*

*b) al comma 2, dopo le parole: «legge 30 dicembre 2023, n. 213,» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,».*

### **7.4**

[Sbrollini](#)

*Apportare le seguenti modificazioni:*

*a) al comma 1, dopo le parole: «legge 30 dicembre 2023, n. 213» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,»*

*b) al comma 2, dopo le parole: «legge 30 dicembre 2023, n. 213» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,»*

### **7.5**

[Sbrollini](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

*«1-bis. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 41, comma 3, e del prolungamento dell'orario di servizio di cui all'articolo 29, comma 5 dell'Accordo collettivo nazionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre professionalità sanitarie triennio 2019-2021 del 4 aprile 2024, sono soggetti a un'imposta sostitutiva sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.»*

### **7.6**

[Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin](#)

*Al comma 2, dopo le parole: «I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive» inserire le seguenti: «, effettuate dalla data di entrata in vigore del presente decreto,».*

### **7.7**

[Sbrollini](#)

*Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.».*

## **7.8**

**Russo, Leonardi**

*Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.».*

## **7.9**

**Murelli, Cantù, Minasi**

*All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:*

1) *Dopo il comma 2, inserire i seguenti:*

«2-bis. I compensi di cui al comma 2 non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

2-ter. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2-bis sono valutati in 655.200 euro per l'anno 2024, 1,210 milioni per l'anno 2025, 1,260 milioni per l'anno 2026 e 1,256 milioni a decorrere dall'anno 2027.»

2) *Dopo il comma 6, inserire il seguente:*

«6-bis. Agli oneri di cui al comma 2-ter) si provvede:

a) quanto a 655.200 euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

b) quanto a 1,210 milioni per l'anno 2025, 1,260 milioni di euro per l'anno 2026 e 1,256 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 1,210 milioni di euro per l'anno 2025, 1,260 milioni di euro per l'anno 2026 e 1,256 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.»

## **7.10**

**Guidolin, Mazzella, Castellone, Pirro**

*Dopo il comma 2, inserire il seguente:*

«2-bis. I compensi di cui al comma 2 non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, valutati in 655.200 euro per l'anno 2024, 1,210 milioni per l'anno 2025, 1,260 milioni per l'anno 2026 e 1,256 milioni a decorrere dall'anno 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

## **7.11**

**Liris, Sigismondi, Leonardi**

*All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *alla rubrica aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e sull'indennità di specificità medica»;*

b) *dopo il comma 2, inserire il seguente:*

«2-bis. A decorrere dal 1° gennaio 2025, l'indennità di specificità medica è soggetta a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.»;

c) *dopo il comma 4, inserire il seguente:*

«4-bis. Gli oneri derivanti all'attuazione del comma 2-bis sono valutati in 253,5 milioni di euro annui.»;

*d) dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

«6-bis. Agli oneri di cui al comma 2-bis si provvede a valere sul Fondo Sanitario Nazionale come rifinanziato dal Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.».

### **7.12**

Il Relatore

*Al comma 6, apportare le seguenti modificazioni:*

- 1) *Alla lettera a), le parole: «12 milioni» sono sostituite dalle seguenti: «5 milioni»;*
- 2) *Alla lettera d), le parole: «25 milioni» sono sostituite dalle seguenti: «32 milioni».*

### **7.13**

[Durnwalder](#)

*Al comma 6, sopprimere le lettere d) ed e).*

### **7.14**

[Zampa](#), [Manca](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Lorenzin](#), [Zambito](#)

*Alla lettera d), sostituire le parole: «mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;» con le seguenti: «mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;»*

### **7.15**

[Magni](#), [Cucchi](#), [De Cristofaro](#), [Aurora Florida](#)

*Al comma 6, lettera e), sostituire le parole da: «mediante corrispondente riduzione», fino alla fine della lettera, con le seguenti: «a valere sulle maggiori entrate rivenienti a decorrere dall'anno 2025 dall'annuale e progressiva eliminazione nella misura del dieci per cento dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui al catalogo istituito presso il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, limitatamente a quelli che non impattano sulla tutela, costituzionalmente garantita, delle famiglie vulnerabili, della salute e del lavoro.».*

### **7.16**

[Zampa](#), [Manca](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Lorenzin](#), [Zambito](#)

*Alla lettera e), sostituire le parole: «mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.» con le seguenti «a valere sui risparmi di spesa e le maggiori entrate derivanti dalla rimodulazione e dall'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.»*

### **7.17**

[Sbrollini](#)

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

«6-bis. In ragione delle competenze attribuite ai dirigenti dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale del Servizio Sanitario Nazionale, per frenare l'esodo di tali professionalità dalle aziende ed enti e non disperdere le competenze e le professionalità acquisite dai dirigenti medesimi, considerate le funzioni specifiche svolte da tale dirigenza

nella gestione delle liste di attesa e vista la necessità di dare attuazione agli adempimenti richiesti dal PNRR, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato a decorrere dall'anno 2024 con uno stanziamento pari, inizialmente, a 20 milioni di euro annui da destinare, in deroga al limite di cui all'articolo 23, comma 2, decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, all'incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale al fine della progressiva armonizzazione dei relativi trattamenti economici accessori a quelli previsti per le altre figure dirigenziali degli Enti Locali e delle Regioni, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75».

### **7.0.1**

**Sbrollini**

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

#### **«7-bis**

*(Prestazione aggiuntive per gli operatori sociosanitari)*

1. I compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), possono essere erogati anche al personale appartenente al profilo professionale di operatore socio-sanitario come individuato dal provvedimento 22 febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L'operatore socio-sanitario può svolgere tali prestazioni, su base volontaria, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione delle attività istituzionali.

2. La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è definita dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro. Sono fatti salvi accordi di maggior favore a livello aziendale.

3. Anche al personale inquadrato nel profilo di operatore socio-sanitario, in materia di prestazioni aggiuntive, si applica quanto previsto dall'articolo, 7 comma 2, della presente norma.»

### **7.0.2**

**Cantù, Murelli, Minasi, Silvestro, Occhiuto**

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 7-bis**

*(Disposizioni sul trattamento economico dei Diritettori Generali dell'unità sanitaria locale e delle aziende ospedaliere)*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato su proposta dei Ministri della salute, dell'economia e della finanza, del lavoro e delle politiche sociali e degli affari regionali sono apportate modifiche all'articolo 1, comma 5, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, al fine di prevedere che il trattamento annuo del direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nominato ai sensi degli articoli 3 e 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sia non inferiore a 180.000,00 euro.»

