

Allegato A

DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria (1241)

CAPO I

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

ARTICOLO 1 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 1.

Approvato nel testo emendato

(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. Il medico, a cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, la prognosi e la terapia, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico. La prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema tessera sanitaria, al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale. 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 di Bolzano, sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati, si provvede alla definizione omogenea del quesito o sospetto diagnostico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie.

2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito delle risorse organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire al medico specialista che ritenga necessari ulteriori accertamenti, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, di prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici.

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 entrata in vigore della presente legge, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogenei per la redazione dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico.

3. Ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, è assegnata una tempistica specifica per ciascuna delle seguenti classi di priorità, come di seguito indicato:

a) classe urgente (classe U): entro settantadue ore dalla data della richiesta delle prestazioni;

b) classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni dalla data della prenotazione;

c) classe differita (classe D): entro trenta giorni dalla data della prenotazione per le visite o sessanta giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;

d) classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni dalla data della prenotazione.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per assicurare il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare i risultati raggiunti

e vigilare sugli stessi nonché per prevedere, in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

5. Le aziende sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

6. I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

7. Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

EMENDAMENTI

1.250

Murelli, Minasi

Approvato

Al comma 1, sostituire il primo periodo con il seguente: «Il medico, cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o di esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico.».

1.1

Mazzella, Castellone, Guidolin, Pirro

Precluso

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

1.2

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Precluso

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».*

1.251

Zaffini, Zullo

Assorbito

Al comma 1, primo periodo, apportare le seguenti modificazioni:

- a) sopprimere le parole: «in maniera esclusiva»;
- b) dopo le parole: «la diagnosi, la prognosi e la terapia» inserire le seguenti: «in merito alla specifica situazione clinica».

1.4

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

Assorbito

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

1.5

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

Precluso

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

1.7

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

Respinto

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](#)

Id. em. 1.7

Al comma 2, apportare le seguenti modificazioni:

- 1) *dopo le parole: «al medico specialista, », inserire le seguenti: «operante in struttura pubblica,»;*
- 2) *sopprimere le seguenti parole: «direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera».*

1.252

[Furlan](#), [Paita](#), [Sbrollini](#)

Id. em. 1.7

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,».

1.9

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

Respinto

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

1.10

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

Respinto

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

1.16

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

Respinto

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

Respinto

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

1.20

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Respinto

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

1.21

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Id. em. 1.20

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

1.26

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Respinto

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

1.27

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

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

Id. em. 1.27

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

Respinto

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».

1.34

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

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

1.35

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Id. em. 1.34

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

1.253

Furlan, Paita, Sbrollini

Id. em. 1.34

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

ARTICOLO 2 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 2.

Approvato

(Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

1. Per garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa, presso il Ministero della salute è istituito il Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA), quale insieme delle strutture e degli strumenti per l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), di cui al decreto del Ministro della salute 27 febbraio 2018, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 20 marzo 2018, tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche clinico-assistenziali, sviluppato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con il monitoraggio del Ministero della salute, secondo quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, e dalla relativa disciplina di attuazione;

b) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni, mediante il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della Missione 6 - Salute, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

c) identificare e quantificare il sistema dell'offerta dei servizi sanitari necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini nonché implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla Missione 6-Salute del PNRR;

d) monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero-professionale *intramoenia* (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107;

e) integrare il modello di *governance* del Servizio sanitario nazionale basato sul nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa;

f) definire, nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, stabilendo *standard* nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli *standard* assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale, e individuando in particolare:

- 1) le articolazioni dell'assistenza territoriale;
- 2) i canali di prenotazione innovativi;
- 3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;
- 4) il potenziamento e l'individuazione delle articolazioni dell'assistenza territoriale;
- 5) i criteri e gli indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti *web*;
- 6) il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di regia, presieduta dal Ministro della salute, alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'ISS e il direttore dell'AGENAS. Alle sedute della Cabina di regia possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, delle federazioni e degli ordini delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della Cabina di regia non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

3. La Cabina di regia sovrintende all'elaborazione del PNGLA e vigila sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, di cui all'articolo 3, comma 3.

3-bis. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di modifica del decreto 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, recante nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, è individuato un indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica.

4. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

2.3

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

Respinto

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](#)

Id. em. 2.3

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](#), [Mazzella](#)

Respinto

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

2.250

[Furlan](#), [Paita](#), [Sbrollini](#)

Id. em. 2.5

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

2.7

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

Respinto

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

G2.250

[Liris](#)

Ritirato

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*"

premessi che

il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023, sottolinea l'importanza della vaccinazione quale strumento essenziale di prevenzione e tutela della salute pubblica;

l'invecchiamento demografico pone nuove sfide sanitarie, con un aumento della popolazione anziana maggiormente esposta a infezioni respiratorie e altre patologie prevenibili, con un conseguente impatto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale;

la procedura per l'aggiornamento del calendario vaccinale, prevista dal PNPV, risulta spesso lunga e incerta, in quanto il percorso di introduzione e aggiornamento delle vaccinazioni appare frammentato e caratterizzato da tempistiche non definite, con il rischio di determinare ritardi e disomogeneità nell'accesso alle vaccinazioni tra le Regioni e ritardando la protezione della popolazione più fragile,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di promuovere l'aggiornamento tempestivo del calendario vaccinale previsto dal PNPV, assicurando tempi certi per la sua implementazione e riducendo le attuali disomogeneità territoriali nell'accesso ai vaccini.

2.0.1

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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».

ARTICOLO 3 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 3.

Approvato

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

1. Presso il Ministero della salute è istituito il registro delle segnalazioni, al quale accedono i cittadini, tramite il sito *internet* istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*.

2. Agli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027. Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro di cui al comma 1, pari a 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 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 relativo al Ministero della salute.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono ridefiniti i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, istituito ai sensi dell'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, al quale partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

EMENDAMENTI

3.1

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

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».

3.250

Furlan, Paita, Sbrolini

Respinto

Al comma 3, dopo le parole: «partecipano i rappresentanti del Ministero della salute», inserire le seguenti: «, i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative,».

