

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. 1241

G/1241/1/10

Zullo

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante "*Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria*" (A.S. 1241)

premessi che:

il provvedimento all'esame reca disposizioni il cui obiettivo è quello di assicurare una risposta efficace del Servizio Sanitario Nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione;

l'articolo 1, comma 4, del provvedimento all'esame dispone che le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano attuino "*ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie*";

allo stato, sussistono in tutti i Paesi dell'Unione Europea gravi carenze di personale sanitario, in particolare infermieri e professionisti dell'assistenza primaria, aggravate dallo squilibrio tra domanda e offerta di competenze e dalla distribuzione non uniforme della forza lavoro sanitaria all'interno di ciascun Paese;

come riportato nel documento pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2021, intitolato "*Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025*", le richiamate carenze possono essere causate da diversi fattori, tra cui la limitata capacità delle istituzioni di reclutare un numero adeguato di professionisti, la spesa pubblica insufficiente, le normative statali che limitano le ammissioni o problemi relativi alle infrastrutture, ai docenti o ai siti di pratica clinica;

il citato documento riporta, inoltre, tra le maggiori cause di aggravamento della carenza di infermieri anche il blocco delle assunzioni, la mancanza di attrattività della professione che limita le scelte dei giovani al momento delle decisioni sul ciclo universitario da intraprendere, e le condizioni di lavoro nel pubblico impiego;

considerato che:

i dati a livello nazionale in merito all'impiego di infermieri mostrano una ampia variazione nella distribuzione di tali professionisti sul territorio, con un numero di infermieri attivi che varia da 0,9 a 18,9 per 1.000 abitanti;

dallo studio "*Benessere degli infermieri e staffing sicuro negli ospedali*", realizzato dall'Università di Genova con il sostegno dalla Federazione nazionale degli infermieri (Fnopi) è emerso che il 59% degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è molto stressato, il 36% sente di non avere il controllo sul proprio carico di lavoro e il 45,4% ritiene che l'impegno professionale non lasci abbastanza tempo per la propria vita personale e familiare;

la soluzione maggiormente adoperata negli ultimi anni per far fronte alla carenza di infermieri è stata quella di ricorrere al lavoro straordinario, come dimostrato dalla spesa complessiva rilevata nelle Regioni italiane che supera i 200 milioni di euro;

tenuto conto che:

la Commissione Europea ha firmato un accordo con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, finanziato per 1,3 milioni di euro con fondi del programma *EU4Health* per la durata di trentasei mesi, per aiutare gli Stati Membri a trattenere gli infermieri nei propri sistemi sanitari e a rendere la professione infermieristica più attraente e sostenibile;

il richiamato accordo comprenderà la definizione di piani d'azione per il reclutamento, programmi di tutoraggio per attrarre una nuova generazione di infermieri, la stesura di valutazioni d'impatto sulla forza lavoro infermieristica per comprendere i problemi alla base delle carenze strutturali di professionisti e strategie per migliorare la salute e il benessere degli infermieri;

ritenuto:

necessario affrontare il tema della carenza degli infermieri, nonché aumentare l'attrattività di tale professione in modo trasversale, attraverso interventi istituzionali, normativi, regolamentari ed ordinamentali,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di istituire una cabina di regia che si occupi, tra le altre cose, di trovare una soluzione condivisa alla carenza di infermieri, anche attraverso nuove modalità di reclutamento e l'attivazione di percorsi di *welfare* familiare volti a facilitare il trattenimento in servizio del personale infermieristico; operare un raccordo con OMS Regione Europa e DG Sante sui temi inerenti alla professione infermieristica; lavorare sui percorsi formativi della professione infermieristica, portando a compimento le progettualità, già attivate dal Ministero dell'Università e della Ricerca e dal Ministero della salute, per garantire gli sviluppi di carriera; riorganizzare le docenze infermieristiche; ridisegnare i modelli organizzativi ed assistenziali privilegiando la valorizzazione delle competenze.

G/1241/2/10

Murelli, Minasi

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge n. 1241, recante *Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria*,

premessi che:

la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile e variabile a seconda della gravità, è associata a periodiche riacutizzazioni ed a uno stato di infiammazione cronica dei polmoni che provoca la riduzione della capacità respiratoria e può condurre al decesso;

ad oggi, non esiste oggi una cura per la BPCO, ma sono disponibili dei farmaci che consentono di gestire la malattia;

i farmaci in questione sono i broncodilatatori, somministrati per via inalatoria, inoltre è fondamentale associarvi dei corticosteroidi inalatori, il che consente di ridurre i casi di riacutizzazioni;

come riscontrato dall'International Respiratory Coalition (IRC), oltre mezzo miliardo di persone convive con malattie respiratorie croniche, di cui 3,3 milioni solo in Italia, con più di 50 mila morti l'anno e costi diretti e indiretti pari a 45,7 miliardi di euro;

l'invecchiamento della popolazione italiana comporta un inevitabile aumento delle malattie respiratorie croniche;

numerosi studi pubblicati su varie riviste scientifiche come the Lancet (2018) e New England Journal of Medicine (2020) hanno dimostrato come la "triplice terapia", composta da LAMA e ICS (steroidi inalatorio), somministrata tramite apposito device, riduca il tasso di riacutizzazioni, con un miglior controllo dei sintomi dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a severa;

l'AIFA, il 1° settembre 2021, ha introdotto la Nota 99 sulla prescrizione dei farmaci inalatori indicati nella terapia della BPCO, con l'obiettivo di migliorare la gestione della patologia; tra i farmaci inclusi nella Nota 99 vi sono quelli a triplice terapia (ICS + LABA + LAMA) precombinati in un unico inalatore prescrivibili solo ed unicamente da una selezione di specialisti ospedalieri dietro compilazione di un piano terapeutico;

la triplice terapia combinata genera un miglior controllo terapeutico ma, per come è strutturata la Nota 99, subordinata al piano terapeutico specialistico, determina un allungamento dei tempi per l'inizio della terapia (visita e prescrizione specialistica), gravando ulteriormente sulle liste d'attesa ospedaliere in direzione contraria rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente e dagli impegni assunti in sede di PNRR sulla medicina di prossimità;

impegna il governo

ad adottare tutte le iniziative di propria competenza finalizzate a promuovere azioni mirate e tempestive nell'ambito della gestione della patologia cronica BPCO, con una presa in carico tempestiva e una cura efficace dei 3,3 milioni di italiani malati, anche eventualmente attraverso una modifica della Nota AIFA 99 che preveda la libera prescrivibilità dei farmaci richiamati in premessa da parte del Medico di Medicina Generale, sull'esempio delle migliori pratiche mediche in ambito europeo.

Art. 1

1.1

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 1, primo periodo, dopo la parola: «medico», inserire le seguenti: «e l'odontoiatra».

1.2

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Apportare le seguenti modificazioni:

1) *al comma 1:*

a) *al primo periodo, sopprimere le seguenti parole:* « , cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, la prognosi e la terapia»;

b) *al terzo periodo, sostituire le parole:* «categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati», *con le seguenti:* «Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie»;

2) *al comma 2, sostituire le parole:* «direttamente o attraverso la», *con le seguenti:* «in collaborazione con il team multiprofessionale della»;

3) *al comma 7, dopo la parola:* «territoriale», *inserire le seguenti:* «e le altre professioni sanitarie».

1.3

Murelli, Minasi

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le parole: «cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, prognosi e terapia».

1.4

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le seguenti le parole: «in maniera esclusiva».

1.5

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: «e la terapia», *inserire le seguenti:* «, salvo quanto previsto dalla legge 18 febbraio 1989, n.56».

1.6

Durnwalder, Unterberger, Patton

Al comma 2, sopprimere le seguenti parole: «e le province autonome di Trento e di Bolzano».

1.7

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 2, dopo le parole: «medico specialista», *inserire le seguenti:* «, operante in una struttura pubblica,» e *sopprimere le parole* «, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera,».

1.8

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 2, apportare le seguenti modificazioni:

1) *dopo le parole:* «al medico specialista, », *aggiungere le seguenti:* «operante in struttura pubblica,»;

2) *sopprimere le seguenti parole:* «direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera».

1.9

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 2, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «multidisciplinari e interdisciplinari».

1.10

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 2, aggiungere, in fine, la seguente parola: «interdisciplinari».

1.11

Murelli, Minasi

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro

tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della Salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge, 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 Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico.»

1.12

Zullo, Satta, Leonardi, Berrino

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, 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 sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, 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.».

1.13

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, 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 sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, 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.».

1.14

Manca, Zambito

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, 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.»

1.15

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi, Scurria

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

«2-bis. Al fine di assicurare la continuità assistenziale nonché le funzioni di prevenzione sanitaria, le strutture sanitarie che operano in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, in possesso dei relativi requisiti, eroganti prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria, sono riconosciute come "presidi sanitari" territoriali di prossimità. Al pari delle altre strutture già riconosciute come "presidi sanitari", partecipano alla erogazione delle prestazioni specialistiche del SSN, assicurando l'assistenza territoriale/distrettuale.».

1.16

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Floridia

Al comma 3, sostituire le parole da: «è assegnata», fino alla fine del comma, con le seguenti: «si fa riferimento al codice di classificazione internazionale delle malattie (ICD- 9- CM e successive modificazioni)».

1.17

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

Al comma 5, dopo le parole: «delle aziende ospedaliere», inserire le seguenti: «degli IRCCS,».

1.18

[Russo, Mancini](#)

Al comma 5, dopo le parole: «delle aziende ospedaliere», inserire le seguenti: «e degli stabilimenti termali in possesso dell'autorizzazione regionale, rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

1.19

[Murelli, Minasi](#)

Al comma 5, dopo le parole: «delle aziende ospedaliere», aggiungere le seguenti: «e degli stabilimenti termali in possesso dell'autorizzazione regionale, rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

1.20

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

Al comma 5, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «compresi gli studi e le strutture di psicoterapia».

1.21

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

Al comma 5, dopo le parole: «n. 502,», inserire le seguenti: «compresi gli studi e le strutture di psicoterapia».

1.22

[Russo, Mancini](#)

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

«5-bis. Ai fini dell'eliminazione delle liste di attesa e del contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto di quanto definito dai livelli essenziali di assistenza, agli assistiti dal Servizio sanitario nazionale sono garantiti due volte all'anno i cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso e per la riabilitazione della funzione respiratoria, cardiorespiratoria e delle funzioni auditive, già riconosciuti agli assicurati dall'INAIL per ciascuna delle patologie per gli stessi previste.».

1.23

[Murelli, Minasi](#)

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. Ai fini dell'eliminazione delle liste di attesa e del contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto di quanto definito dai livelli essenziali di assistenza, agli assistiti dal Servizio sanitario nazionale sono garantiti due volte all'anno i cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso e per la riabilitazione della funzione respiratoria, cardiorespiratoria e delle funzioni auditive, già riconosciuti agli assicurati dall'INAIL per ciascuna delle patologie per gli stessi previste.».

1.24

[Murelli, Minasi](#)

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. Gli stabilimenti termali possono erogare anche prestazioni di consulenza e assistenza polispecialistica in regime ambulatoriale, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno, senza

necessità di ulteriori autorizzazioni fatto salvo il rispetto dei requisiti previsti per il possesso delle autorizzazioni relative all'esercizio di dette attività».

1.25

Mancini, Russo

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. Gli stabilimenti termali possono erogare anche prestazioni di consulenza e assistenza polispecialistica in regime ambulatoriale, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno, senza necessità di ulteriori autorizzazioni fatto salvo il rispetto dei requisiti previsti per il possesso delle autorizzazioni relative all'esercizio di dette attività».

1.26

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 6, sostituire le parole: «dai propri assistiti» con le seguenti: «dagli assistiti».

1.27

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: «privati accreditati», inserire le seguenti: «ivi incluse le domande relative alle prestazioni di cui all'articolo 1-quater, comma 3, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15».

1.28

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: «nonché degli erogatori privati accreditati», inserire le seguenti: «ivi incluse le domande relative alle prestazioni di cui all'articolo 1-quater, comma 3, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15».

1.29

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 6, dopo il primo periodo, inserire il seguente: «L'erogazione di prestazioni da parte di enti privati accreditati è consentita esclusivamente nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati con la Regione e le province autonome di Trento e Bolzano, in coerenza con il fabbisogno sanitario, la programmazione regionale e i vincoli di sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale».

1.30

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi

Dopo il comma 6, aggiungere i seguenti:

«6-bis. Qualora sia rilevata una scopertura delle dotazioni organiche superiore al 15 per cento dei posti previsti per singola disciplina, profilo professionale medico, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, esperita infruttuosamente ogni altra iniziativa di potenziamento dell'offerta sanitaria istituzionale in area di ricovero e per la specialistica ambulatoriale, ivi compresa l'attività di reclutamento di risorse umane, possono acquisire la disponibilità ad effettuare prestazioni aggiuntive da parte del personale medico in rapporto non esclusivo.

6-ter. La deroga di cui al comma 6-bis può essere autorizzata per un periodo non superare a 12 mesi e, comunque, limitatamente al periodo di scopertura della dotazione organica rilevata nella relativa disciplina in relazione ai parametri di cui al comma 2-bis».