### **7.0.3**

**Ternullo, Silvestro**

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 7-bis**

*(Disposizioni in materia di inquadramento dei Medici Veterinari Specialisti)*

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502, dopo il comma 8-bis, è aggiunto il seguente:

"8-ter. I medici veterinari specialisti convenzionati, cui si applica l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologici) ai sensi del presente articolo, che alla data del 1° settembre 2023 svolgevano e continuano a svolgere all'entrata in vigore del presente decreto-legge, attività specialistica ambulatoriale con un incarico a tempo indeterminato da ventinove a trentotto ore settimanali presso le aziende sanitarie locali, comunque denominate, o presso enti del Servizio sanitario nazionale e sono in possesso del titolo di specializzazione, sentita la Conferenza Stato-Regioni, entro il 30 giugno 2024, sono inquadrati a domanda, nel primo livello Dirigenziale Veterinario, anche in soprannumero, con il trattamento giuridico ed economico della Dirigenza (CCNL dell'Area della Sanità), previo giudizio di idoneità, da espletarsi con le procedure del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997 n.365. Ai medici veterinari specialisti convenzionati che matureranno i requisiti richiesti dal presente comma, entro il 31 dicembre 2024, è data la possibilità di presentare la domanda e con le stesse procedure di essere inquadrati entro il 30 giugno 2025. Le ore già coperte dal personale inquadrato ai sensi del presente comma sono rese indisponibili. Ai veterinari destinatari della presente disposizione si applica quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2001, in materia di criteri per la valutazione ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali. Tale decreto si applica anche ai veterinari ex specialisti ambulatoriali che negli ultimi cinque anni hanno instaurato un rapporto di impiego con il contratto detta dirigenza sanitaria senza soluzione di continuo. Ai veterinari destinatari della presente disposizione è data la facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari (ENPAV). Tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo."».

#### **7.0.4**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 7-bis**

*(Misure per l'efficientamento del Fondo Farmaci Innovativi)*

1. L'articolo 1, comma 402-*bis*, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è sostituito dal seguente: "402-*bis*. I farmaci, ivi compresi quelli oncologici, per i quali è stato riconosciuto, da parte dell'Aifa, il possesso del requisito dell'innovatività condizionata, sono inseriti esclusivamente nei prontuari terapeutici regionali di cui all'articolo 10, commi 2 e 3, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Parte delle risorse del Fondo di cui al comma 401, nella misura di 300 milioni di euro annui, sono utilizzate per il rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci per i quali è stato riconosciuto il possesso del requisito di innovatività condizionata. Le risorse del Fondo di cui al comma 401 non utilizzate per le finalità ivi indicate, nonché per le finalità di cui al presente comma, confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392.".

2. All'articolo 1, comma 577, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, le parole: "400 e 401" sono sostituite dalle seguenti: "400, 401 e 402-*bis*".

3. All'articolo 1, comma 578, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, le parole: "400 e 401" sono sostituite dalle seguenti: "400, 401 e 402-*bis*".».

#### **7.0.5**

Murelli, Cantù, Minasi

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

#### **«Art. 7-bis.**

*(Modifica alla legge 15 aprile 1886, n. 3818, in materia di Società di mutuo soccorso)*

1. All'articolo 2 della legge 15 aprile 1886, n. 3818, il secondo comma è sostituito dal seguente: "Le Società di mutuo soccorso possono altresì cooperare all'educazione dei soci e delle loro famiglie, dare aiuto ai soci per l'acquisto degli attrezzi del loro mestiere, esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica ed erogare annualmente, a titolo di

una tantum, contributi a favore di realtà umane e sociali che versano in una situazione di grave disagio morale ed economico, di enti di ricerca e di popolazioni colpite da calamità naturali. Nei casi di cui al precedente periodo il bilancio societario deve specificare la spesa e il modo per farvi fronte. Le Società possono inoltre svolgere attività marginali e sussidiarie per il perseguimento delle finalità istituzionali. Eccettuate le spese amministrative, il denaro sociale non può essere erogato a fini diversi da quelli indicati nel presente articolo e nell'articolo 1."».

#### **7.0.6**

Russo, Leonardi

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

#### **«Art. 7-bis.**

*(Modifica all'art. 1 della legge 26 febbraio 1999, n. 42 in materia di professioni sanitarie)*

1. All'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dopo le parole: "dei relativi profili professionali" inserire le seguenti: ", dagli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,"».

#### **7.0.7**

Sbrollini

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

#### **«Art. 7-bis.**

*(Modifica alla legge 26 febbraio 1999, n. 42)*

1. All'articolo 1, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, al comma 2 dopo le parole: "dei relativi profili professionali," sono inserite le seguenti: "dagli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,"».

#### **7.0.8**

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

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

#### **«Art. 7-bis.**

*(Modifiche al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di procedimento di contrattazione collettiva)*

1. Al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 40:

1) al comma 3-bis, primo periodo, le parole: "Le pubbliche amministrazioni attivano autonomi livelli di contrattazione collettiva integrativa," sono sostituite dalle seguenti: "La contrattazione collettiva integrativa si svolge";

2) al comma 3-quinquies, quarto periodo, le parole: "Le pubbliche amministrazioni non possono in ogni caso sottoscrivere" sono sostituite dalle seguenti: "Non possono in ogni caso essere sottoscritti";

b) all'articolo 47:

1) al comma 2, ultimo periodo, le parole: "può essere" sono sostituite dalla seguente: "è";

2) è aggiunto, in fine, il seguente comma:

"9-bis. Tutti i termini previsti dal presente articolo sono perentori e non possono in alcun caso essere differiti. Trascorsi inutilmente tali termini, le valutazioni, i pareri, le osservazioni e la certificazione, cui i termini stessi afferiscono, si intendono formulati positivamente".».

#### **7.0.9**

Cantù, Murelli, Minasi, Silvestro, Occhiuto

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

**«Art. 7-bis**

*(Modificazioni al del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288)*

1. All'articolo 11, comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 dopo le parole: "negli Istituti trasformati" aggiungere le seguenti: "e nelle Fondazioni di cui all'articolo 2"».

**7.0.10**

[Furlan](#), [Zampa](#), [Camusso](#), [Zambito](#)

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

**«Art. 7-bis.**

1. I compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), possono essere erogati anche al personale appartenente al profilo professionale di operatore socio-sanitario come individuato dal provvedimento 22 febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L'operatore socio-sanitario può svolgere tali prestazioni, su base volontaria, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione delle attività istituzionali.

2. La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è definita dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro. Sono fatti salvi accordi di maggior favore a livello aziendale.

3. Anche al personale inquadrato nel profilo di operatore socio-sanitario, in materia di prestazioni aggiuntive, si applica quanto previsto dall'articolo 7, comma 2 ,della presente norma.»

**7.0.11**

Il Relatore

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

**«Art. 7-bis**

*(Clausola di salvaguardia)*

1. Le province autonome di Trento e di Bolzano rispettano i principi fondamentali del presente decreto nell'ambito delle competenze attribuite dallo statuto speciale e dalle relative norme di attuazione.

2. Le regioni a statuto speciale attuano il presente decreto nell'ambito delle competenze attribuite dallo statuto speciale e dalle relative norme di attuazione.»

**7.0.12**

[Testor](#), [Dreosto](#), [Murelli](#), [Cantù](#), [Minasi](#)

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

**«Art. 7-bis**

*(Clausola di salvaguardia)*

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale e provinciale con fondi del proprio bilancio, anche compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento, nell'ambito della loro autonomia organizzativa.».

**7.0.13**

[Durnwalder](#), [Patton](#)

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

**«Art. 7-bis.**  
*(Clausola di salvaguardia)*

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni a statuto speciale e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale e provinciale con fondi del proprio bilancio, anche compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.».