3.2

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Respinta la parte evidenziata in neretto; preclusa la restante parte

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

Precluso

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

Precluso

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».

3.251 (già 3.2)

Camusso, Zampa, Zambito

Respinto

Al comma 3, sostituire le parole: «e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute» con le seguenti: «, i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative,».

3.6

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Respinto

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».

3.5

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

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

3.0.1

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro, Zambito, Furlan, Camusso, Zampa, Magni

Respinto

Dopo l'articolo inserire il seguente:

«Art. 3-bis.

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale)

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico, garantire un investimento sanitario minimo e una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza e soddisfare più efficacemente le esigenze di pianificazione e organizzazione, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, per ciascuno degli anni 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:

1) 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;

2) 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."

c) sopprimere il comma 3;

d) sostituire il comma 4 con il seguente: "L'imposta straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera a), è versata entro il 30 ottobre 2024. L'imposta straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera b), è versata entro il 30 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.";

e) sopprimere il comma 5-bis.

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

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

9. Il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della 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».

ARTICOLO 4 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 4.

Approvato

(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

1. Per garantire la completa attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 - Triennio 2019-2021, di

cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 4 aprile 2024, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 147 del 25 giugno 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1 del presente articolo, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 dell'Accordo collettivo nazionale di cui al medesimo comma 1 può essere incrementata fino a 100 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. 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.

3. Per le finalità di cui al comma 2 si provvede, nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'allegato III alla citata legge n. 213 del 2023.

EMENDAMENTI

4.0.1

[Mazzella](#), [Castellone](#), [Guidolin](#), [Pirro](#), [Zampa](#), [Zambito](#), [Camusso](#), [Furlan](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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-quinquies, comma 1, lettera a), dopo le parole: "pediatri di libera scelta," sono inserite le seguenti: "infermieri di famiglia e di comunità,";

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

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

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

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

12. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 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».

ARTICOLO 5 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 5.

Approvato

(Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

1. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: « Fino al 31 dicembre 2026, in via sperimentale, » sono soppresse e le parole: « per un massimo di 8 ore settimanali » sono sostituite dalle seguenti: « per un massimo di 10 ore settimanali ».

EMENDAMENTI

5.1

[Camusso, Zampa, Zambito](#)

Respinto

Sopprimere l'articolo.

5.250

[Furlan, Paita, Sbrollini](#)

Id. em. 5.1

Sopprimere l'articolo.

5.2

[Camusso, Zampa, Zambito](#)

Respinto

Al comma 1, sopprimere le parole: «le parole: "Fino al 31 dicembre 2026, in via sperimentale" sono soppresse e».

5.3

[Camusso, Zampa, Zambito](#)

Respinto

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](#)

Respinto

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

5.5

[Zampa](#)

Id. em. 5.4

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

5.251

[Furlan, Paita, Sbrollini](#)

Id. em. 5.4

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

5.6

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

Respinto

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

5.7

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

Respinto

Dopo il comma 1, aggiungere 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)*»

ARTICOLO 5-BIS NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 5-bis.

Approvato

(Disposizioni in materia di trattenimento in servizio di personale docente a tempo pieno)

1. Il personale docente a tempo pieno, strutturato presso strutture afferenti al Servizio sanitario nazionale, può, su richiesta dell'interessato, essere trattenuto in servizio fino al compimento del settantaduesimo anno di età, non oltre il 31 dicembre 2026, per comprovate esigenze assistenziali ovvero attività di ricerca e formazione, ai fini delle quali il suddetto personale 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. Il personale docente di cui al primo periodo non può mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale.

2. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle stesse con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

EMENDAMENTI

5-bis.250

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

Non posto in votazione (*)

Sopprimere l'articolo.

(*) Approvato il mantenimento dell'articolo.

5-bis.0.250 (già 5.0.7)

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

Respinto

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

«Art. 5-ter.

(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-bis.0.251 (già 5.0.8)

Castellone, Guidolin, Mazzella, Pirro

Respinto

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

«Art. 5-ter.

(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-bis.0.252 (già 5.0.9)

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Respinto

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

Dopo l'articolo inserire il seguente:

(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.».

ARTICOLO 6 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 6.

Approvato

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dell'affidamento a terzi dei servizi sanitari e di reinternalizzare i medesimi servizi appaltati ad operatori economici privati, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, fino al 31 dicembre 2026, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie 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.

2. I direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è comunicata al collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento, che provvede all'invio alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

6.1

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

Respinto

Sopprimere l'articolo.

6.2

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

Id. em. 6.1

Sopprimere l'articolo.

6.250

[Furlan](#), [Paita](#)

Id. em. 6.1

Sopprimere l'articolo

6.3

[Zampa](#)

Respinto

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](#)

Sost. id. em. 6.3

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.».

6.251

[Furlan, Paita, Sbrollini](#)

Sost. id. em. 6.3

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.».

6.5

Camusso, Zampa, Furlan, Zambito

Respinta la parte evidenziata in neretto; preclusa la restante parte

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 a tempo determinato o indeterminato, con priorità di stabilizzazione del personale già in servizio».

6.6

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Precluso

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».

G6.250

Pirro

Respinto

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-A)

premessi che:

il provvedimento all'articolo 6 reca disposizioni in ordine al reclutamento del personale;

il comma 1-bis dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 prevede che le progressioni all'interno della stessa area avvengono, con modalità stabilite dalla contrattazione collettiva, in funzione delle capacità culturali e professionali e dell'esperienza maturata e secondo principi di selettività, in funzione della qualità dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, attraverso l'attribuzione di fasce di merito;

evidenziato che:

nel citato articolo 52, non figura in alcun modo la limitazione relativa alle quote di dipendenti ma c'è un esplicito rinvio alla contrattazione collettiva con specifico riferimento alle modalità e ai criteri applicativi delle PEO (progressioni economiche) che nel CCNL Comparto Area Sanità attualmente in vigore cambiano denominazione, trasformandosi in DEP (differenziali economici di

professionalità) che come noto sono soggetti solo alla limitazione delle risorse per la copertura finanziaria delle stesse;

considerato che:

la non corretta applicazione della suddetta norma acuisce le lotte sindacali all'interno delle Aziende Sanitarie e crea inutile contenzioso,

impegna il Governo:

a fornire chiare indicazioni alle Amministrazioni delle Aziende Sanitarie affinché, in sede di sottoscrizione dei contratti integrativi in materia di progressioni economiche, non ci siano limitazioni di sorta, se non quelle dettate dalla capienza del fondo di riferimento nonché dalla corretta applicazione dei criteri di selettività.