1.31

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi, Satta

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

«6-bis. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere si dotano degli strumenti utili al monitoraggio continuo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in rapporto alle attività programmate e conformate rispetto alla domanda espressa e, ove necessario, predispongono in capo alle Direzioni Sanitarie funzioni atte a misurare i volumi di attività rese

rispetto ai piani approvati inerenti alle strutture sanitarie coinvolte. Ferme restando le prerogative di autonomia professionale e organizzativa dei direttori delle strutture complesse interessate, potranno essere individuate linee operative dedicate e incarichi dirigenziali mirati che confluiscono nel sistema di valutazione delle performance del singolo dirigente secondo i vigenti canoni contrattualmente previsti».

1.32

Russo

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

«6-bis. In considerazione delle nuove responsabilità attribuite ai direttori generali delle aziende sanitarie, le Regioni, nel rispetto dei limiti delle risorse disponibili sul fondo sanitario e in deroga a quanto disposto dall'art. 1, comma 1, lettera c) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2001, n. 319, possono adeguare la retribuzione e il trattamento accessorio dei direttori generali delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli IRCCS pubblici, delle Aziende di coordinamento e delle Agenzie sanitarie regionali, fino al massimo compenso previsto per i dirigenti statali, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

1.33

Murelli, Minasi

Dopo il comma 6 inserire il seguente:

«6-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"».

1.34

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 7, dopo le parole: «afferenza territoriale», inserire le seguenti:«, nonché tra gli psicologi dei servizi ospedalieri e specialistici e quelli di assistenza primaria».

1.35

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

*Al comma 7, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «*nonché tra gli psicologi dei servizi ospedalieri e specialistici e quelli di assistenza primaria».

1.0.1

Murelli, Minasi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 1-bis.

(Disposizioni per la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni di riabilitazione motoria e respiratoria)

1. 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 della presente legge 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. All'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, 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 è incrementato di 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2025».

Art. 2

2.1

Zullo, Satta, Berrino, Mancini

Al comma 1, lettera a), dopo le parole: «dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni», inserire le seguenti: «e dell'aderenza alle terapie farmacologiche».

2.2

Durnwalder, Unterberger, Patton

Al comma 1, lettera f), sopprimere le seguenti parole: «e alle province autonome di Trento e di Bolzano».

2.3

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, lettera f), dopo il numero 4), inserire il seguente:

«4-bis) indirizzi in merito all'acquisto di dispositivi medici in grado di rispondere alle esigenze di riduzione delle liste di attesa, dei tempi di degenza e riabilitazione;».

2.4

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 1, lettera f), dopo il punto 4), inserire il seguente:

«4-bis) indirizzi in merito all'acquisto di dispositivi medici in grado di rispondere alle esigenze di riduzione delle liste di attesa, dei tempi di degenza e riabilitazione;».

2.5

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole: «delle associazioni dei pazienti», inserire le seguenti: «, i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative».

2.6

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 2, sostituire le parole: «dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche», con le seguenti: «delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche».

2.7

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole: «maggiormente rappresentativi», inserire le seguenti: «, nonché le OO.SS. comparativamente più rappresentative».

2.0.1

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 2-bis.

(Misure in materia di appropriatezza delle prescrizioni)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente disegno di legge, 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 e in collaborazione con l'AGENAS e l'ISS, adotta il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA), di seguito denominato Piano.

2. Il Piano ha cadenza triennale e definisce le azioni e gli strumenti finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di cui al presente disegno di legge, in particolare:

a) sul versante della domanda, prevede 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 delle quali prevede sistemi di prescrizione guidata che facilitano il prescrittore al momento della richiesta di prestazioni;

b) sul versante dell'offerta, prevede metodologie per lo studio del fabbisogno di supporto alla programmazione delle prestazioni sanitarie da rendere disponibili nei sistemi informativi aziendali. Riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'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 aggiorna l'elenco delle prestazioni da monitorare sulla base di criticità riscontrate dai flussi nazionali e definisce le modalità e le cadenze delle rilevazioni».

Art. 3

3.1

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: «L'accessibilità è garantita a tutti i cittadini e a tal fine sono previsti presidi e accessi sul territorio anche attraverso l'attuazione del decreto ministeriale 77/2022».

3.2

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 3, dopo le parole: «di Trento e di Bolzano», inserire le seguenti: «, i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, e».

3.3

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 3, dopo le parole: «Trento e di Bolzano», inserire le seguenti: «, i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative delle professioni sanitarie».

3.4

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 3, dopo le parole: «Trento e di Bolzano», inserire le seguenti: «i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Dirigenza medica e sanitaria».

3.5

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 3, primo periodo, dopo le parole: «tutela della salute», aggiungere le seguenti: «, nonché le OO.SS. comparativamente più rappresentative».

3.6

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 3, al primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «, nonché le modalità per garantire a tutti l'accessibilità al registro, mediante anche presidi e accessi sul territorio».

3.0.1

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

Dopo l'articolo, aggiungere 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 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 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 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 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 giugno 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 presente legge, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale,

sui risultati conseguiti nel 2023, 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 2023».

Art. 4

4.0.1

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

«Art. 4-bis.

(Disposizioni concernenti prestazioni aggiuntive per le unità operative di pronto soccorso e per le unità di anestesia e rianimazione)

1. Per far fronte alla carenza di personale medico presso le unità operative di pronto soccorso ospedaliero e le unità operative di anestesia e rianimazione salvaguardare la continuità dei relativi servizi e la qualità dei livelli assistenziali, nonché evitare il ricorso alle esternalizzazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale possono concordare con i dirigenti medici e sanitari, l'effettuazione di prestazioni aggiuntive ai sensi e secondo le modalità di cui alla vigente normativa contrattualistica di categoria.

2. Le prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 presso le unità operative di pronto soccorso ospedaliero sono rese da dirigenti medici e sanitari, individuati in base al seguente ordine di priorità:

- a) in servizio nell' unità operativa di pronto soccorso della medesima azienda o ente;
- b) in servizio presso altre unità operative della medesima azienda o ente, purché inquadrati in discipline equipollenti o affini alla Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza;
- c) in servizio presso l'unità operativa di pronto soccorso di altre aziende o enti, previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni;
- d) in servizio presso diverse unità operative di altre aziende o enti, purché inquadrati in discipline equipollenti o affini alla Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni.

3. Le prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 presso le unità operative di anestesia e rianimazione sono rese da dirigenti medici e sanitari, individuati in base al seguente ordine di priorità:

- a) in servizio presso le unità operative di anestesia e rianimazione della medesima azienda o ente;
- b) in servizio presso le unità operative di anestesia e rianimazione di altre aziende o enti della Regione, previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni.

4. Per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di elisoccorso e nelle more degli adempimenti di cui al comma 6 , è possibile ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2019-2021, nonché per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, relativo al personale del comparto sanità.

5. Per l'anno 2025 le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possono ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area sanità del 23 gennaio 2024, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 27, comma 8, del medesimo contratto collettivo nazionale di lavoro, in deroga alla contrattazione, può essere aumentata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nonché per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 9, comma 5, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro - triennio 2019-2021 relativo al personale del comparto sanità, per le quali la tariffa oraria può

essere aumentata fino a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, pari a complessivi 50 milioni di euro per il personale medico e a complessivi 20 milioni di euro per il personale infermieristico per l'anno 2025. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

6. Entro il 30 marzo 2025, è pubblicato, a cura di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale un avviso finalizzato all'individuazione del personale in possesso dei requisiti necessari allo svolgimento del servizio. Con cadenza biennale sono organizzati corsi di formazione e addestramento, per il reclutamento di ulteriori professionalità mediche ed infermieristiche, da assegnare al servizio in via ordinaria.

7. La tardiva attuazione delle disposizioni di cui al comma 6 è oggetto di specifica valutazione dell'organismo regionale indipendente di valutazione.

8. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

9. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 70 milioni di euro per l'anno 2025 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

4.0.2

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 4-bis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) pianifica ed eroga assistenza alle famiglie;

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

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

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

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

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

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

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

9. Gli infermieri di famiglia e di comunità in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge 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-*quiquies*, 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-*quiquies*, 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-*quiquies*, 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 2025 e 2026. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

4.0.3

Murelli

Dopo l'articolo, aggiungere 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 presente 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 1.

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

4.0.4

Nocco, Leonardi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 4-bis.

(Razionalizzazione dei contingenti dei Medici veterinari specialisti ambulatoriali per il contrasto alle epizootie e alle zoonosi sul territorio nazionale)

1.All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, dopo il comma 8-*bis*, aggiungere il seguente:

"8-*ter*. Al fine di potenziare l'organico del personale qualificato per il contrasto e la gestione delle emergenze legate alle epizootie sul territorio nazionale, i medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e ss.mm.ii., che alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del presente comma figurano come titolari di incarico convenzionale a tempo indeterminato, per almeno 29 ore/settimana, presso le AA.SS.LL., comunque denominate, o presso altri enti del S.S.N. (S.S.R., II.RR.CC.SS., II.ZZ.SS.) e in possesso del titolo di specializzazione richiesto per l'accesso alla Area funzionale di destinazione, previo giudizio di idoneità da espletarsi con le procedure del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 luglio 1997 n. 365, a domanda sono inquadrati nei ruoli dirigenziali, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal CCNL dell'Area della Sanità sentita la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Ai medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati che alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del presente comma ancora non hanno maturato/perfezionato i requisiti richiesti dal presente comma, sarà comunque data la possibilità di presentare la domanda fino al 31 dicembre 2025. Le ore di incarico a tempo indeterminato lasciate dai medici veterinari convenzionati che a domanda saranno inquadrati nei ruoli della dirigenza veterinaria ai sensi del presente comma saranno rese indisponibili per la pubblicazione di nuovi incarichi, fatto salvo il possibile utilizzo di quelle strettamente necessarie per l'incremento orario dei turni dei medici veterinari specialisti ambulatoriali già titolari di incarichi a tempo indeterminato con numero di ore irrisorio e comunque al di sotto delle 29 ore di convenzionamento settimanale. Ai medici 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. Relativamente ai criteri adottati per la valutazione ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza veterinaria, nonché ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà quanto già previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001. I criteri adottati per la valutazione dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza ed il loro consequenziale riconoscimento ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà anche ai medici veterinari già specialisti ambulatoriali che negli ultimi cinque anni hanno già instaurato un rapporto di impiego senza soluzione di continuità con il SSN e con gli altri enti alla data dell'accesso nel ruolo della dirigenza veterinaria."».

5.1

Camusso

Sopprimere l'articolo.

5.2

Camusso

Al comma 1, sopprimere le parole: «le parole: "Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale" sono soppresse e».

5.3

Camusso

Al comma 1, sopprimere le parole: «e le parole: "per un massimo di 8 ore settimanali" sono sostituite dalle seguenti: "per un massimo di 10 ore settimanali"».

5.4

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, sostituire le parole: «per un massimo di 10 ore settimanali» con le seguenti: «per un massimo di 32 ore mensili».

5.5

Zampa

Al comma 1, sostituire le parole: «10 ore settimanali» con le seguenti: «32 ore mensili».

5.6

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Al comma 1, sostituire le parole: «per un massimo di 10 ore settimanali» con le seguenti: «per un massimo di 12 ore settimanali».

5.7

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

Dopo il comma 1, inserire i seguenti:

«1-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, come modificate dal comma 1, si applicano anche ai professionisti di area non medica in formazione specialistica iscritti ai corsi di studio afferenti all'area dei servizi di medicina di laboratorio.

1-ter. Per far fronte alla grave carenza di personale sanitario specializzato di area non medica, anche ai fini di cui al comma 2 dell'articolo 12, e dell'articolo 4 del citato decreto-legge n. 34 del 2023, il titolo di laurea (L) in scienze biologiche e il titolo di laurea (L) in scienze e tecnologie chimiche, conseguiti secondo il soppresso ordinamento didattico universitario di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella gazzetta ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, consentono l'iscrizione ai corsi di specializzazione *post* laurea afferenti all'area dei servizi di medicina di laboratorio.

1-quater. Le università, in coerenza con la programmazione ministeriale prevista dall'articolo 1-ter del decreto-legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 marzo 2005, n. 43, possono istituire permanenti e specifiche modalità di erogazione a distanza delle attività didattiche per i corsi di specializzazione *post* laurea di area non medica a beneficio di particolari categorie di soggetti, individuati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, che risultino impossibilitati a frequentare, integralmente o parzialmente, i corsi in presenza a causa di gravi e comprovati motivi personali o familiari. In ogni caso, le disposizioni di cui al periodo precedente si applicano ai soggetti affetti da disabilità pari o superiore all'80 per cento e ai *caregiver* familiari di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205».