**7.0.14**

Zambito, Zampa, Manca, Camusso, Furlan, Lorenzin

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

**«Art. 7-bis.**

Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con i fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.»

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MARTEDÌ 9 LUGLIO 2024

**210<sup>a</sup> Seduta (1<sup>a</sup> pomeridiana)**

*Presidenza del Presidente*

[ZAFFINI](#)

*La seduta inizia alle ore 15,20.*

*IN SEDE REFERENTE*

**[\(1161\)](#) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 4 luglio.

Il [PRESIDENTE](#) riepiloga brevemente l'iter del provvedimento. Fornisce quindi al senatore [MAZZELLA](#) (M5S) chiarimenti procedurali in ordine alla possibilità di presentare eventuali riformulazioni di emendamenti.

Si prosegue quindi con l'illustrazione degli emendamenti.

La senatrice [CAMUSSO](#) (PD-IDP) illustra gli emendamenti a sua firma, soffermandosi innanzitutto sulla proposta 1.21, volta a garantire un miglior coordinamento tra Governo e regioni, superando le incertezze del testo.

L'emendamento 1.23, sulla scia di altre proposte simili, garantisce alle organizzazioni sindacali più rappresentative sul piano nazionale di accedere ai dati rilevabili dal monitoraggio effettuato dalla piattaforma nazionale, evitando posture connotate da eccessivo dirigismo.

Particolare importanza riveste poi, sotto il profilo squisitamente lavoristico, l'emendamento 3.46.

L'emendamento 3.0.2, concernente l'accreditamento istituzionale, pone quindi l'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro come condizione insuperabile per dar luogo alle stesse procedure di accreditamento, fornendo ai lavoratori un indispensabile strumento di garanzia.

Dopo aver posto l'accento sulle proposte emendative a sostegno delle erogazioni e volte ad estendere i contratti della sanità pubblica alle categorie cui non sono stati rinnovati, al fine di evitare disparità, si sofferma sugli emendamenti 5.1 e 5.5, volti a garantire nuove assunzioni nel comparto sanitario. La soluzione proposta dal decreto-legge, incentrata sull'aumento degli orari di lavoro, appare infatti decisamente insufficiente a sanare le problematiche del settore.

Conclude illustrando brevemente ulteriori proposte relative alla copertura finanziaria.

La senatrice [GUIDOLIN](#) (M5S) dà conto delle proposte 7.10 e 7.0.8. Nel dettaglio, il primo emendamento affronta il problema della perdita dei benefici del taglio del cuneo fiscale, statuendo che i compensi di cui al comma 2 dell'articolo 7 non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui alla legge n. 213 del 2023.

La seconda proposta, invece, mira a semplificare le pratiche burocratiche di applicazione dei contratti collettivi.

Il senatore [MAGNI](#) (Misto-AVS), nell'illustrare gli emendamenti a sua firma, ribadisce le numerose criticità sottese al testo del decreto-legge, che affronta il problema del monitoraggio delle liste di attesa senza predisporre adeguate risorse economiche e senza prevedere nuove assunzioni di personale.

Tali criticità, peraltro, sono emerse anche nel corso del ciclo di audizioni effettuato dalla Commissione, dove è stato sottolineato, altresì, un preoccupante fenomeno migratorio verso l'estero di importanti professionalità, attratte da prospettive stipendiali migliori.

La senatrice [TERNULLO](#) (FI-BP-PPE) si riserva di approfondire i contenuti degli emendamenti a sua firma in sede di dichiarazione di voto.

Si apre quindi un dibattito sull'ordine dei lavori, nel quale intervengono le senatrici [MURELLI](#) (LSP-PSd'Az) e [GUIDOLIN](#) (M5S), il senatore [MAGNI](#) (Misto-AVS) e il relatore [ZULLO](#) (FdI).

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che il calendario dei lavori prevede l'approdo in Aula del disegno di legge nella seduta di martedì 16 alle ore 11 e assicura che, come nelle sue prerogative e nei suoi doveri, ogni sua decisione sarà improntata a garantirne il rispetto.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 16,25.*

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MARTEDÌ 9 LUGLIO 2024

**211<sup>a</sup> Seduta (2<sup>a</sup> pomeridiana)**

*Presidenza del Presidente*

[ZAFFINI](#)

*La seduta inizia alle ore 19,10.*

*IN SEDE REFERENTE*

**[\(1161\)](#) *Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie***

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella prima seduta pomeridiana di oggi.

La senatrice [ZAMBITO](#) (PD-IDP) rammenta preliminarmente alcuni dati acquisiti in sede di audizione, riguardanti il sistema sanitario del Regno Unito, secondo i quali i successi conseguiti rispetto alla riduzione delle liste di attesa sono conseguenziali a politiche di aumento delle risorse per il personale e le strutture, per il miglioramento della gestione, l'integrazione dei servizi, la prevenzione e l'educazione. Si sofferma quindi sull'emendamento 01.1, il quale ha carattere strategico, in quanto reca disposizioni di riforma del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale. L'obiettivo consiste nel portare il livello di tale finanziamento al 7,5 per cento del PIL. A tale scopo, la proposta specifica le relative coperture.

Un ulteriore obiettivo, conseguente alle preoccupazioni espresse dalle regioni, consiste nella ridefinizione della piattaforma nazionale sulle liste di attesa, con l'obiettivo di limitarne le funzioni al monitoraggio dei tempi di erogazione delle prestazioni.

In riferimento all'articolo 2, dopo aver espresso il favore della propria parte politica nei confronti degli emendamenti soppressivi dell'articolo medesimo, richiama l'attenzione sull'emendamento 2.5, volto alla realizzazione di un nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa, da conseguire con il contributo tecnico delle regioni, per il quale sono specificati gli ambiti di intervento, riguardanti i versanti della domanda, dell'offerta e del monitoraggio dei tempi di attesa.

L'emendamento 3.20 mira a correggere la formulazione confusa contenuta nel decreto-legge n. 73. E' pertanto recata una migliore definizione delle previsioni concernenti la disdetta e la gestione delle prenotazioni, con la finalità di ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione prenotata. L'emendamento 3.22 prevede quindi il pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo per i casi di mancata presentazione senza giustificata disdetta.

L'emendamento 3.40 risponde all'opportunità di sostituire il comma 10 dell'articolo 3, in considerazione dello scarso impatto del ricorso all'attività libero-professionale quale strumento per l'abbattimento delle liste di attesa. La formulazione proposta reca invece la previsione relativa alla possibilità per le direzioni generali di ricorrere a prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato.

In riferimento alle proposte emendative riferite all'articolo 4 del decreto-legge in esame, pone in evidenza la finalità di correggere in modo particolare il comma 1, eccessivamente penalizzante nei confronti delle amministrazioni regionali, chiamate ad affrontare il rischio di sanzioni a fronte della mancanza delle risorse necessarie a garantire i livelli delle prestazioni richiesti.

Gli emendamenti riferiti all'articolo 7 sono volti in special modo alla previsione di coperture alternative degli oneri finanziari, tenuto conto specificamente che risulta inaccettabile la scelta del Governo di procedere a una riduzione degli stanziamenti a favore degli emotrasfusi.