6.0.2

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

6.0.7

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Id. em. 6.0.7

Dopo l'articolo inserire 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.».

6.0.250

[Furlan, Paita, Sbrollini](#)

Id. em. 6.0.7

Dopo l'articolo inserire 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.»

6.0.11

[Magni, De Cristofaro, Cucchi](#)

Respinto

Dopo l'articolo inserire 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 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 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](#)

Id. em. 6.0.11

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

6.0.251

[Furlan](#), [Paita](#), [Sbrollini](#)

Id. em. 6.0.11

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Respinta la parte evidenziata in neretto; preclusa la restante parte

Dopo l'articolo *inserire 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 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.».

6.0.252

[Furlan, Paita, Sbrolini](#)

Precluso

Dopo l'articolo inserire 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 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](#)

Precluso

Dopo l'articolo inserire 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 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

onnicomprendivo 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 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."»

6.0.17

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

Dopo l'**articolo** inserire 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'interio, 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.».

6.0.253

[Furlan](#), [Paita](#), [Sbrollini](#)
Respinto

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

«Art. 6-bis

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale)

1. Il livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

2. Ai maggiori oneri derivanti dal presente articolo, pari a 1.000 milioni a decorrere dall'anno 2025, si provvede attraverso le minori spese derivanti da interventi di razionalizzazione e revisione della spesa pubblica. A tal fine, entro il 30 settembre 2025, sono adottati provvedimenti regolamentari e amministrativi che assicurino minori spese valutati in 1.000 milioni a decorrere dall'anno 2025. Qualora le suddette misure non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati dal presente articolo, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 15 novembre 2025, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte eventuali e ulteriori riduzioni dell'importo delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, tali da assicurare maggiori entrate pari agli importi di cui al presente articolo, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, del diritto alla salute e all'istruzione, dei contribuenti più deboli e delle famiglie.

ARTICOLO 7 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 7.

Approvato

(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

1. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

3. Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo della Chiesa cattolica per il 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie nonché di ottimizzare la disponibilità dei posti letto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti, le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 23 del 28 gennaio 2013. Con decreto 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, sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

EMENDAMENTI

7.1

**Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella
Respinto**

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 vigente 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
Respinto**

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, Zambito
Respinto**

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.»

ARTICOLI 8 E 8-BIS NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 8.

Approvato

(Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)

1. All'articolo 34 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 10-*bis*, dopo le parole: «consumi farmaceutici» sono inserite le seguenti: «e dei servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia» e dopo le parole: «nelle forme della distribuzione per conto» sono inserite le seguenti: «e ai servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia»;

b) al comma 10-*ter*, dopo le parole: «parafarmaci registrati come dispositivi medici» sono inserite le seguenti: «e degli integratori alimentari».

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

Art. 8-bis.

Approvato

(Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e misure per l'efficientamento della Rete ospedaliera dell'emergenza sanitaria)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, per l'anno 2025, 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 trenta giorni 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, sentite le federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, adotta un decreto per definire:

a) le modalità di distribuzione alle regioni delle risorse di cui al comma 1;

b) le modalità con cui le medesime regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del contributo ai fini del comma 1.

3. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2025, si provvede mediante utilizzo delle risorse del fondo istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

4. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2024, n. 207, il comma 278 è sostituito dal seguente:

« 278. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 277 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e 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 al trasferimento da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio ».

EMENDAMENTI

8-bis.250

Furlan, Paita, Sbrolini

Respinto

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 8-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.».

8-bis.251

Camusso, Zampa, Zambito

Respinto

Sopprimere il comma 4.

8-bis.0.250

Liris

Ritirato

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

«Art. 8-ter.

1. All'articolo 2, comma 358 della legge 24 dicembre 2007 n. 244, all' ultimo periodo, dopo la parole "1 agosto 2007" sono aggiunte le seguenti "tra cui il Co.Ge.A.P.S. per il cui funzionamento l'Agenas dovrà corrispondere, secondo le modalità di cui all'articolo 22, comma 11, dell' Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 2 febbraio 2017, un importo annuo pari al 10% delle risorse di cui all'articolo 92, comma 5, della legge 23 dicembre 2000 n. 388 affluite al bilancio dell'Agenas nell'esercizio precedente" .

2. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 22 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017, il Consorzio supporta il Ministero della salute per lo svolgimento delle proprie funzioni di monitoraggio, analisi, promozione, sviluppo e programmazione delle professioni sanitarie e fornisce al Ministero stesso le informazioni relative alla attività formativa dei professionisti sanitari, compresi gli specialisti, medici e non medici, consentendo l'analisi dei fabbisogni formativi.».

ARTICOLO 9 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 9.

Approvato

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto 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, sono individuati criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o), secondo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stata rilasciata idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

EMENDAMENTI

9.2

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

Respinto

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](#)

Respinto

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.»

ARTICOLO 10 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 10.

Approvato

(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

1. All'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al primo periodo, dopo le parole: «per le regioni che» sono inserite le seguenti: «garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che».

2. Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assegnano, nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti, specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Ai medesimi fini i direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo e al secondo periodo sono effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

3. All'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: «1-bis. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici».

EMENDAMENTI

10.3

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella
Respinto

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
Respinto

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".».

ARTICOLO 10-BIS NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 10-bis.

Approvato

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

1. Nella sezione III del capo III del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, dopo l'articolo 44-bis è aggiunto il seguente:

«Art. 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. Con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono aggiornate le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina in senso conforme alle disposizioni di cui al comma 1 ».

EMENDAMENTO

10-bis.0.250 (già 10.0.3)

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

Respinto

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

«Art. 10-ter.