Conseguentemente, la rubrica è sostituita dalla seguente: (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici e ai professionisti di area non medica in formazione specialistica, nonché misure per favorire l'iscrizione ai corsi di specializzazione post laurea di area non medica)

5.8

Murelli, Minasi

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. In considerazione della carenza dei medici specializzati in cure termali, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge è rifinanziato il fondo istituito ai sensi dell'articolo 556 della legge 30 dicembre 2020, n. 178. All'attuazione delle presenti disposizioni, pari a 100 mila euro a decorrere dal 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

5.0.1

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

(Misure urgenti in materia di formazione specialistica)

1. Al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 37:

1) al comma 1, il secondo periodo è sostituito dai seguenti: "Il contratto è finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dal profilo specialistico, in conformità alla normativa dell'Unione europea. Per i medici che si iscrivono agli ultimi due anni di corso, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità a quanto previsto dai protocolli di intesa stipulati tra università e regioni e dagli accordi fra le università e le aziende, attuativi delle predette intese, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulano un contratto annuale di formazione-lavoro finalizzato alla specializzazione, disciplinato dal presente decreto legislativo e dalla normativa per essi vigente, per quanto non previsto o comunque per quanto compatibile con le disposizioni di cui al presente decreto legislativo. Il contratto di formazione-lavoro può essere esteso anche agli anni di corso antecedenti agli ultimi due, laddove le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stanziino finanziamenti aggiuntivi. Il contratto di formazione-lavoro è finalizzato al completamento da parte del medico, individuato quale assistente in formazione, dell'acquisizione delle capacità e delle competenze professionali inerenti al profilo specialistico, in conformità alla normativa dell'Unione europea, prevedendo una compartecipazione alle attività presso una delle strutture della rete formativa, ancorché definita nei limiti del livello di autonomia certificata dal medico tutore. In ogni caso il contratto di formazione specialistica e il contratto di formazione-lavoro non danno diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale o dell'università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti";

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

"2. Lo schema-tipo del contratto di formazione specialistica è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali e dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

3) dopo il comma 2, è inserito il seguente:

"2-bis. Lo schema-tipo del contratto di formazione-lavoro è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con i Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché le associazioni nazionali rappresentative della categoria dei medici in formazione specialistica. Con il medesimo decreto sono altresì definiti:

a) l'entità del finanziamento integrativo stanziato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in aggiunta al finanziamento statale, ovvero a eventuali ulteriori risorse pubbliche e private di volta in volta destinate alla formazione medica specialistica, ai fini della copertura degli oneri contrattuali aggiuntivi rispetto ai contratti di formazione specialistica;

b) la disciplina del rapporto tra il numero di medici dipendenti e di assistenti in formazione specialistica, in ragione della compartecipazione di questi ultimi alle attività e alle attività cliniche, assistenziali e organizzative delle strutture nelle quali svolge la formazione."

b) all'articolo 40:

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.".».

5.0.2

Ternullo, Silvestro

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

(Modifica dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, in materia di trattenimento in servizio di dirigenti medici e sanitari e di infermieri del Servizio sanitario nazionale)

1. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, dopo il comma 164-bis è inserito il seguente:

"164-ter: Al fine di non disperdere le professionalità acquisite e fare fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale assunto ai sensi dell'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e dei medici con contratto di formazione specialistica, nonché di fronteggiare la grave carenza di personale ai fini dell'indispensabile raggiungimento dell'obiettivo di abbattimento delle liste d'attesa, in deroga a quanto previsto all'ultimo periodo del comma 164-bis, le amministrazioni di cui al primo ed al secondo periodo del citato comma 164-bis, nel trattenere in servizio, su istanza degli interessati, il personale di cui al predetto comma, in deroga ai limiti previsti, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2025, possono valutare e mantenere i già conferiti incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale, per coloro i quali svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia.".».

5.0.3

Murelli, Minasi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

(Modificazioni alla legge 24 ottobre 2000, n. 323)

1. L'articolo 8 della legge 24 ottobre 2000, n. 323, è sostituito dal seguente: "Art. 8. - (Disposizioni sui rapporti di lavoro e di collaborazione dei medici termalisti) - 1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici i periodi di servizio prestati dai medici con rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione professionale presso le aziende termali private accreditate sono equiparati a quelli prestati presso le strutture e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Ai fini dell'inserimento nelle graduatorie regionali per la medicina generale, l'attività resa presso le aziende termali è equiparata all'attività di continuità assistenziale.

2. Salvo quanto previsto al successivo comma 3, è consentita l'attività di carattere clinico-sanitario presso aziende termali accreditate del medico titolare di un rapporto di lavoro o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, purché nell'ambito di tale Servizio non svolga funzioni di vigilanza o controllo diretti sulle aziende termali e la stessa attività sia prestata dal medico senza vincolo di subordinazione.

3. Con le modalità di cui al precedente comma 2, è consentita l'attività clinico-sanitaria presso le aziende termali accreditate dei medici iscritti alle specializzazioni afferenti le patologie che possono trovare beneficio dalle cure termali, di cui al decreto ministeriale 12 agosto 1992.

4. Per quanto riguarda i medici di medicina generale, l'accordo di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, definisce i criteri sulla base dei quali il rapporto di lavoro o di convenzione degli stessi medici con il Servizio sanitario nazionale non è incompatibile con l'attività prestata presso aziende termali senza vincolo di subordinazione."».

5.0.4

Mancini, Russo

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

«Art. 5-bis.

1. L'articolo 8 della legge 24 ottobre 2000, n. 323, è sostituito dal seguente: "Art. 8. - (*Disposizioni sui rapporti di lavoro e di collaborazione dei medici termalisti*) - 1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici i periodi di servizio prestati dai medici con rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione professionale presso le aziende termali private accreditate sono equiparati a quelli prestati presso le strutture e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Ai fini dell'inserimento nelle graduatorie regionali per la medicina generale, l'attività resa presso le aziende termali è equiparata all'attività di continuità assistenziale.

2. Salvo quanto previsto al successivo comma 3, è consentita l'attività di carattere clinico-sanitario presso aziende termali accreditate del medico titolare di un rapporto di lavoro o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, purché nell'ambito di tale Servizio non svolga funzioni di vigilanza o controllo diretti sulle aziende termali e la stessa attività sia prestata dal medico senza vincolo di subordinazione.

3. Con le modalità di cui al precedente comma 2, è consentita l'attività clinico-sanitaria presso le aziende termali accreditate dei medici iscritti alle specializzazioni afferenti le patologie che possono trovare beneficio dalle cure termali, di cui al decreto ministeriale 12 agosto 1992.

4. Per quanto riguarda i medici di medicina generale, l'accordo di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, definisce i criteri sulla base dei quali il rapporto di lavoro o di convenzione degli stessi medici con il Servizio sanitario nazionale non è incompatibile con l'attività prestata presso aziende termali senza vincolo di subordinazione."».

5.0.5

Ternullo, Silvestro

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

«Art 5-bis.

(Bilancio di sostenibilità per le aziende sanitarie pubbliche)

1. Le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende ospedaliere (AO), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), le aziende ospedaliere universitarie (AOU) e ogni altra azienda del Servizio Sanitario Nazionale sono tenute a predisporre, con cadenza annuale, un bilancio di sostenibilità che riporti in modo dettagliato e trasparente gli impatti economici, sociali e ambientali derivanti dalla loro attività.

2. Il bilancio di sostenibilità è redatto conformemente ai principi internazionalmente riconosciuti del Global Reporting Initiative (GRI) o, in alternativa, quelli dell'International Integrated Reporting Council (IIRC), adattati alle specificità del settore sanitario pubblico. La rendicontazione deve includere i seguenti aspetti:

a) Impatto economico: efficienza nella gestione delle risorse finanziarie, investimenti, costi e benefici per la comunità;

b) Impatto sociale: politiche per il personale, sicurezza sul lavoro, qualità delle cure e servizi erogati, accessibilità e inclusione;

c) Impatto ambientale: consumo di risorse energetiche, gestione dei rifiuti, emissioni di CO₂, politiche di approvvigionamento sostenibile.

3. Il bilancio di sostenibilità è pubblicato entro il 30 giugno di ogni anno, è reso disponibile sui siti istituzionali delle aziende sanitarie di cui al comma 1, ed è trasmesso agli organi di vigilanza competenti. È facilmente accessibile ai cittadini e ai principali stakeholder, inclusi i lavoratori, le associazioni di pazienti e i fornitori.

4. Le aziende sanitarie di cui al comma 1 garantiscono la revisione e la certificazione del bilancio di sostenibilità, garantendo l'accuratezza dei dati riportati e la conformità agli standard adottati.

5. L'obbligo del bilancio di sostenibilità si inserisce in una logica di miglioramento continuo delle prestazioni aziendali, con particolare attenzione alla riduzione degli sprechi, all'incremento dell'efficienza operativa e all'innovazione. Le aziende sanitarie di cui al comma 1 adottano azioni correttive e strategie per migliorare costantemente il proprio impatto economico, sociale e ambientale».

5.0.6

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

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

«Art. 5-bis.

(Potenziamento dell'assistenza sanitaria delle cure primarie)

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

5.0.7

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

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

«Art. 5-bis.

(Disposizioni concernenti il potenziamento dell'assistenza territoriale)

1. 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 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.».

5.0.8

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

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

«Art. 5-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 2025 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 2025 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

5.0.9

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

Dopo l'articolo, aggiungere 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 2025, 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.».

5.0.10

[Ternullo, Silvestro](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate modifiche all'articolo 2, comma 5, del Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, di cui al decreto Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, come modificato dal decreto Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319, al fine di prevedere che:

a) al direttore sanitario e al direttore amministrativo è attribuito un trattamento economico definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale, come definito dalla contrattazione integrativa aziendale, rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa;

b) la regione definisce il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo, tenendo conto delle posizioni in strutture organizzative complesse, in un'ottica di equilibrio aziendale;

c) nel rispetto dei rapporti gerarchici aziendali ed in deroga al limite determinato al secondo periodo dell'articolo 1, comma 5, del decreto Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, come modificato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319, il trattamento economico base annuo del direttore generale è fissato in misura del 20 per cento superiore al trattamento economico massimo attribuito tra il direttore sanitario ed il direttore amministrativo».

5.0.11

[Occhiuto, Ternullo](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate modifiche all'articolo 1, comma 5, secondo periodo, del Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, di cui al decreto Presidente del Consiglio dei

ministri 19 luglio 1995, n. 502, come modificato dal decreto Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319, al fine di prevedere che il trattamento annuo, determinato sulla base delle lettere a), b) e c), del medesimo comma 5, non può essere inferiore a 180.000 euro».

5.0.12

Occhiuto, Ternullo

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 5-bis.

1. 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 settantaduesimo anno di età, per comprovate esigenze assistenziali ovvero attività di ricerca e formazione, non oltre il 31 dicembre 2026, in forza delle quali quest'ultimo si impegna a svolgere attività di tutoraggio in favore di giovani assunti con contratto per ricercatore universitario a tempo determinato di cui all'articolo 24, comma 3, della legge 30 dicembre 2010, n. 240».

Art. 6

6.1

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Sopprimere l'articolo.

6.2

Zampa, Camusso, Furlan, Zambito

Sopprimere l'articolo.

6.3

Zampa

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 6. - (Reclutamento del personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale) - 1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le procedure selettive possono essere svolte con le seguenti modalità, ovvero:

a) concorsi - avvisi pubblici effettuati in contemporanea da singole aziende: l'Azienda o Ente bandisce e svolge singolarmente la procedura;

b) concorsi - avvisi aggregati: un'Azienda o Ente attraverso un unico bando indice, per conto di diverse Aziende, più concorsi per il medesimo profilo, che vengono aggregati e svolti unitariamente ai soli fini procedurali. Il bando indica le Aziende interessate e i relativi posti da coprire e specifica che i candidati possono concorrere per una sola Azienda. La procedura evidenzia in ogni fase la distinzione tra i concorsi / avvisi aggregati e in esito alla stessa ogni azienda dispone della propria graduatoria. Le graduatorie sono approvate dall'Azienda o Ente incaricato della procedura che ne cura, altresì, la pubblicazione; vengono poi consegnate secondo pertinenza a ciascuna Azienda che provvederà al successivo utilizzo.

c) Concorsi - avvisi centralizzati unici: un'Azienda o Ente, bandisce un unico concorso per il medesimo profilo sulla base delle esigenze di una pluralità di Aziende. Il bando indica le Aziende interessate, il numero complessivo dei posti da coprire con l'indicazione della possibilità dei candidati di esprimere preferenze.

2. La prova d'esame è unica e scritta, unitamente alla valutazione dei titoli. La prova orale deve comportare esclusivamente un approfondimento delle materie inerenti alla disciplina nonché dei compiti connessi alla funzione da conferire con contenuto eminentemente pratico. È consentita la prova da remoto.

3. All'esito della prova d'esame è approvata una graduatoria di merito per titoli e punteggi da utilizzare per le assunzioni a tempo indeterminato. Prima dello svolgimento della prova d'esame è approvata una graduatoria per soli titoli da utilizzare per assunzioni di personale a tempo

determinato da impiegare nelle more del completamento delle procedure concorsuali e fino all'immissione in servizio dei vincitori o degli idonei a seguito di scorrimento della graduatoria

4. Le modalità attuative sono disciplinate con decreto del Presidente della Repubblica previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e province autonome, da emanarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge.».