Constatato che non ci sono altre richieste di intervento, il presidente [ZAFFINI](#) dichiara conclusa la fase dell'illustrazione degli emendamenti. Tutti gli emendamenti che non sono stati oggetto di intervento sono dunque dati per illustrati.

**10<sup>a</sup> Commissione permanente**  
**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

LUNEDÌ 15 LUGLIO 2024

**212<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*

ZAFFINI

*Interviene il ministro per i rapporti con il Parlamento Ciriani.*

*La seduta inizia alle ore 15,45.*

**IN SEDE REFERENTE**

**(1161) Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seconda seduta pomeridiana del 9 luglio.

Intervenendo sull'ordine dei lavori, la senatrice ZAMPA (PD-IDP) osserva che il tempo a disposizione nella scorsa settimana non è stato impiegato adeguatamente ai fini del confronto sugli emendamenti presentati al testo del decreto-legge n. 73. In particolare, il relatore e il Governo non hanno ancora espresso i rispettivi pareri sulle proposte emendative. Tale situazione è sintomatica di tensioni politiche all'interno della maggioranza. Inoltre, risulta urgente provvedere al superamento delle criticità rilevate dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome sul testo del decreto, con particolare riferimento alla questione posta dall'articolo 2 del decreto-legge relativamente al rispetto delle competenze regionali.

Un'altra grave carenza del decreto è costituita dall'assenza di risorse economiche, del pari sottolineata dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Conclude sottolineando lo scarso rispetto delle prerogative parlamentari mostrato dal Governo.

Anche ad avviso della senatrice SBROLLINI (IV-C-RE) sarebbe stato quanto mai opportuno che il Governo avesse formulato il proprio parere sugli emendamenti già la scorsa settimana. Nel ribadire che il proprio Gruppo resta comunque improntato ad un atteggiamento costruttivo e disponibile al dialogo politico, si associa a quanto osservato dalla senatrice Zampa, rimarcando la necessità di superare, attraverso opportune modifiche, le criticità sottese al testo del decreto-legge, che, nel diminuire i poteri delle regioni, sembra muoversi in direzione opposta al provvedimento sull'autonomia differenziata.

Osserva altresì che la Commissione resta confinata in un inspiegabile *black-out* informativo: a titolo di esempio, l'orientamento negativo su alcuni emendamenti presentati dalle stesse forze politiche di maggioranza - indice, peraltro, di frizioni tra il Ministero della salute e quello dell'economia - è stato reso noto solo dagli organi di stampa, senza che il Governo avesse reso alla Commissione alcuna comunicazione.

La senatrice CASTELLONE (M5S) osserva che al momento l'orientamento dell'Esecutivo sugli emendamenti presentati al decreto-legge risulta desumibile solo da notizie informali, dalle quali si evince, peraltro, una grave spaccatura all'interno delle forze politiche di maggioranza. Tale modo di procedere risulta però gravemente lesivo delle prerogative parlamentari.

Il relatore ZULLO (FdI) invita gli intervenuti a considerare la particolare complessità delle problematiche sottese al testo del decreto-legge, che richiedono comunque puntuali approfondimenti. Non appare pertanto opportuno, su tali premesse, incentrare il dibattito in chiave strumentale e divisiva.

Per contro, sarebbe quanto mai necessario proseguire l'esame del provvedimento in chiave costruttiva, al fine di licenziare un testo il più possibile condiviso da un punto di vista politico ed in grado di fornire un'efficace risposta alle numerose aspettative dei cittadini.

Anche ad avviso del senatore GUIDI (Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE) sarebbe opportuno focalizzare l'attenzione sulle tematiche affrontate dal decreto, che risultano peraltro di straordinaria complessità, attraverso un dibattito costruttivo ed ordinato.

Il PRESIDENTE comunica che sono pervenute riformulazioni degli emendamenti 3.19, 3.35, 3.37, 3.45 e 4.6. Al riguardo, precisa che quelle riferite agli emendamenti 3.19, 3.45 e 4.6, configurano nuove proposte emendative e non appaiono ammissibili. Per quanto riguarda invece gli emendamenti 3.35 (testo 2) e 3.37 (testo 2) (pubblicati in allegato), per effetto della loro presentazione le proposte originarie si intendono superate.

Rende inoltre noto che i rispettivi proponenti hanno comunicato alla Presidenza di ritirare gli emendamenti 2.1, 3.47, 3.0.1, 4.12, 4.0.12, 4.0.21, 5.0.12, 6.0.5 e 7.0.6. Sono stati altresì ritirati e trasformati in ordini del giorno gli emendamenti 7.0.3 (G/1611/13/10), 3.0.3 (G/1611/14/10), 3.0.4, (G/1611/15/10) 4.21 (G/1611/16/10), 4.22 (G/1611/17/10), 3.32 (G/1611/19/10), 5.0.7 (G/1611/20/10), 5.0.16 (G/1611/21/10), 6.0.7 (G/1611/22/10), 1.16 (G/1611/23/10) e 4.0.22 (G/1611/24/10) (pubblicati in allegato).

Dà inoltre conto della presentazione dell'ordine del giorno G/1611/18/10 (pubblicato in allegato).

Comunica quindi che, ai sensi dell'articolo 97, comma 1, del Regolamento, sono da ritenersi improponibili per estraneità della materia gli emendamenti 01.1, 2.0.1, 3.10, 3.14 (limitatamente al comma 3-ter), 3.15, 3.26 (limitatamente al punto 2 e alla lettera b)), 3.30, 3.31, 3.33, 3.34, 3.35 (testo 2), 3.37 (testo 2), 3.49, 3.50, 3.0.2, 3.0.3, 3.0.4, 3.0.5, 3.0.6, 3.0.7, 3.0.8, 4.14, 4.20, 4.21, 4.22, 4.0.1, 4.0.3, 4.0.4, 4.0.5, 4.0.6, 4.0.8, 4.0.9, 4.0.10, 4.0.11, 4.0.13, 4.0.14, 4.0.15, 4.0.16, 4.0.17, 4.0.18, 4.0.19, 5.27, 5.0.1, 5.0.3, 5.0.4, 5.0.5, 5.0.8, 5.0.9, 5.0.10, 5.0.11, 5.0.13, 5.0.14, 5.0.15, 6.6, 6.0.1, 6.0.4, 6.0.6, 7.17, 7.0.2, 7.0.3, 7.0.4, 7.0.5, 7.0.7, 7.0.8 e 7.0.9.

Informa inoltre che sono in corso di predisposizione due ulteriori emendamenti, interamente sostitutivi di altrettanti articoli del decreto-legge e frutto di un'interlocuzione con la Conferenza delle regioni e delle province autonome, che potrebbero essere presentati già nel pomeriggio della giornata odierna, con contestuale apertura del termine per la presentazione di eventuali subemendamenti.

Dopo aver espresso l'auspicio che l'esame del decreto-legge possa concludersi in maniera costruttiva e ordinata entro la presente settimana, propone pertanto di convocare nella giornata odierna un'ulteriore seduta pomeridiana per le ore 19.