(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,»

CAPO II

ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA

ARTICOLO 11 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 11.

Approvato

(Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale)

1. Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:

a) nell'anno 2025, 44 unità di medici psichiatri, 36 unità di neuropsichiatri infantili, 34 unità di psicologi e 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;

b) nell'anno 2026, 7 unità di medici psichiatri, 6 unità di neuropsichiatri infantili, 6 unità di psicologi e 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 del presente articolo, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

3. 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 di Bolzano, sono ripartite le risorse di cui al comma 2 sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

11.2

Camusso, Zambito, Zampa

Respinto

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

Respinto

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

G11.250

Murelli, Minasi

V. testo 2

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

premesso che:

l'amiloidosi cardiaca rappresenta una patologia rara e altamente invalidante, caratterizzata dall'accumulo di fibrille amiloidi nel miocardio, con conseguente ispessimento e rigidità delle pareti ventricolari, che portano a scompenso cardiaco, aritmie e compromissione della funzione cardiaca;

le due principali forme di amiloidosi cardiaca sono l'amiloidosi da catene leggere (AL) e quella da transtiretina (ATTR), quest'ultima suddivisa nelle varianti ereditaria (ATTRv) e wild-type (ATTRwt). La prima ha un'incidenza stimata di 7-10 casi per milione di abitanti all'anno e, in assenza di trattamento tempestivo, comporta una prognosi severa con una sopravvivenza media di circa un anno; l'amiloidosi cardiaca ATTRwt è, invece, spesso sottodiagnosticata e colpisce prevalentemente uomini sopra i 65 anni, con una prevalenza stimata in Italia di circa 90 casi per milione di abitanti, sebbene si ritenga che i numeri reali siano più elevati a causa delle difficoltà diagnostiche;

in entrambi i casi, la diagnosi precoce rappresenta un elemento essenziale per migliorare la prognosi dei pazienti, consentendo di avviare tempestivamente terapie mirate e ridurre la progressione della malattia. D'altra parte, però, l'identificazione precoce della malattia è ostacolata dalla complessità del quadro clinico, caratterizzato da sintomi aspecifici che spesso portano a diagnosi tardive, come la sindrome del tunnel carpale bilaterale, la stenosi lombare e la fibrillazione atriale precoce;

attualmente, in Italia si riscontrano disomogeneità regionali nella gestione dell'amiloidosi cardiaca, sia in termini di accesso ai centri di riferimento sia nella disponibilità di trattamenti e nella rimborsabilità delle terapie, né esiste un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) di respiro nazionale per l'amiloidosi cardiaca, determinandosi in tal modo una frammentazione nella gestione della malattia tra le diverse Regioni e creando disuguaglianze nell'accesso alle cure;

la gestione ottimale di questa patologia richiederebbe, in realtà, un approccio multidisciplinare, con il coinvolgimento di cardiologi, neurologi, ematologi, internisti, medici di medicina generale, fisioterapisti, psicologi e altre figure professionali;

inoltre, l'aderenza terapeutica è un fattore determinante per l'efficacia dei trattamenti e per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti, ma può essere compromessa da barriere di natura organizzativa, economica e sociale, comportando un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie, con un incremento della spesa media annua per paziente non aderente rispetto a quelli che seguono correttamente le terapie;

in tale contesto, il rafforzamento della rete dei centri di riferimento e l'adozione di strumenti di telemedicina potrebbero migliorare la gestione del follow-up dei pazienti, ridurre i ricoveri e ottimizzare l'aderenza terapeutica. Inoltre, l'integrazione tra assistenza specialistica e medicina territoriale rappresenterebbe un elemento cruciale per garantire un accesso equo alle cure e per facilitare il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da amiloidosi cardiaca,

impegna il Governo:

a istituire un PDTA nazionale per l'amiloidosi cardiaca, con l'obiettivo di uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici su tutto il territorio nazionale e di fornire una soluzione strategica per garantire equità nell'accesso alle cure e omogeneità nella gestione dei pazienti;

a potenziare la rete dei centri di riferimento per la diagnosi e la cura dell'amiloidosi cardiaca, garantendo una gestione multidisciplinare e l'integrazione con la medicina territoriale;

a promuovere strumenti idonei a garantire una adeguata mappatura e una migliore tracciabilità e identificazione dell'amiloidosi cardiaca, garantendo un accesso uniforme alle cure su tutto il territorio nazionale;

a promuovere campagne di formazione e sensibilizzazione per i medici di medicina generale e gli specialisti, al fine di favorire la diagnosi precoce e il riconoscimento delle red flags della malattia;

a incentivare l'uso della telemedicina e di strumenti digitali per il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, con particolare attenzione ai pazienti affetti da malattie rare come l'amiloidosi cardiaca;

a garantire la rimborsabilità uniforme dei farmaci innovativi per il trattamento dell'amiloidosi cardiaca, eliminando le attuali disparità tra le diverse Regioni;

a sostenere la ricerca scientifica sull'amiloidosi cardiaca, favorendo studi clinici e progetti innovativi per lo sviluppo di nuove terapie e approcci diagnostici avanzati.

G11.250 (testo 2)

Murelli, Minasi

Accolto

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

premesso che:

l'amiloidosi cardiaca rappresenta una patologia rara e altamente invalidante, caratterizzata dall'accumulo di fibrille amiloide nel miocardio, con conseguente ispessimento e rigidità delle pareti ventricolari, che portano a scompenso cardiaco, aritmie e compromissione della funzione cardiaca;

le due principali forme di amiloidosi cardiaca sono l'amiloidosi da catene leggere (AL) e quella da transtiretina (ATTR), quest'ultima suddivisa nelle varianti ereditaria (ATTRv) e wild-type (ATTRwt). La prima ha un'incidenza stimata di 7-10 casi per milione di abitanti all'anno e, in assenza di trattamento tempestivo, comporta una prognosi severa con una sopravvivenza media di circa un anno; l'amiloidosi cardiaca ATTRwt è, invece, spesso sottodiagnosticata e colpisce prevalentemente uomini sopra i 65 anni, con una prevalenza stimata in Italia di circa 90 casi per milione di abitanti, sebbene si ritenga che i numeri reali siano più elevati a causa delle difficoltà diagnostiche;