6.4

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 6 - (*Reclutamento del personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale*) - 1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le procedure selettive possono essere svolte con le seguenti modalità:

a) concorsi - avvisi pubblici effettuati in contemporanea da singole aziende: l'Azienda o Ente bandisce e svolge singolarmente la procedura;

b) concorsi - avvisi aggregati: un'Azienda o Ente attraverso un unico bando indice, per conto di diverse Aziende, più concorsi per il medesimo profilo, che vengono aggregati e svolti unitariamente ai soli fini procedurali. Il bando indica le Aziende interessate e i relativi posti da coprire e specifica che i candidati possono concorrere per una sola Azienda. La procedura evidenzia in ogni fase la distinzione tra i concorsi / avvisi aggregati e in esito alla stessa ogni azienda dispone della propria graduatoria. Le graduatorie sono approvate dall'Azienda o Ente incaricato della procedura che ne cura, altresì, la pubblicazione; vengono poi consegnate secondo pertinenza a ciascuna Azienda che provvederà al successivo utilizzo.

c) Concorsi - avvisi centralizzati unici: un'Azienda o Ente, bandisce un unico concorso per il medesimo profilo sulla base delle esigenze di una pluralità di Aziende. Il bando indica le Aziende interessate, il numero complessivo dei posti da coprire con l'indicazione della possibilità dei candidati di esprimere preferenze.

2. La prova d'esame è unica e scritta, unitamente alla valutazione dei titoli. La prova orale deve comportare esclusivamente un approfondimento delle materie inerenti alla disciplina nonché dei compiti connessi alla funzione da conferire con contenuto eminentemente pratico. È consentita la prova da remoto.

3. All'esito della prova d'esame è approvata una graduatoria di merito per titoli e punteggi da utilizzare per le assunzioni a tempo indeterminato. Prima dello svolgimento della prova d'esame è approvata una graduatoria per soli titoli da utilizzare per assunzioni di personale a tempo determinato da impiegare nelle more del completamento delle procedure concorsuali e fino all'immissione in servizio dei vincitori o degli idonei a seguito di scorrimento della graduatoria.

4. Le modalità attuative sono disciplinate con decreto del Presidente della Repubblica previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e province autonome da emanarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge.».

6.5

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 1, sostituire le parole: «attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio, n. 122,» *con le seguenti:* «attraverso rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato, con priorità di stabilizzazione del personale già in servizio».

6.6

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, sostituire le parole: «attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122,» *con le seguenti:* «attraverso rapporti di lavoro subordinato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale».

6.7

Murelli, Minasi

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

1) Al comma 1, dopo le parole: «nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti» aggiungere le seguenti: «di lavoro autonomo»;

2) Dopo il comma 1, inserire il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1:

a) all'articolo 1, comma 268, lettera a), della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le parole "per gli anni 2022, 2023 e 2024" sono sostituite dalle seguenti: "per gli anni 2022, 2023, 2024 e 2025" e le parole "31 dicembre 2024" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2025»»;

b) all'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, le parole: "31 dicembre 2024" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2025";

c) all'articolo 36, comma 4-bis, del decreto-legge 21 giugno 2022, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2022, n. 122, le parole: "31 dicembre 2024" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2025".

6.8

Liris, Satta, Zullo, Mancini

All'articolo apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: «collaborazione coordinata e continuativa», inserire le seguenti: «o libero-professionale»;

b) dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. Le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano possono istituire, senza oneri per il Bilancio dello Stato, una graduatoria permanente unica del personale sanitario libero professionista, aggiornata annualmente, utilizzabile dalle aziende sanitarie locali per individuare il personale sanitario da impiegare in modo temporaneo.».

6.9

Liris, Satta, Zullo, Mancini

Al comma 1, dopo le parole: «collaborazione coordinata e continuativa» inserire le seguenti: «o libero-professionale».

6.10

Sbrollini

Al comma 1, dopo le parole: «collaborazione coordinata e continuativa» inserire le seguenti: «o libero-professionale».

6.11

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, nelle procedure concorsuali per le assunzioni a tempo determinato e indeterminato negli enti del Servizio sanitario nazionale, è riconosciuto un punteggio aggiuntivo a favore del 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.».

6.12

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi, Leonardi, Satta

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, all'articolo 1, comma 268, lettera a), della legge 31 dicembre 2021, n. 234 sostituire le parole: "non oltre il 31 dicembre 2024" con le seguenti parole: "non oltre il 31 dicembre 2025»».

6.13

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi, Satta, Mancini

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, 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"».

6.14

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1, all'articolo 15 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: "31 dicembre 2025", ovunque ricorrano, sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2026"».

6.15

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

«2-bis. Il comma 15, dell'articolo 5, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, si interpreta nel senso che anche al personale medico e sanitario di elevata professionalità assunto dagli enti universitari per l'esercizio delle funzioni direttive si applicano le disposizioni previste per il personale medico, veterinario e sanitario ivi indicato.».

6.16

Mennuni, Zullo, Mancini

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

«2-bis. All'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, le parole: "31 dicembre 2024" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2025"».

6.0.1

Russo, Pogliese, Bucalo, Sallemi, Mancini, Leonardi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 6-bis.

(Disposizioni in materia di assunzione di personale sanitario)

1. Le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale possono accedere alle modalità di reclutamento a tempo determinato e con incarico libero professionale del personale dirigenziale e non del comparto Sanità utilizzando la Piattaforma unica di reclutamento (www.InPA.gov.it).

2. Al fine di favorire e velocizzare le procedure di formazioni degli Elenchi di idonei e, più in generale, le procedure di reclutamento, le Amministrazioni di cui al comma 1 possono avvalersi in via prioritaria del FormezPA per predisporre e organizzare, su richiesta delle amministrazioni, procedure concorsuali e di reclutamento nel pubblico impiego, secondo le direttive del Dipartimento della funzione pubblica.

3. Per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente articolo e il monitoraggio delle attività connesse al suddetto reclutamento, è istituito presso il Ministero della Salute un "Organismo nazionale del reclutamento del personale sanitario" composto da un contingente di n. 7 unità di personale tra esperti in materia di risorse umane in sanità e personale del Ministero della Salute, di nomina del Ministro della Salute. Con decreto del Ministero della Salute, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le modalità di funzionamento del suddetto Organismo.

4. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.».

6.0.2

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

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

«Art. 6-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 2025, 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 presente legge, 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 presente legge, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2023, 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 annui delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2023.».

6.0.3

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

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

«Art. 6-bis.

(Istituzione del Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario per il rafforzamento dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione)

1. Al fine di garantire la salute pubblica, la sicurezza e l'incolumità degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie e far fronte alla grave carenza di personale 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 per il rafforzamento dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione", con una dotazione finanziaria pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, 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 presente legge, sono individuate le modalità di utilizzo del Fondo nonché i criteri di riparto delle risorse assegnate.

3. Agli oneri del presente articolo si provvede mediante il proporzionale incremento delle aliquote delle accise applicabili alle sigarette di cui agli articoli 39-bis, comma 1, lettera b) e 39-octies del decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, per un importo pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.».

6.0.4

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

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

«Art. 6-bis.

(Disposizioni in materia di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

1. All'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla rubrica la parola "sanitario" è sostituita dalle seguenti: "del servizio sanitario nazionale".

b) al comma 1, primo periodo, le parole "e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2" sono soppresse;

c) il comma 2 è sostituito dal seguente: "Per consentire alle regioni e alle province autonome di indirizzare e coordinare la spesa dei propri enti del servizio sanitario e al fine, in particolare, di garantire l'applicazione di standard minimi di personale omogenei presso tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle aziende ed enti del SSN sono approvati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano in conformità alla predetta metodologia";

d) al comma 3, le parole da "Fino all'adozione" a "al comma 2" sono soppresse.».

6.0.5

Zullo, Satta, Berrino, Russo

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

«Art. 6-bis.

(Misure per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario anche in stato di quiescenza)

1. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali per il recupero delle liste d'attesa, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nei limiti di spesa consentiti per il personale degli enti medesimi dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e successive modifiche e integrazioni, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore:

a) in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, possono avvalersi di personale delle professioni sanitarie, come individuate dall'articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, e dalla legge 18 febbraio 1989, n. 56, e degli operatori sociosanitari, nonché di medici specializzandi, regolarmente iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all'articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, eventualmente prorogabili per straordinarie esigenze connesse al recupero delle liste d'attesa. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico-specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta. Il periodo di attività è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti;

b) in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, verificata l'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con durata non superiore a sei mesi, eventualmente prorogabili per straordinarie esigenze connesse al recupero delle liste d'attesa, ai dirigenti medici collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in

conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza. Agli incarichi di cui al presente comma non si applica l'incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico di cui all'articolo 14, comma 3, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26».

6.0.6

Zullo, Satta, Berrino, Mancini, Russo

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

«Art. 6-bis.

(Misure per l'assunzione dei medici specializzandi)

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 Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le aziende e gli enti del SSN possono conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico ai medici specializzandi, iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione.
2. Gli incarichi di cui al comma 1 sono conferiti previa selezione, per titoli o colloquio orale o per titoli e colloquio orale, attraverso procedure comparative che prevedono forme di pubblicità semplificata, quali la pubblicazione dell'avviso solo nel sito internet dell'azienda che lo bandisce e per una durata minima di cinque giorni, hanno la durata di un anno e non sono rinnovabili. I predetti incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, possono essere conferiti sino al 31 dicembre 2025, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico-specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta. Il periodo di attività dei medici specializzandi è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. Per la spesa relativa all'esercizio 2024 e 2025 si provvede nei limiti previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale a carico del Fondo Sanitario Nazionale.».

6.0.7

Zampa, Camusso, Furlan, Zambito

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

«Art. 6-bis.

(Componenti delle commissioni concorsuali)

1. L'incarico di componente la commissione di concorso per il reclutamento della dirigenza medica e sanitaria si considera attività di servizio a tutti gli effetti di legge, qualunque sia l'amministrazione che l'ha conferito; tale incarico non può essere rifiutato dal dipendente salvo comprovati e gravi motivi personali o casi di incompatibilità previsti dalla legge. Fermo restando il limite di cui all'articolo 23-ter del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, la disciplina di cui all'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 non si applica ai compensi dovuti al personale dirigenziale per l'attività di presidente o di componente della commissione esaminatrice.
2. L'articolo 35, comma 3, lettera e), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, relativamente alla parte "che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali" non si applica alla dirigenza sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,".
3. I componenti delle commissioni sono sorteggiati tra gli iscritti nei ruoli nominativi regionali ove esistenti ovvero fra i dirigenti di secondo livello e i dirigenti responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale in servizio presso le strutture sanitarie ubicate nel territorio della regione.».

6.0.8

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

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

«Art. 6-bis.

(Componenti le commissioni concorsuali)

1. L'incarico di componente la commissione di concorso per il reclutamento della dirigenza medica e sanitaria si considera attività di servizio a tutti gli effetti di legge, qualunque sia l'amministrazione che l'ha conferito; tale incarico non può essere rifiutato dal dipendente salvo comprovati e gravi motivi personali o casi di incompatibilità previsti dalla legge. Fermo restando il limite di cui all'articolo 23-ter del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, la disciplina di cui all'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non si applica ai compensi dovuti al personale dirigenziale per l'attività di presidente o di componente della commissione esaminatrice.

2. L'articolo 35, comma 3, lettera e) del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, relativamente alla parte "che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali" non è applicabile alla dirigenza sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. I componenti le commissioni sono sorteggiati tra gli iscritti nei ruoli nominativi regionali ove esistenti ovvero fra i dirigenti di secondo livello e i dirigenti responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale in servizio presso le strutture sanitarie ubicate nel territorio della regione.».

6.0.9

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

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

«Art. 6-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 di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, 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, nei limiti dell'importo complessivo di 100 milioni di euro annui a decorrere dal 2025.

3. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive dal personale del Sistema di Emergenza Territoriale 118, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento, nei limiti dell'importo complessivo di 15 milioni di euro annui a decorrere dal 2025.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 165 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, 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 presente legge, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2023, 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 2025 un incremento di almeno 165 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2023.».

6.0.10

Satta, Mancini, Zullo

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

«Art. 6-bis.

(Disposizioni per il potenziamento dell'offerta assistenziale)

1. Al fine di favorire la produttività e l'aumento del volume delle prestazioni, specie di tipo chirurgico, 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 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 per cento 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 tutto il personale medico."».

6.0.11

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Floridia

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

«Art. 6-bis.

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

1. Al fine 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 sulla formazione extra-rete per un periodo non superiore a 18 mesi, da computarsi separatamente rispetto ad altri periodi dello stesso tipo già svolti dallo specializzando durante il contratto di formazione specialistica";

c) il quarto periodo è sostituito dal seguente: "Ai fini della durata complessiva del contratto di cui al presente comma, sono fatti salvi, i periodi di sospensione previsti dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, mentre non determinano interruzione della formazione e non devono essere recuperate, le assenze dovute alla fruizione dei congedi di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, entro un limite massimo di sei mesi";

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.»

6.0.12

Zampa, Camusso, Furlan, Zambito

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

«Art. 6-bis.

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

1. Al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, al comma 548-bis, dell'articolo 1 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 del 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 decreto interministeriale n. 402 del 2017 sulla formazione extra-rete per un periodo non superiore a 18 mesi, da computarsi separatamente rispetto ad altri periodi dello stesso tipo già svolti dallo specializzando durante il contratto di formazione specialistica";

c) il quarto periodo è sostituito dal seguente: "Ai fini della durata complessiva del contratto di cui al presente comma, sono fatti salvi, i periodi di sospensione previsti dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, mentre non determinano interruzione della formazione e non devono essere recuperate, le assenze dovute alla fruizione dei congedi di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, entro un limite massimo di sei mesi";

d) all'undicesimo periodo, dopo le parole "primo periodo", sono aggiunte 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.».