La Commissione conviene sulla proposta da ultimo formulata dal Presidente.

La senatrice [CASTELLONE](#) (M5S) osserva che molti degli emendamenti dichiarati improponibili dalla Presidenza - come ad esempio le proposte volte ad impiegare il personale destinato alle cure primarie anche nell'ambito della medicina generale - appaiono invece pienamente attinenti all'oggetto del decreto-legge.

La senatrice [MURELLI](#) (LSP-PSd'Az) si pone criticamente sull'improponibilità dell'emendamento 2.0.1, che appare peraltro di contenuto simile alla proposta 3.48 a firma del relatore.

Il senatore [PATUANELLI](#) (M5S) auspica che venga concesso dalla Presidenza un congruo lasso di tempo per poter valutare gli eventuali emendamenti che dovessero essere presentati. Ciò consentirebbe, peraltro, di elaborare proposte di modifica puntuali e circostanziate, contenendo il numero complessivo dei subemendamenti e facilitando, di conseguenza, un celere e ordinato svolgimento dei lavori.

Si pone quindi problematicamente sull'improponibilità dell'emendamento 5.0.8, di tenore simile alla proposta 5.0.7 ritenuto invece proponibile dalla Presidenza.

Il [PRESIDENTE](#) precisa che l'emendamento 5.0.7 è stato ritirato dai proponenti, con contestuale presentazione dell'ordine del giorno G/1611/20/10.

Dopo aver richiamato l'opportunità di presentare emendamenti il più possibile attinenti all'oggetto del provvedimento cui si riferiscono, precisa che le tematiche sottese alle proposte 5.0.7 e 5.0.8 potranno altresì essere approfondite nel corso dell'esame di uno specifico disegno di legge d'iniziativa governativa, d'imminente presentazione.

La senatrice [ZAMPA](#) (PD-IDP) ribadisce che l'approccio tenuto dal Governo e l'abuso del ricorso alla decretazione d'urgenza risultano gravemente lesivi delle prerogative parlamentari.

Stante poi il parere ampiamente negativo formulato dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, potrebbe essere addirittura opportuno far decadere il provvedimento, senza procedere alla conversione in legge.

Ad avviso del senatore [MAZZELLA](#) (M5S) la dichiarazione di improponibilità degli emendamenti ai sensi dell'articolo 97 del Regolamento dovrebbe essere debitamente argomentata.

Il [PRESIDENTE](#), nel rammentare che, ai sensi del terzo comma dell'articolo 97 del Regolamento del Senato, la Presidenza decide inappellabilmente, osserva che è sempre possibile la ripresentazione delle proposte dichiarate improponibili nel corso dell'esame in Assemblea.

Appreziate le circostanze, rinvia quindi il seguito dell'esame del disegno di legge in titolo.  
Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 16,45.*

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE (AL TESTO DEL DECRETO-  
LEGGE)  
N. [1161](#)

**G/1161/13/10 (già em. 7.0.3)**

[Ternullo](#), [Silvestro](#), [Minasi](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premessi che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie;

il decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 reca disposizioni in materia di riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, al fine di permettere una maggiore valorizzazione di tali professioni, in linea con le esigenze del Servizio Sanitario nazionale;

l'articolo 8 del citato decreto legislativo disciplina i rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali;

il passaggio dei veterinari ACN alla fascia dirigenziale non solo non comporterebbe per la P.A. un aggravio di spesa, ma implicherebbe persino sotto diversi aspetti un risparmio di spesa;

prendendo in considerazione la quota oraria stipendiale, il nuovo valore a regime annuo lordo per 13 mensilità dello stipendio tabellare dei dirigenti veterinari è di euro 47.015,77 (Capo II, articolo 61, comma 3, dell'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità - Triennio 2019- 2021 del 28.09.2023) più le indennità;

i veterinari ACN percepiscono invece 29,99 euro per ogni ora di lavoro svolta (riferimento ACN 2024, triennio 2019-2021). Ciò vuol dire che un Veterinario ACN con un incarico pari a 38 ore settimanali percepisce una retribuzione annua lorda pari a euro 59.260, a cui va ad aggiungersi la parte variabile dello stipendio (circa 800 euro) più le indennità;

alla suddetta retribuzione base vanno aggiunte una serie di indennità accessorie previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale;

tra queste indennità si annoverano a titolo meramente esemplificativo: indennità di spese di viaggio, indennità chilometriche, indennità di piena disponibilità, premio di informatizzazione, responsabile di branca, ecc.;

i veterinari ACN percepiscono pertanto una retribuzione base superiore a quella dei dirigenti dipendenti; perciò, anche il *gap* del 9 per cento in più versato dai dirigenti a livello previdenziale (24 per cento ACN VS 33 per cento dirigenti), verrebbe ampiamente compensato. D'altronde la copertura finanziaria è stata già ritenuta valida dalla legge n. 449 del 1997 che ha permesso tale transito ai medici e professionisti convenzionati ACN (fino al 2012), ad esclusione proprio dei medici veterinari ma solo perché entrati contrattualmente (con la stessa retribuzione degli specialisti ambulatoriali) nella specialistica ambulatoriale nel 2006;

oltre a quanto su esposto, vi sarebbe un altro risparmio di spesa per la Pubblica Amministrazione, considerato che le Aziende Sanitarie godrebbero del vantaggio di avere, quali dirigenti, specialisti veterinari convenzionati già in servizio e già formati su tutte le mansioni che un dirigente deve svolgere e in tal modo la pubblica amministrazione non dovrebbe affrontare i costi di formazione del personale neoassunto, costi che attualmente affronta poiché attinge, per coprire i ruoli dirigenziali, a personale esterno e inesperto. I veterinari ACN, invece, rappresentano una risorsa già formata;

occorre altresì specificare che le ore già coperte dal personale veterinario inquadrato ai sensi del presente emendamento sarebbero rese indisponibili, ciò vuol dire che le ore attualmente svolte in qualità di veterinari ACN dal personale interessato dal presente emendamento non sarebbero ridistribuite, con la conseguente copertura finanziaria necessaria per la retribuzione economica dei veterinari convenzionati interessati dal presente passaggio,

impegna il Governo:

a prevedere quanto esposto in premessa.