in entrambi i casi, la diagnosi precoce rappresenta un elemento essenziale per migliorare la prognosi dei pazienti, consentendo di avviare tempestivamente terapie mirate e ridurre la progressione della malattia. D'altra parte, però, l'identificazione precoce della malattia è ostacolata dalla complessità del quadro clinico, caratterizzato da sintomi aspecifici che spesso portano a diagnosi tardive, come la sindrome del tunnel carpale bilaterale, la stenosi lombare e la fibrillazione atriale precoce;

attualmente, in Italia si riscontrano disomogeneità regionali nella gestione dell'amiloidosi cardiaca, sia in termini di accesso ai centri di riferimento sia nella disponibilità di trattamenti e nella rimborsabilità delle terapie, né esiste un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) di respiro nazionale per l'amiloidosi cardiaca, determinandosi in tal modo una frammentazione nella gestione della malattia tra le diverse Regioni e creando disuguaglianze nell'accesso alle cure;

la gestione ottimale di questa patologia richiederebbe, in realtà, un approccio multidisciplinare, con il coinvolgimento di cardiologi, neurologi, ematologi, internisti, medici di medicina generale, fisioterapisti, psicologi e altre figure professionali;

inoltre, l'aderenza terapeutica è un fattore determinante per l'efficacia dei trattamenti e per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti, ma può essere compromessa da barriere di natura organizzativa, economica e sociale, comportando un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie, con un incremento della spesa media annua per paziente non aderente rispetto a quelli che seguono correttamente le terapie;

in tale contesto, il rafforzamento della rete dei centri di riferimento e l'adozione di strumenti di telemedicina potrebbero migliorare la gestione del follow-up dei pazienti, ridurre i ricoveri e ottimizzare l'aderenza terapeutica. Inoltre, l'integrazione tra assistenza specialistica e medicina territoriale rappresenterebbe un elemento cruciale per garantire un accesso equo alle cure e per facilitare il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da amiloidosi cardiaca,

impegna il Governo a valutare, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica:

di istituire un PDTA nazionale per l'amiloidosi cardiaca, con l'obiettivo di uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici su tutto il territorio nazionale e di fornire una soluzione strategica per garantire equità nell'accesso alle cure e omogeneità nella gestione dei pazienti;

di potenziare la rete dei centri di riferimento per la diagnosi e la cura dell'amiloidosi cardiaca, garantendo una gestione multidisciplinare e l'integrazione con la medicina territoriale;

di promuovere strumenti idonei a garantire una adeguata mappatura e una migliore tracciabilità e identificazione dell'amiloidosi cardiaca, garantendo un accesso uniforme alle cure su tutto il territorio nazionale;

di promuovere campagne di formazione e sensibilizzazione per i medici di medicina generale e gli specialisti, al fine di favorire la diagnosi precoce e il riconoscimento delle red flags della malattia;

di incentivare l'uso della telemedicina e di strumenti digitali per il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, con particolare attenzione ai pazienti affetti da malattie rare come l'amiloidosi cardiaca;

di garantire la rimborsabilità uniforme dei farmaci innovativi per il trattamento dell'amiloidosi cardiaca, eliminando le attuali disparità tra le diverse Regioni;

di sostenere la ricerca scientifica sull'amiloidosi cardiaca, favorendo studi clinici e progetti innovativi per lo sviluppo di nuove terapie e approcci diagnostici avanzati.

11.0.1

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Respinta la parte evidenziata in neretto; preclusa la restante parte

Dopo l'**articolo** inserire 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.»

11.0.250

[Guidolin](#)

Precluso

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

«Art. 11-bis.

(Disposizioni per il potenziamento e lo snellimento dell'erogazione di prestazioni erogate dagli Psicologi nelle Aziende sanitarie)

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.

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 degli artt. 1 e 3 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 o libero professionale in convenzione 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.»

11.0.4

[Sbrollini, Camusso, Furlan](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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, Camusso, Furlan](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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".».

2. 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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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

Respinto

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

«Art. 11-bis.

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

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.

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.

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](#), [Camusso](#), [Mazzella](#), [Furlan](#)

Respinto

Dopo l'articolo inserire 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.»

11.0.251

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

Id. em. 11.0.8

Dopo l'articolo inserire 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](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)

Ritirato

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

11.0.13

[Sbrollini](#), [Mazzella](#), [Guidolin](#), [Camusso](#), [Furlan](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.»

11.0.17

[Lorenzin](#), [Camusso](#), [Zampa](#), [Zambito](#), [Mazzella](#), [Guidolin](#), [Castellone](#), [Pirro \(*\)](#), [Magni \(*\)](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

11.0.18

[Sbrollini](#), [Paita](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#)

V. testo 2

Dopo l'**articolo** inserire 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».

11.0.18 (testo 2)

[Sbrollini](#), [Paita](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#) (*)

Approvato

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

«Art. 11-bis.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-*ter* della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb).

11.0.20

[Murelli](#), [Minasi](#), [Russo](#), [Leonardi](#), [Mancini](#), [Satta](#), [Silvestro](#), [Zullo](#)

V. testo 2

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

11.0.20 (testo 2)

Murelli, Minasi, Russo, Leonardi, Mancini, Satta, Silvestro, Zullo (*)

Id. em. 11.0.18 (testo 2)

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

«Art. 11-bis.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb) e il senatore Magni.

11.0.252

Zambito, Zampa, Camusso, Manca

V. testo 2

Dopo l'articolo inserire 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.».

11.0.252 (testo 2)

Zambito, Zampa, Camusso, Manca (*)

Id. em. 11.0.18 (testo 2)

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

«Art. 11-*bis*.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-*ter* della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb) e il senatore Magni.

11.0.253

Pirro

V. testo 2

Dopo l'**articolo** inserire 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 corrispettiva 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.».

11.0.253 (testo 2)

Pirro (*)

Id. em. 11.0.18 (testo 2)

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

«Art. 11-*bis*.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-*ter* della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb) e il senatore Magni.