6.0.13

Zampa, Camusso, Furlan, Zambito

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

«Art. 6-bis.

(Modifica all'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401)

1. All'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

«1-bis. In conformità a quanto previsto dall'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, agli specializzandi di cui al comma 1 è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo per tutta la durata legale del corso. Tale trattamento è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, determinato ogni tre anni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici e 2024-2025 e 2025-2026 la parte variabile non può eccedere il 15 per cento di quella fissa e la parte fissa non è inferiore a euro 22.700 annui lordi. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle università presso cui operano le scuole di specializzazione. Alla ripartizione e all'assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione degli specialisti di cui al comma 1 per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze.

1-ter. Agli specializzandi di cui al comma 1 si applicano per quanto compatibili, le disposizioni di cui al titolo VI capo I del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e le disposizioni di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e successive modificazioni.

1-*quater*. L'articolo 2-*bis* del decreto-legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2016, n. 89, è abrogato.»

2. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

6.0.14

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

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

«Art. 6-bis.

(Modifica all'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401)

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, sono aggiunti i seguenti commi: "1-*bis*. In conformita` a quanto previsto dall'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, agli specializzandi di cui al comma 1 è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo per tutta la durata legale del corso. Tale trattamento è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, determinato ogni tre anni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici e 2024-2025 e 2025-2026 la parte variabile non può eccedere il 15 per cento di quella fissa e la parte fissa non è inferiore a euro 22.700 annui lordi. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle università presso cui operano le scuole di specializzazione. Alla ripartizione e all'assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione degli specialisti di cui al comma 1 per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze.

1-*ter*. Agli specializzandi di cui al comma 1 si applicano per quanto compatibili, le disposizioni di cui al titolo VI capo I del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e le disposizioni di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e successive modificazioni.

1-*quater*. L'articolo 2-*bis* del decreto-legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2016, n. 89, è abrogato.

1-*quinquies*. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante i risparmi di spesa derivanti dalle risorse provenienti dalle borse di studio non assegnate nell'area medica."»

6.0.15

Pogliese, Russo, Bucalo, Sallemi, Satta, Mancini

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

«Art. 6-bis.

(Disposizioni relative all'esercizio della professione di farmacista)

1. Per i laureati in Farmacia e Farmacia Industriale abilitati all'esercizio della professione di farmacista, è abolito il requisito della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente sanitario farmacista del Servizio sanitario nazionale.

2. La lettera *b*), del comma 1, dell'articolo 32 del regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483, è abrogata.».

6.0.16

Scurria, Leonardi, Mancini

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

«Art. 6-bis.

(Modifiche alla legge 21 ottobre 2005, n. 219)

1. Al comma 3 dell'articolo 12 della legge 21 ottobre 2005, n. 219, le parole: "tra i medici, non dipendenti dall'Istituto, in possesso di comprovata esperienza in materia gestionale-organizzativa e trasfusionale" sono sostituite dalle seguenti: "tra dirigenti, anche non dipendenti dall'Istituto, con adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo della programmazione delle attività sanitarie".».

6.0.17

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

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

«Art. 6-bis.

(Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale della Polizia di Stato dedicato al rafforzamento della sicurezza delle strutture sanitarie)

1. Allo scopo di garantire la salute pubblica, la sicurezza e l'incolumità del personale esercente la professione sanitaria e socio-sanitaria, sono assicurati presidi della Polizia di Stato nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, pubbliche e private.

2. Ai fini dell'attuazione del comma 1, è istituito, presso il Ministero dell'interno, un Fondo denominato "Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale della Polizia di Stato dedicato al rafforzamento della sicurezza delle strutture sanitarie" con una dotazione finanziaria pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 da destinare all'assunzione di personale, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

3. Con decreto del Ministero dell'intero, di concerto con il Ministero della salute e con la Conferenza Stato regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge sono individuate le modalità di utilizzo del Fondo nonché i criteri di riparto delle risorse assegnate, con particolare riferimento al numero di soggetti annui da assumere e alla qualifica professionale nonché alla media di accessi annui alle strutture sanitarie, alla carenza del personale e al rapporto dell'indice di criminalità dei territori.

4. Agli oneri del presente articolo, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

6.0.18

[Russo](#), [Pogliese](#), [Bucalo](#), [Sallemi](#)

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

«Art. 6-bis.

(Misure di sostegno per i prodotti destinati a soggetti malati o ospedalizzati)

1. Al numero 80) della tabella A, parte III, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, dopo le parole "del 23 luglio 1987." sono aggiunte le seguenti: "Alimenti a Fini medico Speciali (AFMS), indipendentemente dalla forma in cui sono presentati e commercializzati e indipendentemente dalla classificazione doganale."».

Art. 7

7.1

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

Sostituire i commi 1 e 2 con il seguente:

«1. Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, 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, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano indicano entro il 31 marzo 2025, nel limite di spesa di 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 123 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigenti e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, indicano, procedure

concorsuali straordinarie per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie ed infermieristiche, necessario a far fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale.»

Conseguentemente, sostituire la Rubrica con la seguente: «Disposizioni concernenti l'abbattimento delle liste di attesa».

7.2

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

Sostituire i commi 1 e 2 con i seguenti:

«1. Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono acquistare prestazioni aggiuntive in regime libero professionale dai professionisti delle aziende sanitarie, riservando al cittadino solo l'eventuale compartecipazione al costo, nel limite di spesa di 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 123 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

2. Le direzioni generali delle strutture sanitarie di cui al comma 1, hanno il compito di verificare preventivamente all'acquisto di prestazioni in intramoenia il corretto rapporto dei volumi di attività tra attività istituzionale e libera professione così come previsto dal decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere promuovono la massima divulgazione dei percorsi di cui può disporre il cittadino, per poter accedere alle prestazioni aggiuntive svolte in intramoenia dai professionisti di cui al comma 1, in caso di mancato rispetto delle tempistiche di accesso alle prestazioni.»

Conseguentemente, sostituire la Rubrica con la seguente: «Disposizioni concernenti l'abbattimento delle liste di attesa».

7.3

[Camusso](#)

Al comma 1, sostituire le parole: «di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026» con le seguenti: «di 0,5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026.»

7.4

[Minasi, Murelli](#)

Sostituire il comma 2 con il seguente:

«2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso o inserite nella rete dell'emergenza-urgenza nonché nelle reti cliniche tempo-dipendenti, conseguenti all'accesso o trasferite da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio.»

7.0.1

[Romeo, Murelli, Minasi](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 7-bis.

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

1. Al fine di uniformare la revisione complessiva della disciplina relativa all'accreditamento istituzionale, alle procedure di individuazione dei contraenti e alla stipula degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale a norma degli articoli 8-*quater*, comma 7 e 8-*quinqies*, comma 1-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificate dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, e del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31

dicembre 2022, adottato ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge con decreto del Ministro della salute è istituito un tavolo paritetico di confronto tra regioni e ministero per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale in coerenza con la normativa vigente in materia di concorrenza ed, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e` definito con la più ampia partecipazione delle amministrazioni territoriali in attuazione del principio di leale collaborazione, il nuovo sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari secondo i seguenti principi:

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 alle regole del sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA) e delle strutture ospedaliere pubbliche e private al sistema di emergenza urgenza preospedaliero e ospedaliero, proporzionalmente alle risorse assegnate e secondo principio di aderenza territoriale nella gestione delle patologie tempo dipendenti;

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 delle forme e condizioni particolari di autonomia previste ai sensi dell'articolo 116, comma terzo, della Costituzione, ovvero in applicazione di un modello di riferimento adottato dall'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 di prevenzione e appropriatezza tecnologica e procedurale ad un aumento della produzione 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.

f) prevedere che le regioni possano mettere a contratto nuove strutture private accreditate previa selezione meritocratica con criteri oggettivi e trasparenti di valutazione comparativa.

2. All'articolo 8-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al comma 3, le parole "La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie" sono sostituite con le seguenti: "Le disposizioni di cui all'articolo 8-*ter* valgono anche per le strutture e le attività sociosanitarie, mentre l'applicazione degli articoli 8-*quater* e 8-*quinquies* è limitata alle strutture sanitarie, nelle more dell'attuazione della delega legislativa di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33."».

Art. 8

8.0.1

Murelli, Minasi

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

«Art. 8-bis.

(Misure di prevenzione e diagnosi dell'obesità adulta e infantile nell'ambito della farmacia dei servizi)

1. All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, dopo la lettera e-*quater*) è aggiunta la seguente:

"e-*quinquies*) l'erogazione da parte del farmacista del servizio di misurazione dell'indice di massa corporea (BMI - Body Mass Index) al fine di identificare e prevenire l'insorgenza dell'obesità in età adulta e infantile."».

8.0.2

Zullo, Mancini, Leonardi, Berrino, Satta

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

«Art. 8-bis.

(Misure di prevenzione e diagnosi dell'obesità adulta e infantile nell'ambito della farmacia dei servizi)

1. All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, dopo la lettera e-quater) è aggiunta la seguente: "e-quinquies) l'erogazione da parte del farmacista del servizio di misurazione dell'indice di massa corporea (BMI-BODY MASS INDEX) al fine di identificare e prevenire l'insorgenza dell'obesità in età adulta e infantile.".».

8.0.3

Russo, Liris, Pogliese, Bucalo, Sallemi

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

«Art. 8-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-*bis*;

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.».

Art. 9

9.1

Silvestro, Ternullo

Al comma 1 premettere il seguente:

«01. All'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, al secondo periodo, le parole: "e private", sono sostituite con le seguenti: "e, su base volontaria, delle strutture private".».

9.2

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Al comma 1, dopo le parole: «, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale,» inserire le seguenti: «e in conformità a quanto previsto dal decreto 23 maggio 2022, n. 77,».

9.3

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

Dopo il comma 2, aggiungere i seguenti:

«2-*bis*. I laboratori del Servizio sanitario nazionale, per contribuire alla riduzione dei ritardi nell'accesso da parte dei pazienti alle visite specialistiche per mancanza di disponibilità degli esami diagnostici relativi alla medicina di laboratorio e per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di

cui all'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, al fine di implementare la loro capacità produttiva, possono avvalersi della collaborazione dei professionisti di area non medica in formazione specialistica iscritti ai corsi di studio afferenti all'area dei servizi di medicina di laboratorio, ivi compresi i professionisti di cui al comma 3 dell'articolo 5, tramite incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, per la validazione e la firma dei referti, nonché per l'esecuzione delle indagini diagnostiche.

2-ter. Nei laboratori del Servizio sanitario nazionale, ai professionisti di cui al comma 3 dell'articolo 5 che conseguono il titolo di specializzazione è, altresì, consentito, in relazione al titolo di laurea (L) posseduto, l'esercizio delle attività professionali di cui all'articolo 3 della legge 24 maggio 1967, n. 396, all'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328, e di cui all'articolo 36 del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328.»

9.0.1

[Marti, Murelli, Minasi](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 9-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 presente legge, 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.».

9.0.2

[Liris, Zullo, Satta](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 9-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 presente legge, 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.»

Art. 10

10.1

[Spelgatti, Murelli, Minasi](#)

Sopprimere il comma 2.

10.2

[Murelli, Minasi](#)

Al comma 2, sostituire le parole: «e ai direttori di struttura complessa» con le seguenti: «, ai direttori di struttura complessa, nonché ai direttori sociosanitari qualora nell'ordinamento regionale di appartenenza la Direzione sociosanitaria sia responsabile, direttamente o indirettamente, anche di attività ambulatoriali e di ricovero rientranti nel Piano nazionale di Governo delle liste di attesa,».

10.3

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

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. 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.».

10.4

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

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-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".».

10.0.1

[Zullo, Satta, Mancini](#)

Dopo l'articolo aggiungere il seguente:

«Art. 10-bis.

All'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 10 è inserito il seguente: "10-bis. Al fine di ridurre ulteriormente la pressione sulle liste di attesa, con Decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disciplina, viene modificato il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009, al fine di determinare la soglia della quota di risorse che i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, devono vincolare per l'erogazione di prestazioni ai propri assistiti non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, al netto delle spese gestionali, in misura non inferiore al 40 per cento, e in ogni caso non inferiore a una percentuale individuata rispetto all'ammontare complessivo dei contributi annualmente dovuti ai fondi e agli enti, casse e società di mutuo soccorso medesimi dagli iscritti. Il Decreto del Ministro della salute stabilisce, altresì, le disposizioni attuative della presente disciplina.".».

10.0.2

[Zullo, Satta, Mancini](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 10-bis.

All'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 10 è inserito il seguente: " 10-bis. Al fine di ridurre ulteriormente la pressione sulle liste di attesa, con Decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disciplina, viene modificato il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27 ottobre 2009, al fine di integrare le prestazioni per la cui erogazione 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 vincolare almeno il 40 per cento delle proprie risorse, includendovi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni di prevenzione primaria e secondaria che non siano a carico del Servizio sanitario nazionale, ulteriori prestazioni sanitarie per persone non autosufficienti, prestazioni soggette al pagamento del ticket sanitario, prestazioni erogabili in regime di libera-professione intramoenia, l'acquisto di farmaci.".».