**G/1161/14/10 (già em. 3.0.3)**

[Ternullo](#), [Silvestro](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premessi che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie,

l'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" -, reca disposizioni in materia di accordi contrattuali, prevedendo che le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli stessi ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento agli aspetti ivi elencati,

impegna il Governo:

ad adottare misure volte a prevedere che, ai fini della definizione degli accordi contrattuali ai sensi del comma 1 del citato articolo 8-*quinquies*, le regioni individuino criteri per assicurare la ripartizione delle risorse disponibili tra le aziende sanitarie locali in misura direttamente proporzionale al numero degli utenti del servizio sanitario nazionale iscritti, presso ciascuna azienda sanitaria locale, negli elenchi di cui all'articolo 19, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

### **G/1161/15/10 (già em. 3.0.4)**

[Ternullo](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premessi che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie;

con la Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (Legge 5 agosto 2022, n.118), il Legislatore è intervenuto sulle modalità di partecipazione al SSN delle strutture sanitarie private (art. 15) rivedendo in ottica di maggiore concorrenza la normativa relativa all'accreditamento istituzionale (art. 8-*quater*, comma 7 del d.lgs. 502/1992) e agli accordi contrattuali (art. 8-*quinquies*),

il provvedimento, che vincola l'adozione dei nuovi criteri alla possibilità delle Regioni di accedere ai finanziamenti integrativi del SSN, individua nuove modalità di valutazione dell'accreditamento da parte di nuove strutture pubbliche e private in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza. Tali criteri si applicano inoltre per l'avvio di nuove attività da parte di strutture già accreditate e per la selezione dei soggetti privati per la stipula degli accordi contrattuali. Non è stata affatto valutata l'unica caratteristica che regola l'esistenza o l'avvio di attività sanitarie di qualsiasi tipologia e modalità di erogazione: il fabbisogno infatti si propone di richiamare e rafforzare l'applicazione dell'articolo 8-*ter* dello stesso d.lgs 502 del 1992. La non determinazione del fabbisogno da parte delle Regioni è stata alla base dello sviluppo giurisprudenziale dei vari TAR e infine del Consiglio di Stato e della loro soccombenza di fronte a nuove iniziative sanitarie intraprese;

la nuova normativa, come definita dal Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022, demanda alle Regioni l'obbligo di mettere periodicamente a bando sia gli accreditamenti esistenti sia il budget storico finora assegnato alle strutture private accreditate che già operano per il SSN. In un contesto di generale difficoltà economica da parte di molte strutture - dovuto alla riduzione delle tariffe, ai tetti di spesa di cui al Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, co. 14 e alla carenza di personale - il nuovo obbligo delle Regioni di dover rimettere a gara accreditamenti e budget storico affidato alle strutture accreditate, desta stupore e grande preoccupazione per la sostenibilità economica degli ospedali e delle strutture sociosanitarie;

l'apertura del mercato da parte di ogni Regione e la messa a bando periodica del budget storico assegnato, se attuata senza tenere in considerazione tutte le implicazioni economiche, sociali, occupazionali, oltre che di "know-how" sanitario, rischia inoltre di favorire l'entrata dei grandi gruppi ospedalieri internazionali e dei fondi di investimento, pregiudicando, in particolare, la sostenibilità economica non solo delle strutture benefit ma anche delle storiche

eccellenze sanitarie non-profit tipiche del mondo religioso, il cui orientamento è dato unicamente dall'assistenza. Il risultato di tale normativa, pertanto, è ben lontano da quello prefissato dal legislatore: si rischierebbe di dare luogo a dinamiche "iperconcorrenziali" (un paradosso in sanità addirittura escluso dalle normative europee, vedi direttiva UE/123/2006 (cfr. art. 2.2, lett. f)), tali da provocare una dinamica di lotta al "ribasso" nella gestione delle strutture, a vantaggio dell'offerta puramente privatistica di servizi sanitari a cui rispondono gli operatori più grandi, in grado di fare economie di scala anche a scapito della qualità dei servizi. Già avvenuto nella Regione Toscana che ha indetto delle gare selettive al ribasso adesso impugnate in sede amministrativa;

la previsione di procedure competitive per l'assegnazione degli accreditamenti e dei budget non appare inoltre in grado di generare efficienza economica, in quanto la remunerazione sulla base di tariffe definite a livello regionale impedisce la possibilità di improntare la selezione delle strutture sugli oneri delle prestazioni a carico del SSN;

la revisione della normativa sull'accredimento operata con la legge concorrenza 2021, in sintesi, appare non in grado di qualificare realmente l'offerta del SSN, bensì penalizzante per tutte le strutture (ospedaliere, sociosanitarie, residenziali per anziani, disabili o persone con patologie psichiatriche), in particolar modo le non-profit, che continuano a svolgere una determinante funzione di supporto al SSN nonostante le gravi difficoltà finanziarie dovute in modo significativo dai tetti di cui al cosiddetto decreto-legge n. 95 del 2012 e alla carenza di personale;

in sede di Conferenza delle Regioni, in particolare, è emersa preoccupazione per i rischi derivanti dall'applicazione della norma nei servizi dell'ambito sociosanitario, ma anche per le strutture sanitarie, legata alla possibilità che strutture private accreditate già appartenenti a reti e/o PDTA regionali possano perdere l'accredimento o non riescano ad accedere al contratto attraverso la procedura prevista. Le Regioni hanno quindi chiesto una proroga di sei mesi per l'adeguamento degli ordinamenti regionali alle disposizioni di cui all'articolo 8-*quater*, comma 7 e all'articolo 8-*quinquies*, comma 1-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992 come definite dal decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 e l'istituzione di un Tavolo di confronto con il Ministero, le Regioni e le altre Amministrazioni centrali interessate, al fine di individuare soluzioni condivise alle problematiche attuative della normativa vigente;

la Conferenza Stato-Regioni ha poi sancito l'Intesa sulle modifiche del decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022, prorogando al 31 marzo 2024 l'adeguamento degli ordinamenti regionali alla nuova normativa sull'accredimento;

da ultimo, il termine di adeguamento ai nuovi criteri di accreditamento è stato ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2024 durante l'esame parlamentare del Decreto-legge Milleproroghe (DL 215/2023). La proroga è entrata in vigore con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge di conversione 18/2024,

impegna il Governo:

per superare le criticità dei nuovi criteri di accreditamento, ad adottare misure volte a:

1) prevedere modifiche del comma 1-*bis* dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, sopprimendo la previsione della pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, recependo le preoccupazioni sorte in seno alla Conferenza delle Regioni ed evitando l'insorgere di dinamiche iperconcorrenziali che penalizzerebbero *in primis* i cittadini;

2) a sostituire le procedure di selezione con quelle di contrattualizzazione, mantenendo in questo modo la possibilità delle Regioni di poter rivedere periodicamente l'assegnazione del *budget* alle strutture accreditate.

#### **G/1161/16/10 (già em. 4.21)**

[Rosso, Silvestro](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie;

l'articolo 1-*quater* (Disposizioni in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica) del decreto legge 30 dicembre

2021, n. 228 (Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi), convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, al comma 3, primo periodo, prevede, tenuto conto dell'aumento delle condizioni di depressione, ansia, stress e fragilità psicologica, a causa dell'emergenza pandemica e della conseguente crisi socio-economica, che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano erogano, nei limiti delle risorse di cui al successivo comma 4, un contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi,

impegna il Governo:

ad adottare misure volte a estendere la possibilità di fruizione del cosiddetto *bonus* psicologo anche alle strutture sanitarie private che erogano prestazioni di terapia o supporto psicologico.

**G/1161/17/10 (già em. 4.22)**

[Occhiuto](#), [Ternullo](#), [Silvestro](#), [Lotito](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il decreto-legge in esame reca norme in materia di professioni sanitarie,

impegna il Governo:

ad adottare misure volte a introdurre la possibilità per il personale docente a tempo pieno strutturato presso strutture afferenti al SSN, di essere trattenuto in servizio fino al compimento del 72° anno di età.