11.0.254

[Paita](#), [Sbrollini](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Renzi](#), [Enrico Borghi](#), [Fregolent](#), [Musolino](#), [Scalfarotto](#)

V. testo 2

Dopo l'articolo inserire il seguente:

«Art. 1-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 corrispettiva riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190..».

11.0.254 (testo 2)

[Paita](#), [Sbrollini](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Renzi](#), [Enrico Borghi](#), [Fregolent](#), [Musolino](#), [Scalfarotto](#) (*)

Id. em. 11.0.18 (testo 2)

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

«Art. 11-bis.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-*ter* della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb) e il senatore Magni.

11.0.255

[Sbrollini](#), [Paita](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#)

V. testo 2

Dopo l'**articolo** inserire 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 corrispettiva riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190..».

11.0.255 (testo 2)

[Sbrollini](#), [Paita](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#) (*)

Id. em. 11.0.18 (testo 2)

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

«Art. 11-bis.

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

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 1 milione 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 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al

comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.».

(*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb).

11.0.22

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#), [Camusso](#), [Furlan](#), [Magni](#) (*)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

(*) Firma aggiunta in corso di seduta

11.0.25

Sbrollini, Camusso, Mazzella, Furlan

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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, Camusso, Mazzella, Furlan

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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, Camusso, Mazzella, Furlan

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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, Camusso, Zambito, Castellone, Mazzella, Furlan

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#), [Camusso](#), [Zampa](#), [Zambito](#)

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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](#)
Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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 conseguenziali. 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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

11.0.256

Naturale, Pirro

Respinto

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

«Art. 11-bis.

(Misure in materia di RSA)

1. Al fine di supportare l'assistenza sociosanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone nella fase terminale della vita e, nel contempo, contrastare gli effetti negativi scaturenti dagli aumenti delle quote di compartecipazione sulle tariffe delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), è autorizzata la spesa di due milioni di euro per l'anno 2025.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate, nella misura del 40% e per il perseguimento delle finalità del medesimo comma, a favore dell'utenza delle RSA della regione Puglia.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri e le modalità di attuazione del presente articolo.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 2 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.».

11.0.257

Mazzella, Pirro

Respinto

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

«Art. 11-bis.

(Disposizioni concernenti gli screening oncologici)

1. L'assenza dal lavoro del personale che svolge un'attività lavorativa a tempo indeterminato e a tempo determinato, delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per l'adesione agli screening oncologici, è giustificata. La predetta assenza non determina alcuna decurtazione del trattamento economico, né fondamentale né accessorio.»

ARTICOLO 12 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 12.

Approvato

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

1. Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del *management* nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 6, è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS). Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026. Le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente presso il Ministero della salute, che si avvale del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 1 milione di euro per l'anno 2025 e a 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 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 utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

EMENDAMENTI

12.1

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

Sopprimere l'articolo.

12.2

Camusso, Zampa, Zambito

Id. em. 12.1

Sopprimere l'articolo.

12.250

[Furlan](#), [Paita](#), [Sbrollini](#)

Id. em. 12.1

Sopprimere l'articolo.

12.251

[Rando](#)

Respinto

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. All'articolo 7, comma 6, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "La Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria organizza ed attiva i corsi di formazione manageriale di cui all'articolo 1 del corrente decreto. Per lo svolgimento delle funzioni di direzione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari previste all'articolo 3 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, i predetti corsi costituiscono titolo equivalente al corso di formazione la specializzazione in igiene e medicina preventiva".»

ARTICOLI 12-BIS E 12-TER NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 12-bis.

Approvato

(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 ».

Art. 12-ter.

Approvato

(Disposizioni per l'uniformità e la tempestività nell'accesso alle terapie per le 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 inserito il seguente:

« 5-bis. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo e omogeneo alle terapie per i pazienti affetti da patologie rare, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono 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 di Bolzano, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione sono adottate le disposizioni attuative del presente comma ».

EMENDAMENTI

12-ter.0.250

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

Respinto

Dopo l'articolo inserire il seguente:

«Art. 12-ter.1

(Fondo per la prevenzione delle patologie oculari cronico-degenerative)

1. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il Fondo per la prevenzione delle patologie oculari cronico-degenerative con una dotazione iniziale di 5 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 di Bolzano, al fine di garantire iniziative di prevenzione e diagnosi precoce, nonché per il potenziamento dell'accessibilità alle cure innovative più appropriate anche attraverso modelli di *screening* dedicati.

2. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

12-ter.0.251

Pirro

Id. em. 12-ter.0.250

Dopo l'articolo inserire il seguente:

«Art. 12-ter.1.

(Fondo per la prevenzione delle patologie oculari cronico-degenerative)

1. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il Fondo per la prevenzione delle patologie oculari cronico-degenerative con una dotazione iniziale di 5 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 di Bolzano, al fine di garantire iniziative di prevenzione e diagnosi precoce, nonché per il potenziamento dell'accessibilità alle cure innovative più appropriate anche attraverso modelli di *screening* dedicati.

2. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

ARTICOLO 12-QUATER NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 12-quater.

Non posto in votazione (*)

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

1. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, nelle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) il cui bacino minimo di utenza, come definito dall'allegato 2 al decreto legislativo n. 200 del 2022, è superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche dei singoli IRCCS da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture. Le prestazioni di cui al primo periodo sono riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le regioni nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica, da parte delle regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in esse residenti.

(*) Approvato l'emendamento 12-quater.1000 interamente sostitutivo dell'articolo.

EMENDAMENTI

12-quater.250

Camusso, Zampa, Zambito

Respinto

Sopprimere l'articolo.

12-quater.1000

La Relatrice

Approvato

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 12-quater

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

1. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200 del 2022, nelle Regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico il cui bacino minimo di utenza, come definito dall'allegato 2 del decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, è superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie in linea con quanto previsto dall'articolo 1, comma 496, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e con quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208 del 2015 nonché

con quanto previsto dall'articolo 1, commi 277 e 278 della legge n. 207 del 2024, ferma restando la verifica, da parte delle Regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in esse residenti.».

