

# **10<sup>a</sup> Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)**

**BOZZE DI STAMPA**

**3 luglio 2024**

## **SENATO DELLA REPUBBLICA**

**XIX LEGISLATURA**

**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 (1161)**

### **ORDINI DEL GIORNO**

**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 com-*

*petenze 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 la-

vora 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;

premesso 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 inadempienze, può acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri alle Regioni e Provincie 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 articolo 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**

RUSO

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, ovvero 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

premesso 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.

premesso 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.

premesso 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, prevenendo 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),

premesso 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 profondi 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.

---

## **EMENDAMENTI**

### **(al testo del decreto-legge)**

#### **Art. 1**

##### **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."

---

## 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 (PDTA) 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 parole: ", 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 FLORIDIA

*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 2 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 Siste-



ma, 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 parole: "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 terzo comma, 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 rappresentati-*

ve 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 FLORIDIA

*Al comma 3, in fine, sopprimere le 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 pre-ospedaliero 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 FLORIDIA

*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 FLORIDIA

*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 partecipa-*



zione 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 FLORIDIA

*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 omogenei 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'art. 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 Assistenzial 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 FLORIDIA

*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 regioni»*

---

### **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 sono apportate 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 sono apportate le seguenti modificazioni:*

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

*2) al secondo periodo, dopo le parole: «non posso essere utilizzate» sono inserite le seguenti: «o impegnate dalla Regione entro l'entrata in vigore della legge di conversione del*

presente decreto» e le parole «del Servizio sanitario nazionale» sono sostituite 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» sono aggiunte 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 succ. mod. e integr.;

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:*

«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'art. 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 3 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:

a) 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;

b) 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."

3) sopprimere il comma 3;

4) 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."

5) 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 L. 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 FLORIDIA

*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 parole: "fino al 31 dicembre 2024, nel limite delle risorse disponibili di cui al comma 3".*

---

### 4.4

LORENZIN

*Al comma 1, dopo le parole: "gli esami diagnostici, le visite", inserire le parole: "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, lett. 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-*quinqüies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dalle disposizioni contrattuali dell'Area della Sanità".

---

#### **4.12**

IL RELATORE

#### **«Art. 4**

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 comma: «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 FLORIDIA

*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:*

« Articolo 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 pro-*

rogato 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'art. 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 sperimen-

tazione 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 con-

to 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 de-

creto 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 com-

mittente, 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 4, inserire l'articolo 4-bis:*

#### **«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'art. 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'art. 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'art. 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'art. 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, deten-

tore dell'archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro ai sensi dell'Art. 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 ricorrano, 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 FLORIDIA

*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'art. 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 FLORIDIA

*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 FLORIDIA

*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 FLORIDIA

*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 FLORIDIA

*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 provincie 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 lin-

guaggi, 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-*quinquies*, 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-*quinquies*, 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-*quinquies*, 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 5, 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 FLORIDIA

*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 FLORIDIA

*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 agli art. 41 comma 3, e del prolungamento dell'orario di servizio di cui all'art. 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;
- g) 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;
- i) l'adeguamento delle condizioni strutturali o la riconversione degli ospedali esistenti;

j) il potenziamento della strumentazione diagnostica, a livello sia ospedaliero sia territoriale;

k) la formazione e l'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici;

l) la formazione e l'alfabetizzazione sulla sanità digitale;

m) 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 6, 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 ricorra-  
no, 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 7 sono apportate 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 inserire, 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 è aggiunto, 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, sono apportate 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 FLORIDIA

*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'art 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'art. 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-sanita-



rio 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 Direttori 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 7 inserire il seguente:*

**«Art. 7-bis**

*(Disposizioni in materia di inquadramento dei Medici Veterinari Specialisti)*

1. All'art. 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)*

*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-*quinqüies*, 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 parole "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**

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.».

---

### **7.0.12**

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.».

---

### **7.0.13**

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

*Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:*

"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."

---