**G/1161/18/10**

[Murelli](#), [Cantù](#), [Minasi](#)

Il Senato,

in sede di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il comparto dei dispositivi medici, che rappresenta un asset di eccellenza riconosciuto a livello internazionale, si distingue per una particolare ampiezza, trasversalità e complessità e per una elevata differenziazione di mercato, filiera e prodotto;

tale differenziazione appare particolarmente evidente se si considera la destinazione d'uso finale dei dispositivi sulla quale si consolida una delle principali differenziazioni: quella tra i dispositivi destinati al Servizio Sanitario Nazionale - e in quanto tali sottoposti a dinamiche di controllo della spesa pubblica nonché di supervisione medica - e i dispositivi destinati al mercato privato, composto dai professionisti o dai diretti consumatori;

i dispositivi destinati al mercato privato allargano il perimetro del settore fino a travalicare i confini dell'odontoiatria, della cosmetica e dell'ottica, ne sono esempi familiari gli occhiali, le lenti a contatto e le soluzioni per la relativa manutenzione, i termometri, i dentifrici e i collutori, le creme barriera, i test auto-diagnostici di gravidanza, gli impianti e le protesi dentali;

dall'utilizzo diretto da parte dei consumatori o da parte di professionisti derivano necessità regolatorie e normative differenti e, attualmente, non riconosciute dalla normativa italiana;

il *framework* regolatorio che disciplina attualmente il settore dei dispositivi medici origina dal Regolamento europeo per i dispositivi medici, Regolamento UE 2017/745 (cosiddetto MDR), e dal Regolamento europeo per i dispositivi medico diagnostici in vitro, Regolamento UE 2017/746 (cosiddetto MDVR);

la procedura di adeguamento dell'ordinamento nazionale alle disposizioni aggiornate all'MDR e MDV, avviata a maggio 2022 e avvenuta con la pubblicazione del decreto legislativo 5 luglio 2022, n. 137 e del decreto legislativo 5 luglio 2022, n. 138 in data 13 settembre 2022, a dispetto della natura *self-executive* della fonte, non è stata una trasposizione neutrale dei

principi e delle linee guida europee, bensì un'implementazione maggiormente restrittiva rispetto a quanto richiesto dalla disciplina comunitaria, *over ruling* che pone le imprese che operano nel nostro Paese in condizioni di svantaggio competitivo sul mercato europeo e internazionale;

la distorsione della libertà d'impresa e concorrenzialità risulta lampante nella disciplina della pubblicità dei dispositivi, sulla quale il Regolamento MDR si limita a fornire indicazioni di principio che mettono al centro la priorità di corretta informazione e trasparenza, mentre al contrario il decreto legislativo n. 137 del 2022 interviene con un lista di divieti espressi e con procedura burocratica di autorizzazione preventiva imposta su tutti i casi che non rientrano nei divieti e su ogni singolo messaggio pubblicitario destinato al consumatore finale;

tale procedura, oltre ad essere fonte di appesantimento burocratico e fattore di limitazione della competitività italiana rispetto agli altri Paesi UE/oltreoceano, rappresenta un elemento di incertezza e di rischio per le imprese, le quali assistono spesso ad interventi correttivi sui messaggi che ottengano l'effetto opposto a quello alla base della norma, rendendo spesso i *claim* poco chiari e incompleti a danno dei consumatori è destinato l'uso;

considerato che:

i profili di trasparenza, corretta e completa informazione dei consumatori sono particolarmente rilevanti e indispensabili per i dispositivi destinati al mercato privato, dove i medesimi consumatori dovrebbero essere posti nella condizione di effettuare una scelta consapevole tra prodotti simili;

molte delle motivazioni alla base del controllo e della limitazione promozionale sono state traslate al settore dei dispositivi medici da quello dei farmaci e, per tale ragione, risultano essere state elaborate con l'obiettivo di limitare l'abuso oltre che di valutarne i rischi connessi all'assunzione;

che entrambe le motivazioni sopra citate non sono applicabili ai dispositivi medici, dove il rischio di abuso risulta assente, mentre quelli connessi all'utilizzo sono ampiamente prevenuti dalle etichette e dalle norme propedeutiche alla marcatura CE e, in ogni caso, possono ritenersi ulteriormente ridotte da una corretta informazione promozionale;

impegna il Governo:

a promuovere momenti di confronto e consulto delle Associazioni di categorie rappresentative del settore dispositivi medici anche in considerazione delle Linee Guida previste dall'articolo 26, comma 5 del decreto legislativo n. 137 del 2022 e attese da diversi mesi;

a promuovere misure di semplificazione della procedura autorizzativa, ritenendo, per esempio, automaticamente autorizzato l'utilizzo di informazioni previamente autorizzate nella documentazione di marcatura CE, ivi incluse quelle riportate su etichetta, imballaggio, istruzioni, manuali d'uso, tramite autocertificate delle imprese a fronte del saldo delle tariffe dovute;

a favorire iniziative volte a concentrare le risorse e le strutture del Ministero della Salute dedicate alle procedure autorizzative al più efficace controllo ex post delle iniziative promozionali e pubblicitarie presenti sul mercato, anche al fine di identificare eventuali condotte sleali.

### **G/1161/19/10 (già em. 3.32)**

[Leonardi](#), [Russo](#), [Berrino](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il provvedimento all'esame reca misure urgenti di garanzia per l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, anche ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale;

come indicato dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, l'area oncologica è considerata prioritaria per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;

considerato che:

oltre la redazione territoriale dei PDTA, è necessario tenere in considerazione l'esigenza di garantire la definizione di standard minimi omogenei, pur nel rispetto delle specificità territoriali, che consentano l'erogazione uniforme delle prestazioni, nonché l'adozione di sistemi di valutazione delle performance a livello nazionale;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di adottare le linee guida nazionali per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico, che forniscano indicazioni sugli standard minimi omogenei a cui ogni Regione è chiamata ad attenersi.

### **G/1161/20/10 (già em. 5.0.7)**

[Russo](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premessi che:

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

uno dei problemi più dibattuti in materia di servizio sanitario nazionale è la necessità di rispondere quanto prima alla carenza di personale medico nelle aree disagiate e alla forte difficoltà da parte delle aziende sanitarie a reperire professionisti per garantire sul territorio l'assistenza;

le aree a più ampia dispersione di popolazione sono, infatti, moltissime in un Paese rurale e montano come l'Italia, e sono le prime a subire la grave carenza di medici la cui drammaticità si aggraverà ulteriormente nei prossimi anni;

è, quindi, necessario lavorare per prevedere incentivi sia per trattenere il personale nelle sedi più disagiate, come le isole minori, le zone montane e periferiche, sia, nel contempo, attrarre il personale sanitario e socio-sanitario nelle strutture cosiddette di frontiera;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di introdurre adeguate misure premiali, anche di carattere economico, per l'attività prestata dagli esercenti le professioni sanitarie e dagli operatori socio-sanitari presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nelle zone disagiate, nonché per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta operanti in tali zone.