12-quater.0.250 (già 12.0.1)

Pirro, Castellone, Guidolin, Mazzella

Respinto

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

«Art. 12-quinquies.

(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-quater.0.251

[Calandrini, Zullo](#)

Ritirato

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

«Art. 12-quinquies

(Disposizioni urgenti per la prescrizione dei farmaci sottoposti a piano terapeutico)

1. Salvo diversa indicazione motivata da parte dell'agenzia italiana del farmaco, i farmaci sottoposti a piano terapeutico, decorsi dodici mesi dalla prima prescrizione effettuata dallo specialista per l'avvio del trattamento, possono essere prescritti, senza ulteriori impegni amministrativi, da tutti i medici operanti e non operanti nel Servizio sanitario nazionale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'agenzia medesima per ciascuna specialità medicinale.».

12-quater.0.252

[Murelli, Minasi](#) (*)

Respinto

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

«Art. 12-quinquies.

(Estensione coorte di nascita dello screening per l'epatite C - HCV)

1. All'articolo 25-sexies del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, è apportata la seguente modificazione:

a) al comma 1 dopo le parole: «In via sperimentale», aggiungere le seguenti: «e, fermo restando quanto disposto con l'intesa in Conferenza Stato Regioni n. 277 del 23 dicembre 2024 per l'anno 2025, previa verifica dell'effettivo residuo delle risorse di cui al comma 3 e limitatamente ad esse »;

b) al comma 1 sostituire le seguenti parole: «ai nati negli anni dal 1969 al 1989,» con «ai nati negli anni dal 1948 al 1989, ».

2. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.".»

(*) Ritirato dal proponente, è fatto proprio della senatrice Zambito. Aggiungono la firma in corso di seduta gli altri componenti del Gruppo PD, la senatrice Pirro e gli altri componenti del Gruppo M5S, la senatrice Sbrollini e gli altri componenti del Gruppo IV-C-RE, il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb) e il senatore Magni.

ARTICOLO 13 NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 13.

Approvato

(Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)

1. All'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) alla lettera f), le parole: «proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo » sono sostituite dalle seguenti: «approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo »;

2) alla lettera g), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale » sono sostituite dalle seguenti: « approvare la tassa annuale »;

b) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

« 4-bis. Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel comma 1, lettere f) e g), è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti che decide in via definitiva ».

EMENDAMENTI E ORDINI DEL GIORNO

13.1

Guidolin, Castellone, Mazzella, Pirro

Respinto

Sopprimere l'articolo.

13.2

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Id. em. 13.1

Sopprimere l'articolo.

13.250

Pirro

Respinto

Al comma 1, lettera a), sopprimere il numero 1).

G13.250

Minasi, Murelli

V. testo 2

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

premesso che:

il disegno di legge in esame introduce misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai livelli essenziali di assistenza (LEA), contribuendo a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza;

nell'ambito dell'esame del disegno di legge è stato presentato l'emendamento 13.0.400 (testo 2), volto a chiarire che gli oneri delle attività di rilievo sanitario, anche quando connesse a quelle socio-assistenziali, siano posti esclusivamente a carico del Fondo sanitario nazionale; l'emendamento ha tuttavia ricevuto parere contrario da parte della Commissione Bilancio ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione;

il tema della titolarità degli oneri relativi alle attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali, in particolare per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), risulta da tempo oggetto di attenzione da parte del Parlamento, delle Regioni e dell'opinione pubblica;

in linea generale, per quanto riguarda il pagamento delle rette relative alle RSA, si applica un criterio di ripartizione degli oneri tra una componente sanitaria, che rientra nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale e quindi a carico dello Stato, e una componente socio-assistenziale, che comprende voci come vitto, alloggio e altri servizi di supporto alla persona, i cui costi sono generalmente a carico dell'assistito o dei suoi familiari, con eventuale concorso dei Comuni;

recenti pronunce giurisprudenziali, relative in particolare a pazienti affetti da Alzheimer, hanno inciso in modo significativo sull'interpretazione del riparto degli oneri tra componente sanitaria e componente socio-assistenziale, determinando incertezze applicative e conseguenze economiche rilevanti per gli enti gestori delle strutture, che in numerosi casi non si vedono riconosciuto il pagamento delle rette;

si tratta di una materia delicata, che richiede una risposta normativa chiara e condivisa, capace di garantire certezza del diritto, sostenibilità finanziaria e la tutela dei diritti delle persone fragili,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di istituire un tavolo tecnico presso il Ministero della Salute, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, delle Regioni e delle

Province autonome di Trento e di Bolzano e delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle strutture socio-sanitarie, al fine di definire una soluzione normativa condivisa, sostenibile e coerente con il quadro costituzionale e giurisprudenziale vigente, che chiarisca la titolarità degli oneri relativi alle attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali.

G13.250 (testo 2)

Minasi, Murelli

Accolto

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

premesso che:

il disegno di legge in esame introduce misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai livelli essenziali di assistenza (LEA), contribuendo a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza;

nell'ambito dell'esame del disegno di legge è stato presentato l'emendamento 13.0.400 (testo 2), volto a chiarire che gli oneri delle attività di rilievo sanitario, anche quando connesse a quelle socio-assistenziali, siano posti esclusivamente a carico del Fondo sanitario nazionale; l'emendamento ha tuttavia ricevuto parere contrario da parte della Commissione Bilancio ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione;

il tema della titolarità degli oneri relativi alle attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali, in particolare per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), risulta da tempo oggetto di attenzione da parte del Parlamento, delle Regioni e dell'opinione pubblica;

in linea generale, per quanto riguarda il pagamento delle rette relative alle RSA, si applica un criterio di ripartizione degli oneri tra una componente sanitaria, che rientra nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale e quindi a carico dello Stato, e una componente socio-assistenziale, che comprende voci come vitto, alloggio e altri servizi di supporto alla persona, i cui costi sono generalmente a carico dell'assistito o dei suoi familiari, con eventuale concorso dei Comuni;

recenti pronunce giurisprudenziali, relative in particolare a pazienti affetti da Alzheimer, hanno inciso in modo significativo sull'interpretazione del riparto degli oneri tra componente sanitaria e componente socio-assistenziale, determinando incertezze applicative e conseguenze economiche rilevanti per gli enti gestori delle strutture, che in numerosi casi non si vedono riconosciuto il pagamento delle rette;

si tratta di una materia delicata, che richiede una risposta normativa chiara e condivisa, capace di garantire certezza del diritto, sostenibilità finanziaria e la tutela dei diritti delle persone fragili,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di istituire un tavolo tecnico presso il Ministero della salute, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle strutture socio-sanitarie, al fine di definire una soluzione normativa condivisa, sostenibile e coerente con il quadro costituzionale e giurisprudenziale vigente, che chiarisca la titolarità degli oneri relativi alle attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali.