10.0.3

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

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 10-bis.

(Modifica all'articolo 1 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, in materia di professioni sanitarie)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, all'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, 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,".».

10.0.4

Murelli, Minasi

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

«Art. 10-bis.

(Modifica all'art. 1 della legge 26 febbraio 1999, n. 42 in materia di professioni sanitarie)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, all'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, 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,».

10.0.5

Liris, Zullo, Satta, Russo

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

«Art. 10-bis.

(Misure per garantire l'accesso alle cure per persone affette da psoriasi)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa e garantire una corretta ed efficace presa in carico delle persone affette da psoriasi, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano assicurano ai pazienti un accesso equo ed omogeneo alle cure, attraverso l'integrazione di strumenti digitali, anche sulla base di eventuali soluzioni avviate in via sperimentale presso centri ospedalieri dedicati.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano implementano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, ove già definiti, gli appositi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).»

10.0.6

Zullo, Satta, Mancini

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

«Art. 10-bis.

(Utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia)

1. All'articolo 30-bis del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito con modificazioni dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, dopo il comma 1 aggiungere il seguente: "1-bis. Al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, dopo l'articolo 44-bis aggiungere il seguente:

"44-ter

(Disposizioni in materia di certificazione di malattia con modalità di telemedicina)

1. La modalità di visita con strumenti di telemedicina soddisfa il criterio della constatazione diretta da parte del medico, ai fini del rilascio della certificazione di malattia. Le visite mediche del medico certificatore finalizzate a verificare lo stato di malattia di un lavoratore che si assenta dal proprio impiego possono essere effettuate anche in modalità di telemedicina;

2. Il Ministro della Salute, con proprio decreto da adottarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Stato - Regioni, modifica le 'Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina', aggiungendo dopo l'ultimo periodo del capitolo 'Opportunità e ambiti di applicazione della telemedicina' le seguenti parole: "Le visite per la certificazione di malattia possono essere svolte dai medici certificatori, anche attraverso strumenti di telemedicina".».

Art. 11

11.1

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Sostituire l'**articolo**, con il seguente:

«Art. 11-bis.

(Disposizioni concernenti la formazione medica per la cura e il benessere dei detenuti negli istituti penitenziari)

1. Al fine di garantire la diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti detenuti negli istituti penitenziari e un'adeguata risposta ai crescenti bisogni di salute nonché di migliorarne le condizioni di vita e di fronteggiare la mancanza di personale sanitario con formazione specifica, i medici specializzandi iscritti al penultimo e ultimo anno di specializzazione devono effettuare un periodo di formazione specifica.

2. Con decreto del Ministero dell'Università e della ricerca, di concerto con il Ministero della Salute, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono individuate le modalità di espletamento delle attività di tirocinio, il numero complessivo di ore, i requisiti e i crediti formativi, per conseguire le principali competenze sanitarie nell'approccio al paziente detenuto.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.2

Camusso

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: «n. 44», «n. 36», «n. 34» e «n. 100» con le seguenti: «n. 88», «n. 72», «n. 68» e «n. 200» e le parole: «n. 7», «n. 6», «n. 6» e «n. 14 » con le seguenti: «n. 14», «n. 12, », «n. 12» e «n. 28».»

Conseguentemente, al comma 2, sostituire le parole: «pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026," con le seguenti: "36.386.040 per l'anno 2025 e a euro 42.185.644 annui a decorrere dall'anno 2026,».

11.3

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Al comma 1, lettera a), dopo la parola: «psichiatrica», inserire le seguenti: «, terapisti delle neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, dietisti e assistenti sanitari,».

11.0.1

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

«Art. 11-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 presente 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, 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 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.».

11.0.2

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

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

«Art. 11-bis.

(Disposizioni per il potenziamento delle prestazioni erogate dalla funzione aziendale della Psicologia)

1. Al fine di potenziare l'intervento del SSN a tutela del benessere psicologico e per il contrasto al disagio psicologico in particolare delle giovani generazioni le Regioni completano l'istituzione della funzione aziendale di Psicologia di cui dall'articolo 20-*bis*, comma 1, del decreto legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, al fine ottimizzare l'utilizzo ottimale della risorsa professionale degli psicologi, anche prevedendo, laddove non sia stato già deliberato con norma regionale, il servizio di psicologia di assistenza primaria, reclutando gli psicologi mediante le procedure di cui all'articolo 7 della presente legge nelle more dell'adozione di una normativa nazionale in materia.

2. Al fine di ridurre i tempi di attesa e l'appropriatezza degli interventi le prestazioni di competenza della professione sanitaria di psicologo in virtù della legge 18 febbraio 1989, n. 56, ivi incluse quelle previste nei Livelli Essenziali di Assistenza, possono essere prescritte anche da iscritti all'albo degli Psicologi aventi rapporto di dipendenza, convenzione o collaborazione con il SSN, su ricetta dematerializzata del Sistema tessera sanitaria, al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale qualora rientrino in quelle garantite dal SSN o su ricetta bianca negli altri casi.»

11.0.3

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

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

«Art. 11-bis.

(Misure a sostegno del benessere psicologico)

1. All'articolo 1-*quater*, comma 3, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, le parole "fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi" sono sostituite dalle seguenti: "erogate da specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi e da centri medici autorizzati. Ai fini dell'erogazione del contributo sono eleggibili le sessioni erogate nello studio del professionista o tramite piattaforme digitali.».

11.0.4

[Sbrollini](#)

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

«Art. 11-bis.

(Bonus psicologo)

1. L'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1-*quater*, comma 3, quinto periodo, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, è incrementata di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. L'incremento di cui al periodo precedente sono impiegate per le medesime finalità indipendentemente dal valore ISEE dei soggetti richiedenti.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.5 Sbrollini

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

«Art. 11-bis. (Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

1. All'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, le parole: "e di 15.000.000 euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026" sono sostituite dalle seguenti: "15 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025".».

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 15 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

11.0.6 Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

«Art. 11-bis. (Modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502")

1. Al fine di garantire l'appropriatezza e la specificità delle prescrizioni di dispositivi acustici e di semplificarne le modalità di fornitura in conseguenza del processo di adattamento individuale alle specifiche esigenze del paziente in capo al professionista audioprotesista, gli ausili individuati con i codici riportati nell'Allegato 1 della presente legge sono inseriti nell'elenco 1 dell'allegato 5 al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

2. Nell'elenco 2A del medesimo allegato 5 sono soppressi i codici riportati nell'allegato 1 alla presente legge.

3. Con decreto del Ministero della Salute, da emanare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base di un accordo con le associazioni maggiormente rappresentative delle aziende e dei professionisti audioprotesisti riconosciute dal Ministero della Salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, vengono definite le modalità per la fornitura dei dispositivi acustici di cui all'Allegato 1 e delle relative prestazioni professionali.

4. Fino alla data di approvazione del decreto di cui al comma 3, e comunque fino alla pubblicazione del nuovo Nomenclatore tariffario relativo al DPCM 12 gennaio 2017, per le modalità di erogazione delle prestazioni e degli ausili di cui al comma 1 continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 27 agosto 1999, n. 332."

Conseguentemente aggiungere il seguente:

"Allegato 1;
Codici di dispositivi acustici
22.06.00 ausili per udito
22.06.09 apparecchi acustici ad occhiale
22.06.09.003/006/009/012
22.06.15 apparecchi acustici retro auricolari
22.06.15.003/006/009/012
Apparecchi acustici digitali
2206.15.018 per minori
22.06.15.021 per adulti
Accessori auricolari
Accessori per via aerea 22.06.91.103; 22.06.91.106
Accessori per via ossea 22.06.91.109; 22.06.91.115; 22.06.91.121".

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede, nel limite massimo di 22 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dell'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.7

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

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

«Art. 11-bis.

(Agevolazioni fiscali per contrastare la diffusione della miopia dei bambini e dei preadolescenti)

1. Al fine di contrastare la diffusione della miopia dei bambini e dei preadolescenti, è riconosciuto, nel limite di 50 milioni di euro per l'anno 2025, un credito di imposta, pari al 50% delle spese sostenute e documentate nel medesimo anno solare, relativo all'acquisto di lenti da vista con tecnologia D.I.M.S. finalizzato al trattamento e alla gestione della miopia.
2. Il credito di cui al primo periodo, che non concorre alla determinazione del reddito complessivo ai fini dell'articolo 8 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è corrisposto per i figli di età inferiore a 14 anni e a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente l'importo sia in una condizione economica corrispondente a un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente, stabilito ai sensi del regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159, non superiore a 40.000 euro annui. Nella determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente utile ai fini del riconoscimento dell'importo di cui al presente comma non rilevano le erogazioni relative all'assegno unico e universale di cui al decreto legislativo 29 dicembre 2021, n. 230.
3. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede, nel limite massimo di 50 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dell'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.8

Sbrollini

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

«Art. 11-bis.

(Fondo in favore dei malati fibromialgici)

1. Nelle more del riconoscimento della Fibromialgia come malattia invalidante e del suo inserimento tra le malattie che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le relative prestazioni sanitarie di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, a decorrere dal 1° gennaio 2025, ai malati di fibromialgia, diagnosticata da strutture appartenenti al servizio sanitario nazionale pubblico, è erogato un contributo a fondo perduto pari ad euro 1.000 annui, a fronte delle spese sostenute o da sostenere per le cure e i trattamenti prescritti.

2. Nello stato di previsione del Ministero della Salute è istituito il Fondo in favore dei malati fibromialgici, con una dotazione pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, che costituisce tetto di spesa. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, individua le spese ammissibili per la concessione del contributo e le modalità di erogazione del contributo di cui al comma 1».

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a ai 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispettiva riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

11.0.9

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

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

«Art. 11-bis.

(Piano di screening del portatore sano per l'identificazione precoce del rischio di fibrosi cistica)

1. Il Ministro della salute, con decreto da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentiti 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, prevede la messa in atto di modelli sperimentali, nel limite di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, di *screening* del portatore sano per l'identificazione precoce del rischio di fibrosi cistica.

2. Agli oneri di cui al comma 1, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.10

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

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

«Art. 11-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 presente legge, 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.».

11.0.11

Liris, Zullo, Satta

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

«Art. 11-bis.

(Congedo non retribuito per i caregiver di pazienti con gravi patologie)

1. Il comma 2, dell'articolo 4, della legge 8 marzo 2000, n. 53 è sostituito dal seguente: "2. I dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, fra i quali le patologie individuate ai sensi del comma 4, un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a cinque anni. Durante tale periodo il dipendente conserva il posto di lavoro, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcun tipo di attività lavorativa. Il congedo non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali; il lavoratore può procedere al riscatto, ovvero al versamento dei relativi contributi, calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria."».

11.0.12

Liris, Zullo, Satta

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

«Art. 11-bis.

(Congedi per chi assiste persone affette da malattie oncologiche)

1. All'articolo 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53" apportare le seguenti modificazioni:

a) dopo le parole "ha diritto a fruire del congedo uno dei fratelli o delle sorelle conviventi" inserire le seguenti: "ovvero residente nello stesso comune";

b) dopo le parole: "ha diritto a fruire del congedo il parente o l'affine entro il terzo grado convivente" inserire le seguenti: "ovvero residente nello stesso comune".».

11.0.13

Sbrollini

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

«Art. 11-bis.

(Permessi di lavoro per visite, esami strumentali e cure mediche)

1. I dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati, affetti da malattie oncologiche o da malattie invalidanti o croniche, anche rare, individuate con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente articolo, previa prescrizione da parte del medico di medicina generale o di un medico specialista operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, possono fruire, in aggiunta ai benefici previsti dalla normativa vigente e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, di ulteriori dieci ore annue di permesso retribuito per visite, esami strumentali, analisi chimico-cliniche e microbiologiche nonché cure mediche frequenti. Nel caso di paziente minore di età, le ore di permesso sono attribuite al genitore che lo accompagna.

2. Per la fruizione delle ore di permesso aggiuntive di cui al comma 1:

a) nel settore privato, il datore di lavoro domanda il rimborso degli oneri a suo carico all'ente previdenziale;

b) nel settore pubblico, le amministrazioni provvedono alla sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche nonché del personale per il quale è prevista la sostituzione obbligatoria nel rispetto della contrattazione collettiva nazionale.

3. I lavoratori di cui all'articolo 1, comma 1, possono richiedere l'esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile, ove compatibile, per il periodo in cui gli stessi lavoratori si sottopongono alle cure e ai controlli periodici successivi alla malattia (follow up). La lavoratrice o il lavoratore che richiede di fruire del lavoro agile non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro. Qualunque misura adottata in violazione del precedente periodo è da considerare ritorsiva o discriminatoria e, pertanto, nulla.

4. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, valutati in 52 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

5. In caso di fruizione irregolare, le somme revocate e riscosse sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate alla medesima finalità di spesa.»

11.0.14

Murelli, Marti, Minasi

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

«Art. 11-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.».

11.0.15

[Murelli, Marti, Minasi](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 11-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.».