### **G/1161/21/10 (già em. 5.0.16)**

[Satta, Russo](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che:

ad oggi in tutto il sistema sanitario nazionale permane uno stato generalizzato di grave carenza di organico del personale sanitario;

sussiste la necessità di individuare una soluzione che consenta di garantire nei presidi ospedalieri la continuità assistenziale e gli standard previsti dai LEA,

è necessario consentire alle aziende sanitarie, sussistendo le prescritte condizioni di necessità e urgenza, di garantire la continuità del servizio o mediante proroga degli affidamenti in scadenza o mediante nuovo affidamento, nelle more dell'avvio o definizione delle procedure volte al reclutamento di personale sanitario a copertura dei posti vacanti in dotazione organica,

impegna il Governo:

per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico del personale sanitario, a valutare l'opportunità di permettere alle aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale di affidare a terzi i servizi medici afferenti alla specialità di anestesia e rianimazione per un ulteriore anno, superando il limite previsto di "in un'unica occasione e senza possibilità di proroga" di cui al comma 1 dell'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56.

### **G/1161/22/10 (già em. 6.0.7)**

[Calandrini](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

considerato che:

l'articolo 380 del Codice Civile prevede che l'amministratore di sostegno, nominato dal Giudice tutelare, debba annualmente presentare una rendicontazione del denaro dell'amministrato utilizzato per far fronte a tutte le spese sanitarie e ordinarie sostenute per suo conto;

il tutore delle persone disabili che sia anche *caregiver* familiare sostiene un impegno sia fisico che economico per svolgere correttamente la sua attività nei confronti dei propri cari affetti da disabilità;

impegna il Governo a:

valutare l'opportunità di far venire meno l'obbligo di rendicontazione annuale di cui all'articolo 380 del Codice Civile qualora l'amministratore di sostegno o tutore sia anche *caregiver* familiare così come definito dall'articolo 1 comma 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

### **G/1161/23/10 (già em. 1.16)**

[Russo](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

l'articolo 1, allo scopo di governare le liste di attesa, in coerenza con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal PNRR, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma e, in particolare, a garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito ad una serie di aspetti espressamente definiti;

se è vero che la Piattaforma nazionale renderà più evidente lo straordinario impegno quotidiano del personale del Servizio sanitario nazionale che, attualmente, è già in grado di assicurare più di un milione di prestazioni specialistiche al giorno ai nostri cittadini, è altrettanto vero che in sanità, per caratteristica specifica del settore, nonostante si aumenti l'offerta, questa viene immediatamente saturata dalla domanda, peraltro, in misura tendenzialmente illimitata;

stando così le cose, appare importante, tra le altre, puntare in modo più incisivo sull'appropriatezza prescrittiva, rendendo obbligatorio, ad esempio, nelle prescrizioni l'inserimento del codice di codifica del quesito diagnostico (codice ICD9) e almeno per le 69 prestazioni più critiche come radiografie, tac e risonanze magnetiche, anche l'indicazione del livello di priorità (codice Rao);

l'obbligo di inserimento dei codici, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica permetterebbe di verificare con facilità l'appropriatezza della prescrizione attraverso l'analisi

automatica della coerenza tra i diversi codici inseriti e consentirebbe, attraverso l'esame dei flussi, alle aziende di intervenire eventualmente sui prescrittori;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale anche in merito all'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, attraverso l'obbligatorietà, anche in via sperimentale per un periodo limitato, sia della compilazione del codice ICD9 CM, per la codifica del quadro diagnostico nella prescrizione delle prestazioni ambulatoriali, che del codice RAO, almeno in tutte le prescrizioni delle prestazioni critiche.

### **G/1161/24/10 (già em. 4.0.22)**

[Russo](#)

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge 1161 di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

premesso che:

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

secondo l'ultima indagine condotta da FADOI (Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti) in media 3 ricoveri su 10 si potrebbero evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali e il 20% dei ricoveri impropri in Pronto Soccorso è di natura sociale più che sanitaria;

una delle motivazioni più frequenti dell'elevato tempo di attesa per una prestazione sanitaria è il cosiddetto "no-show" ovvero la mancata presentazione dei pazienti ad una visita, che rappresenta un problema in termini di pianificazione degli appuntamenti e di sostenibilità economica, ma soprattutto di salute dei cittadini perchè se il paziente non si presenta ad una visita o ad un esame diagnostico non è possibile valutarne lo stato di salute, rischiando di trascurare patologie che necessiterebbero un trattamento;

in questo solco, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che rappresentano il primo punto di contatto con i cittadini, possono svolgere un importante ruolo di "filtro" delle prestazioni per evitare che si faccia ricorso al pronto soccorso per trovare un'assistenza che non si è riusciti a ricevere sul territorio;

una comunicazione sanitaria digitalizzata consentirebbe una riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, assicurando interventi e prestazioni necessari a chi ne ha veramente bisogno;

in particolare, i servizi di televisita, quali la richiesta di prescrizione elettronica, la consulenza online e la condivisione con il paziente della refertazione medica, favorirebbero una migliore comunicazione tra medico e paziente e, di conseguenza, consentirebbero da un lato l'appropriatezza prescrittiva e dall'altro una drastica riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso allentando, così, la pressione che grava sulle strutture ospedaliere e favorendo lo smaltimento delle liste di attesa;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di stanziare, in occasione del primo provvedimento utile, adeguate risorse destinate all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita.

Art. 3

### **3.35 (testo 2)**

[Pirro](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Mazzella](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-bis. Per le finalità di cui al comma 8, e in adempimento al Piano nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministero della Salute, con proprio decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'AGENAS, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti

tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogenei per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico, nonché la definizione di una rete di patologie al fine di incrementare la qualità, l'appropriatezza, la tempestività, l'equità delle cure e il monitoraggio del livello di aderenze alle terapie.».

### **3.37 (testo 2)**

[Lorenzin](#)

*Dopo il comma 8, inserire il seguente:*

«8-*bis*. Con accordo tra il Governo e le regioni, su proposta del Ministro della salute, previa concertazione con le Federazioni nazionali delle professioni sanitarie, sono individuati i compiti, diversi da diagnosi, prognosi e terapia, riservati in via esclusiva alla professione medica, che possono essere affidati alle altre professioni sanitarie in possesso di adeguata competenza.».

**10<sup>a</sup> Commissione permanente  
(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)**

MARTEDÌ 16 LUGLIO 2024

**213<sup>a</sup> Seduta (antimeridiana)**

*Presidenza del Presidente*

[ZAFFINI](#)

*La seduta inizia alle ore 10,35.*

*IN SEDE REFERENTE*

**[\(1161\)](#) *Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie***

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

Il presidente [ZAFFINI](#), in considerazione dell'opportunità di disporre per il prosieguo dell'esame degli eventuali ulteriori emendamenti, già preannunciati nella seduta di ieri, propone di riprendere l'esame del provvedimento in titolo nell'odierna seduta pomeridiana, già convocata alle ore 14, anticipandola alle ore 13.

La Commissione potrà quindi procedere alla trattazione del complesso delle proposte emendative nel corso del pomeriggio e della serata con l'obiettivo di consentire nella giornata di domani l'approdo in Assemblea del provvedimento.

La Commissione conviene.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 10,40.*