G13.251

Pirro

Respinto

Il Senato,

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

premesso che:

il Capo II del presente provvedimento reca ulteriori misure in materia sanitaria;
l'articolo 13 reca misure di approvazione dei bilanci degli ordini professionali;

considerato che:

sarebbe opportuno introdurre disposizioni in materia di assistenza sanitaria aziendale da applicare ai nuovi contratti di assicurazione e ai rinnovi contrattuali,

impegna il Governo:

a porre in essere uno specifico intervento di carattere normativo al fine di stabilire la nullità della clausola che, nei contratti di assicurazione sanitaria a beneficio del lavoratore stipulati fra datori di lavoro e imprese assicuratrici, obbliga i lavoratori ad avvalersi di professionisti e strutture convenzionate con le imprese assicuratrici e a prevedere, altresì, che le previsioni contenute nelle clausole nulle siano sostituite da altre che consentono al lavoratore assicurato di avvalersi delle prestazioni di un professionista o una struttura non convenzionata con le imprese assicuratrici e di ricevere il rimborso del corrispettivo pagato.

13.0.1

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

Respinto

Dopo l'**articolo** inserire 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.».

ARTICOLO 13-BIS NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 13-bis.

Approvato

(Modifica all'articolo 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213)

1. All'articolo 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «Le disposizioni di cui al primo periodo si applicano anche ai dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della salute e, in ogni caso, alla scadenza del termine di cui al medesimo primo periodo, i predetti dirigenti sanitari e i dirigenti sanitari del Ministero della salute sono equiparati, ai fini pensionistici, ai dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale. »

2. Dall'attuazione del comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione dello stesso con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

EMENDAMENTI

13-bis.250

[Zambito, Camusso, Zampa](#)

Non posto in votazione (*)

Sopprimere l'articolo.

(*) Approvato il mantenimento dell'articolo.

13-bis.0.250

[Liris](#)

Ritirato

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

«Art. 13-bis.1

(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".

2. In ogni caso non può esservi equiparazione economica della borsa di studio prevista per il corso di formazione specifica in Medicina generale con i trattamenti economici dei medici in formazione specialistica.».

ARTICOLO 13-TER NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 13-ter.

Approvato

(Modifiche all'articolo 2 della legge 15 settembre 2023, n. 130)

1. All'articolo 2, comma 1, della legge 15 settembre 2023, n. 130, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'alinea, le parole: « composto da tredici membri » sono sostituite dalle seguenti: « composto da un numero di componenti non superiore a diciannove »;

b) la lettera c) è sostituita dalla seguente: « c) otto medici, quattro per ciascuna patologia, di comprovata esperienza in campo nazionale e internazionale nella diagnosi e nella cura, preferibilmente in età pediatrica, del diabete di tipo 1 e della celiachia »;

c) alla lettera d), le parole: « due rappresentanti » sono sostituite dalle seguenti: « fino a tre rappresentanti »;

d) dopo la lettera d) è aggiunta la seguente:

« d-bis) un rappresentante, per ciascuna patologia, delle società scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, del diabete di tipo 1 e della celiachia ».

2. In attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute provvede ad integrare la composizione dell'osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia, in conformità a quanto previsto dall'articolo 2 della legge 15 settembre 2023, n. 130, come modificato dal comma 1 del presente articolo.

EMENDAMENTO

13-ter.250

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

Al comma 1, sopprimere la lettera a)

ARTICOLO 13-QUATER NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 13-quater.

Approvato

(Modifica all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e presidi sanitari di prossimità)

1. All'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le disposizioni di cui al primo periodo si applicano nei limiti e con riferimento all'ambito oggettivo previsto, anche in deroga agli *standard* relativi al numero di posti letto previsti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, in un arco di tempo necessario alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro il 31 dicembre 2026 ».

2. Le strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento istituzionale con il Servizio sanitario nazionale, comprese la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, sono riconosciute quali presidi sanitari di prossimità del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale e partecipano anche all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale secondo le indicazioni della programmazione sanitaria e previ autorizzazione, accreditamento istituzionale e contrattualizzazione di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

EMENDAMENTI

13-quater.250

Magni, De Cristofaro, Cucchi

Respinto

Al comma 1, sostituire le parole da: «si applicano» fino alla parola: «previsto, anche», con le seguenti: «in ogni caso, non si applicano».

13-quater.251

Camusso, Zambito, Zampa

Respinto

Sopprimere il comma 2.

ARTICOLI DA 13-QUINQUIES A 13-SEPTIES NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 13-quinquies.

Approvato

(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 odontoiatrice».

Art. 13-sexies.

Approvato

(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 dell'Albo professionale dei chimici e dei fisici, di coloro che hanno conseguito, rispettivamente, uno dei titoli di studio di cui alle tabelle C e D di cui all'allegato al decreto del Ministro della salute 23 marzo 2018 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 128 del 5 giugno 2018, e che dimostrino, alternativamente:

a) di avere 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 avere 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 avere completato almeno il secondo anno di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria;

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

2. Il comma 5 dell'articolo 6 del citato decreto del Ministro della salute 23 marzo 2018 è abrogato.

Art. 13-septies.

Approvato

(Clausola di salvaguardia)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le disposizioni di cui alla presente legge compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

EMENDAMENTO

13-septies.250 (già em 13.0.14)

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

Respinto

Sostituire l'articolo, con il seguente:

«Art. 13-septies

(Clausola di salvaguardia)

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 legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.»