11.0.16

[Liris, Zullo, Satta](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 11-bis.

1. Il Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, individua con proprio Decreto un elenco dei presidi antinfiammatori ed eutrofici utilizzati dai pazienti oncologici per la cura della pelle e non riconosciuti in Fascia C, per i quali il contribuente può richiedere la detrazione fiscale in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi. Il decreto è emanato entro 60 giorni dalla entrata in vigore della presente legge. L'Agenzia delle entrate provvede ad aggiornare il modello delle dichiarazioni dei redditi 2024, prevedendo un apposito quadro.

2. Agli oneri di cui al comma 1, pari a 500 mila euro, a partire dal 2024 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'art.1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n.190.».

11.0.17

[Lorenzin, Zambito](#)

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

«Art. 11-bis.

(Finanziamento Test Next-Generation Sequencing nell'ambito dei Molecular Tumor Board regionali)

1. Per l'esecuzione dei test della *Next-Generation Sequencing* nell'ambito dei *Molecular Tumor Board* istituiti nell'ambito delle reti oncologiche regionali con decreto 30 maggio 2023 del Ministero della salute, il «Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 - PON» istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, legge, con modificazioni, è incrementato di 6 milioni di euro per l'anno 2025.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 6 milioni di euro, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.18

[Sbrollini, Paita](#)

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

«Art. 11-bis.

(Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

1. Al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di screening mammografico, sono stanziati 10 milioni di euro annui per ciascuno degli anni del triennio 2025-2027, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di screening regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del servizio sanitario nazionale.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della 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 la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 10 milioni di euro annui per ciascuno degli anni del triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190».

11.0.19

[Sbrollini, Paita](#)

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

«Art. 11-bis.

(Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

1. Al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di screening mammografico, sono stanziati 6 milioni di

euro annui per il triennio 2025 - 2027, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di screening regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della 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 la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 6 milioni di euro annui per il triennio 2025 - 2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.20

Murelli, Minasi

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

«Art. 11-bis.

(Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

1. Al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di screening mammografico, è autorizzata una spesa di 6 milioni di euro annui per il triennio 2025 - 2027, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di screening regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della 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 la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 6 milioni di euro annui per il triennio 2025 - 2027 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 è incrementato di 6 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.».

11.0.21

Murelli

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

«Art. 11-bis.

(Estensione dell'età dello screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

1. Al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, il programma nazionale di screening mammografico è esteso in favore delle donne nella fascia di età dai 45 ai 74 anni, con cadenza biennale, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Il Ministero della salute aggiorna le Linee Guida per la prevenzione oncologica includendo la suddetta estensione dell'età, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, stimati in 135.756.378 euro annui a decorrere dall'anno 2025, 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 è incrementato di 135.756.378 euro annui a decorrere dall'anno 2025.».

11.0.22

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

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

«Art. 11-bis.

(Estensione dell'età dello screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

1. A decorrere dal 1° gennaio, al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, il programma nazionale di *screening* mammografico è esteso alle donne fra i 45 e i 49 anni di età e alle donne fra i 70 e i 74 anni, con cadenza biennale, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Ai fini di cui al comma 1, il Ministero della salute aggiorna le Linee guida per la prevenzione oncologica entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 135.756.378 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo Sanitario Nazionale.».

11.0.23

Sbrollini, Paita

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

«Art. 11-bis.

(Fondo per la prevenzione dei tumori al seno)

1. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il Fondo per la prevenzione dei tumori al seno, con una dotazione iniziale di 130 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. Le risorse del Fondo di cui al periodo precedente sono ripartite, entro il 31 marzo di ciascun anno, tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, al fine di garantire la prevenzione e il contrasto del tumore al seno attraverso l'offerta di accertamenti diagnostici precoci e gratuiti per le donne di età compresa tra i quarantacinque e i settantaquattro anni.

2. Con decreto del Ministero della salute, da adottarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in Conferenza unificata, sono definite le modalità e i criteri di ripartizione del fondo di cui al comma 1.

3. Ai maggiori oneri derivanti dal presente articolo, pari a 130 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.24

Sbrollini, Paita

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

«Art. 11-bis.

(Fondo carcinoma mammario)

1. Il fondo di cui all'articolo 1, comma 479, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 è incrementato di 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 30 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.25

Sbrollini

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

«Art. 11-bis.

(Fondo per il finanziamento piano nazionale delle malattie rare)

1. All'articolo 9 della legge 10 novembre 2021, n. 175, il comma 4 è sostituito dai seguenti:

"4. Per la realizzazione degli obiettivi e degli interventi di cui al presente articolo, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un fondo con una dotazione iniziale pari ai 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

4-bis. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro il primo febbraio di ciascun anno, sono stabilite le modalità di funzionamento del fondo di cui al comma 4. ».

4-ter. Agli oneri derivanti dal comma 4, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. »

11.0.26

[Sbrollini](#)

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

«Art. 11-bis.

(Fondo di solidarietà per le persone affette da malattie rare)

1. All'articolo 6 della legge 10 novembre 2021, n. 175, le parole "pari a 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2022" sono sostituite dalle seguenti "pari a 1 milione di euro annui per ciascuno degli anni dal 2022 al 2024 e pari a 11 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 1 milione di euro annui per ciascuno degli anni dal 2022 al 2024 e pari a 11 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.27

[Sbrollini](#)

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

«Art. 11-bis.

(Fondo per la diagnosi della atrofia muscolare spinale - SMA)

1. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il Fondo per la diagnosi della atrofia muscolare spinale - SMA, con una dotazione iniziale di 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. Le risorse del Fondo di cui al periodo precedente sono ripartite, entro il 31 marzo di ciascun anno, tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano che offrono accertamenti diagnostici nell'ambito degli screening neonatali per la diagnosi precoce della atrofia muscolare spinale, in ragione del numero di prestazioni effettuate e dei percorsi di trattamento predisposti.

2. Con decreto del Ministero della salute, da adottarsi, sentito il Centro di coordinamento sugli screening neonatali di cui all'articolo 3 della legge 19 agosto 2016, n. 167, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le modalità e i criteri di ripartizione del fondo di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.»

11.0.28

[Sbrollini](#)

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

«Art. 11-bis.

(Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione)

1. All'articolo 1, comma 688, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le parole: "e di 10 milioni di euro per l'anno 2024" sono sostituite dalle seguenti: "di 10 milioni di euro per l'anno 2024 e 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025".

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.29

[Lorenzin, Zambito](#)

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

«Art. 11-bis.

(Sperimentazione in materia di utilizzo dei dati sanitari)

1. Al fine di promuovere e sostenere le politiche per la salute dei cittadini, la ricerca in materia sanitaria e di assicurare il diritto alla riservatezza, nonché di favorire il raccordo tra le istituzioni, gli enti di ricerca, i presidi sanitari, le autorità e gli operatori del settore, il Ministro della salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un decreto per definire le modalità di svolgimento di una sperimentazione relativa all'utilizzo dei dati sanitari volta al perseguimento, mediante nuove tecnologie, della tutela della salute e dell'innovazione dei prodotti e dei servizi sanitari.

2. La sperimentazione di cui al comma 1 ha una durata massima di 24 mesi, prorogabile per un periodo di ulteriori dodici mesi, ed è caratterizzata da adempimenti semplificati e proporzionati alle attività da svolgere, nonché da requisiti e tempi ridotti delle procedure autorizzative.

3. Con il decreto di cui al comma 1 sono stabiliti i criteri per determinare:

- a) i requisiti di ammissione alla sperimentazione;
- b) i perimetri di operatività;
- c) gli obblighi informativi;
- d) i tempi per il rilascio delle autorizzazioni;
- e) l'iter successivo al termine della sperimentazione.

4. I criteri di cui al comma 3 possono essere differenziati e adeguati in considerazione delle particolarità e delle esigenze dei casi specifici, hanno carattere temporaneo e garantiscono adeguate forme di informazione e di protezione a favore dei cittadini. L'operatività delle misure cessa al termine del relativo periodo, ovvero alla perdita dei requisiti o al superamento dei limiti operativi stabiliti, nonché negli altri casi previsti dal decreto di cui al comma 1.

5. L'ammissione alla sperimentazione di cui al presente articolo può comportare la deroga o la disapplicazione temporanee degli orientamenti di vigilanza o degli atti di carattere generale emanati dalle autorità di vigilanza, nonché delle norme o dei regolamenti emanati dalle medesime autorità di vigilanza.

6. Il Garante per la protezione dei dati personali redige annualmente una relazione d'analisi sul settore sanitario, riportando quanto emerge dall'applicazione del regime di sperimentazione di cui al presente articolo e segnalando eventuali modifiche normative o regolamentari necessarie per la tutela della riservatezza.

7. Presso il Ministero della salute è istituito il Comitato dati sanitari con il compito di individuare gli obiettivi della sperimentazione di cui al presente articolo, definirne i programmi e formulare proposte per favorire l'utilizzo dei dati sanitari in un'ottica di sviluppo della ricerca, della programmazione, della prevenzione e dell'assistenza sanitaria.

8. Sono membri permanenti del Comitato il Ministro della salute, il Garante per la protezione dei dati personali, il direttore generale dell'Agenzia per l'Italia digitale, il presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, quattro professori ordinari, di cui almeno uno di igiene e medicina preventiva e uno di diritto dell'economia competenti in materia di ricerca sanitaria e di valutazione dei dati nominati dal Ministro della salute e un rappresentante delle associazioni dei pazienti. La partecipazione al Comitato non dà luogo alla corresponsione di compensi, emolumenti e indennità.

9. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.».

11.0.30

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

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 11-bis.

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

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

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

b) all'articolo 2:

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

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

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

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

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

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, valutati in 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

11.0.31

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 11-bis.

(Disposizioni per la dirigenza dei ruoli professionali, tecnico ed amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale)

1. 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 50 milioni di euro annui da destinare, in deroga al limite di cui all'articolo 23, comma 2, decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, all'incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale al fine della progressiva armonizzazione dei relativi trattamenti economici accessori a quelli previsti per le altre figure dirigenziali degli Enti Locali e delle Regioni, ai sensi dell'art. 23, comma 1, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

2. Agli oneri derivanti dalla presente disposizione, 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.».

Art. 12

12.1

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Sopprimere l'articolo.

12.2

Camusso

Sopprimere l'articolo.

12.0.1

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 12-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 presente legge, 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.».

12.0.2

[Murelli, Minasi](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 12-bis.

(Norme in materia di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica)

1. All'articolo 8, comma 7-bis, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, le parole "31 dicembre 2025" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2030".».

12.0.3

[Zullo, Satta, Russo, Leonardi, Mancini](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 12-bis.

(Norme in materia di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica)

1. All'articolo 8, comma 7-*bis*, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, le parole: "31 dicembre 2025" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2030".».

12.0.4

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

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

«Art. 12-*bis*.

(Norme in materia di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica)

1. All'articolo 8 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, al comma 7-*bis* le parole "31 dicembre 2025" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2030".»

12.0.5

[Liris](#), [Zullo](#), [Satta](#)

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

«Art. 12-*bis*.

(Registro nazionale delle mutazioni genetiche)

1. Alla legge 22 marzo 2019, n. 29, Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione, all'articolo 1, dopo il comma 1 inserire i seguenti:

«1-*bis*. È istituito il Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche all'interno della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. Alle informazioni che i Registri Tumori delle Regioni devono inviare al Registro Nazionale Tumori si aggiunge anche l'identificazione dei pazienti con mutazione genetica, valutata la disponibilità dei codici di esenzione ticket a vantaggio delle persone ad alto rischio eredo-familiare e gli appositi PDTA per la loro gestione. Al Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche conferiscono anche i dati raccolti e registrati dalla Rete Nazionale dei Tumori Rari e dai Molecular Tumor Board, previsti dall'articolo 8, comma 1-*bis* del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 e istituito dal decreto del Ministro della salute 30 maggio 2023, Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS).

1-*ter*. Il Ministro della salute con proprio decreto, volto ad integrare il Decreto del 1° agosto 2023, che regola il funzionamento del Registro nazionale tumori, da emanarsi entro 60 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, disciplina l'inserimento e l'accesso ai dati del Registro Nazionale delle Mutazioni Genetiche e il loro utilizzo, avvalendosi delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.»

Conseguentemente, all'articolo 5, comma 1, sostituire le parole "ai sensi dei commi 2 e 3 dell'articolo 1" con le seguenti "ai sensi della presente legge".».

12.0.6

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

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

«Art. 12-*bis*.

(Disposizioni per l'uniformità e tempestività nell'accesso alle terapie delle persone affette da patologie rare)

1. All'articolo 10 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

«5-*bis*. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo ed omogeneo alle terapie per i pazienti affetti da patologie rare, gli enti del servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi dei farmaci orfani ai sensi del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, tramite un'unica procedura d'acquisto per l'intero fabbisogno nazionale, avvalendosi di una centrale di committenza regionale individuata con intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

regioni e le province autonome di Trento e Bolzano da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. sono adottate le disposizioni attuative del presente comma.».

12.0.7

Minasi, Murelli

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

«Art. 12-bis.

(Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)

1. Nelle Regioni con popolazione inferiore allo standard del DM 70/2015 pari a 600.000 abitanti ove insistono istituti di ricovero e cura a carattere scientifico il cui bacino di utenza indicato nell'allegato 2 del Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 è superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle relative prestazioni da parte dei cittadini residenti in altre regioni ai sensi del comma 496 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e dell'art. 11 del citato Decreto Legislativo n. 200 del 2022. Le prestazioni erogate vanno riconosciute in sede di compensazione della mobilità tra le regioni in misura non superiore a quelle accettate dalle Regioni di provenienza dei pazienti.».

Art. 13

13.1

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Sopprimere l'articolo.

13.2

Magni, De Cristofaro, Cucchi, Aurora Florida

Sopprimere l'articolo.

13.3

Zambito

Al comma 1, lettera b), capoverso "4-bis", aggiungere, infine, le seguenti parole: «mediante la convocazione di un'assemblea straordinaria, richiesta da almeno un sesto degli iscritti».

13.4

Zullo, Satta, Russo, Mancini, Leonardi

Al comma 1, lettera b), capoverso 4-bis, aggiungere, infine, le seguenti parole: «mediante la convocazione di un'assemblea straordinaria, richiesta da almeno un sesto degli iscritti».

13.5

Murelli, Minasi

Al comma 1, lettera b), capoverso 4-bis, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «mediante la convocazione di un'assemblea straordinaria, richiesta da almeno un sesto degli iscritti».

13.0.1

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

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

«Art. 13-bis.

(Incremento del Fondo Sanitario Nazionale)

1. Allo scopo di consentire alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano di adottare misure finalizzate al superamento delle liste di attesa, le risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono incrementate di 500 milioni annui per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 500 milioni annui per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027, si provvede:

a) quanto a 200 milioni di euro mediante corrispondente riduzione delle risorse 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;

b) quanto a 150 milioni di euro mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200 della legge 23 dicembre 2014, n. 190;

c) quanto a 150 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027, 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 2025, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento del Ministero dell'economia e delle finanze.».

13.0.2

Murelli, Minasi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Fondo per ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, per il 2025, nello stato di previsione del Ministero della Salute, è istituito un Fondo con dotazione pari a 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, 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.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 30 giorni 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, 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, nonché le modalità con cui le medesime Regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del suddetto contributo.

3. Agli oneri di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

13.0.3

Zambito, Zampa, Camusso, Furlan

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Fondo per ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, per il 2025, 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 costi aggiuntivi.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni 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, 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, nonché le modalità con cui le medesime Regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del suddetto contributo.

3. Agli oneri di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

13.0.4

Zullo, Satta, Mancini, Russo

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art.13-bis.

(Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa)

1. Al fine di aumentare la sinergia tra Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Sanità Integrativa mutualistica di derivazione contrattuale e professionale, riducendo significativamente duplicazioni di prestazioni ed asimmetrie in fase di programmazione, i fondi sanitari integrativi istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 devono operare nell'ambito previsto dai commi 4, 5, 6 dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che sono così sostituiti:

"4. L'ambito di applicazione dei 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 è rappresentato da:

a) 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 prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;

b) 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;

c) 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;

d) prestazioni di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi dentarie;

e) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n.662;

f) prestazioni e servizi sanitari di prevenzione che non siano a carico del Servizio sanitario nazionale con particolare riguardo all'insorgenza delle malattie croniche tramite la promozione di stili di vita sani e supporto all'accesso all'attività sportiva;

5. Gli ambiti di cui alle lettere a), b), c), d) e) e f) del comma 4 si intendono rispettati a condizione che le risorse vincolate siano garantite in base alla contribuzione ricevuta come "obbligazioni di spesa a carico dei Fondi" nella misura non inferiore al 40 per cento dell'ammontare complessivo della contribuzione ricevuta e destinata alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

6. 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.";

2. Al fine di coordinare la disciplina prevista per i fondi sanitari integrativi istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui

all'articolo 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, al comma 9-*bis* dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni le parole: "distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale ed altre tipologie, nelle forme indicate con apposito decreto del Ministro della salute" sono sostituite con le seguenti: "distinte tra l'elenco delle prestazioni previste negli ambiti di cui al comma 1 del presente articolo".

3. 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 l'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 n. 502 del 1992 e successive modificazioni, e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica n. 917 del 1986 e successive modificazioni, i dati previsti dall'articolo 6 della determinazione INPS n. 71 del 18 ottobre 2023, nonché, in virtù del presente articolo, anche i dati anagrafici delle aziende adempienti e non adempienti.

4. In attuazione di quanto stabilito al comma 3, 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 agli enti, casse e società aventi finalità esclusivamente assistenziale di agire per il recupero dei contributi omessi in nome e per conto del lavoratore.».

13.0.5

Durnwalder, Unterberger, Patton

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Disposizioni in materia di conoscenze linguistiche per il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie)

1. All'articolo 7, comma 1-*septies*, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: «presidente dell'ordine dei medici» sono sostituite dalle seguenti: «presidente dell'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri»;

b) le parole: «una sezione speciale dell'albo dei medici alla quale» sono sostituite dalle seguenti: «una sezione speciale dell'albo dei medici e una sezione speciale dell'albo degli odontoiatri alle quali»;

c) dopo le parole: «professione medica» sono inserite le seguenti: «o odontoiatrica».

13.0.6

Murelli, Minasi

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Norme in materia di professione di fisico)

1. Fino al 31 dicembre 2026, i Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e dei fisici provvedono, su domanda, all'iscrizione alla sezione A - settore Fisica e alla sezione B - settore Fisica, di coloro che hanno conseguito, rispettivamente, uno dei titoli di studio di cui alle tabelle C e D di cui al decreto 23 marzo 2018 del Ministero della Salute e che dimostrino, alternativamente:

a) di aver svolto da almeno tre anni attività di professore universitario di ruolo o aggregato, anche in modo non continuativo, ovvero ricercatore o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali;

b) di aver svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, attività di dirigenti ovvero di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella contrattazione collettiva del comparto sanità;

c) di aver svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, l'attività di dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella contrattazione collettiva di altri comparti;

d) di avere svolto da almeno tre anni l'attività di esperto di radioprotezione con relativa iscrizione all'elenco di cui al decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101;

e) di aver completato almeno il secondo anno di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria;

f) di aver svolto da almeno cinque anni attività nel profilo professionale di Fisico in regime libero professionale.

2. Il comma 5 dell'articolo 6 del decreto del Ministro della Salute 23 marzo 2018 è soppresso.».

13.0.7

Zullo, Russo, Satta, Mancini

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

«Art. 13-bis.

(Norme in materia di professione di fisico)

1. Fino al 31 dicembre 2026, i Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e dei fisici provvedono, su domanda, all'iscrizione alla sezione A - settore Fisica e alla sezione B - settore Fisica, di coloro che hanno conseguito, rispettivamente, uno dei titoli di studio di cui alle tabelle C e D di cui al decreto 23 marzo 2018 del Ministero della Salute e che dimostrino, alternativamente:

a) di aver svolto da almeno tre anni attività di professore universitario di ruolo o aggregato, anche in modo non continuativo, ovvero ricercatore o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali;

b) di aver svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, attività di dirigenti ovvero di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella contrattazione collettiva del comparto sanità;

c) di aver svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, l'attività di dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella contrattazione collettiva di altri comparti;

d) di avere svolto da almeno tre anni l'attività di esperto di radioprotezione con relativa iscrizione all'elenco di cui al decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101;

e) di aver completato almeno il secondo anno di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria;

f) di aver svolto da almeno cinque anni attività nel profilo professionale di Fisico in regime libero professionale.

2. Il comma 5 dell'articolo 6 del decreto 23 marzo 2018 del Ministero della Salute è soppresso.».

13.0.8

Liris, Satta, Zullo, Mancini

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

«Art. 13-bis.

(Misure in materia di formazione in Medicina Generale)

1. Al Titolo IV del Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 recante Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE, la parola "specifico", ovunque ricorra, è sostituita da "specialistica".».

13.0.9

Murelli, Minasi

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

«Art. 13-bis.

(Proroga in materia di disposizioni per lo sviluppo della ricerca biomedica)

1. l'articolo 31-bis del decreto-legge 25 maggio 2021, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n.106, è modificato come di seguito:

a) al comma 1, le parole: "è riconosciuto in via sperimentale, per l'anno 2021, nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro per l'anno 2021" sono sostituite da: "è riconosciuto agli enti di terzo settore inseriti nell'elenco permanente degli enti di ricerca sanitaria del Ministero della Salute di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c) del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 luglio 2020, in via sperimentale per gli anni 2024 e 2025 e nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro";

b) al termine del comma 1 sono aggiunti i seguenti commi:

"1-bis. Ai fini della determinazione del credito d'imposta di cui al comma 1, sono ammissibili i costi di competenza sostenuti ai sensi dell'art. 109 del testo unico di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 dai soggetti beneficiari nel periodo d'imposta di riferimento, quando:

a) i soggetti beneficiari acquistano direttamente reagenti e apparecchiature connesse alle proprie attività di ricerca;

b) i soggetti beneficiari acquistano reagenti e apparecchiature per conto di enti di ricerca pubblici e privati senza scopo di lucro, al fine di promuoverne l'attività di ricerca;

c) i soggetti beneficiari finanziano progetti di ricerca svolti da soggetti terzi, pubblici e privati senza scopo di lucro, in cui è previsto l'acquisto di reagenti e apparecchiature per raggiungere le finalità della ricerca.

1-ter. Non sono in ogni caso ammissibili per il credito di imposta di cui al comma 1 i costi dovuti all'acquisto o all'utilizzo di reagenti e apparecchiature di ricerca da parte di soggetti privati con finalità di lucro."

c) Al comma 4 le parole: "per l'anno 2021" sono sostituite da: "complessivi per gli anni 2024 e 2025."

d) Il comma 5 è abrogato.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 11 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

13.0.10

[Zullo, Satta, Mancini, Russo](#)

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis.

(Trapianto terapeutico e impiego per scopi di ricerca e studio)

1. L'articolo 6, della legge 1° aprile 1999, n. 91, è sostituito dal seguente:

"1. I prelievi di organi e di tessuti da soggetti di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, sono effettuati a scopo di trapianto terapeutico.

2. Nell'ipotesi di cui al comma 1, l'organo e tessuto e corrispettivi residui risultati non idonei possono essere impiegati per scopi di ricerca e studio, a condizione che siano impiegati in progetti di ricerca scientifica connessi al settore trapiantologico per i quali il comitato etico indipendente e territorialmente competente, individuato ai sensi del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, dell'articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, abbia rilasciato parere favorevole.

3. La ricerca e lo studio possono essere condotte da strutture universitarie, aziende ospedaliere sedi di centro trapianto e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), nonché presso gli istituti dei tessuti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera q), del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 19.

4. Il progetto di ricerca e studio di cui al comma 2 è altresì comunicato, prima dell'avvio, al Centro nazionale trapianti, che provvede ad inserirlo nell'elenco dei progetti di ricerca e studio che impiegano organi e tessuti. Il Centro nazionale trapianti, ricevuto il progetto di ricerca e studio, ha la facoltà di formulare osservazioni entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.

5. Il Centro Nazionale Trapianti effettua il monitoraggio sull'andamento del progetto di ricerca e studio, e si occupa altresì della diffusione dei risultati pubblicati.

6. Gli organi e i tessuti prelevati da donatore deceduti non idonei al trapianto sono impiegati per scopi di ricerca e studio, salva opposizione degli aventi diritto di cui all'articolo 23.

7. I tessuti e le cellule prelevati da donatore vivente, non idonei al trapianto, sono impiegati per scopi di ricerca e studio, previo consenso del donatore, secondo le disposizioni vigenti in materia.»

13.0.11

Borghesi, Murelli, Minasi

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

«Art. 13-bis.

(Disposizioni relative alla destinazione delle sanzioni dell'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato)

1. All'articolo 148 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, dopo il comma 2-ter è aggiunto il seguente: "2-quater. A decorrere dall'anno 2025, le entrate di cui al comma 1, qualora derivino da sanzioni irrogate a società farmaceutiche, sono riassegnate allo stato di previsione del Ministero della salute.».

13.0.12

Romeo, Murelli, Minasi

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

«Art. 13-bis.

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

1. L'inosservanza delle disposizioni per il contrasto della pubblicità sanitaria ingannevole, di cui al comma 525 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e ss.mm.ii., comporta a carico del soggetto interessato o committente, sia questo una struttura sanitaria privata di cura o un soggetto iscritto agli Albi degli Ordini delle Professioni Sanitarie, nonché a carico del proprietario del mezzo o del sito internet di diffusione o di destinazione, con l'esclusione di campagne di prevenzione informative con qualsiasi mezzo diffuse, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689 di importo pari al 10 per cento del valore della campagna promozionale 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 dell'art. 1 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 all'AGCOM per sostenere le spese di ampliamento delle competenze previste nel comma 536 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.»

13.0.13

Spelgatti, Murelli, Minasi

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

«Art. 13-bis.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano la presente legge compatibilmente con i propri statuti speciali 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.».

13.0.14

[Durnwalder](#), [Unterberger](#), [Patton](#)

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

«Art. 13-bis.

(Regioni a statuto speciale e province autonome)

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla leg