

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	13
SEDE REFERENTE:	
Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria. C. 2365 Governo, approvato dal Senato (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	13
ALLEGATO (<i>Proposte emendative</i>)	16
ERRATA CORRIGE	15

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

Giovedì 10 luglio 2025.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 12.05 alle 12.10.

SEDE REFERENTE

Giovedì 10 luglio 2025. — Presidenza del vicepresidente Luciano CIOCCHETTI.

La seduta comincia alle 15.

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria. C. 2365 Governo, approvato dal Senato.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta dell'8 maggio 2025.

Luciano CIOCCHETTI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in

videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Avverte che, alla scadenza del termine, fissato alle ore 10 di martedì 24 giugno, sono state presentate 366 proposte emendative al disegno di legge (*vedi allegato*).

Con riferimento ai profili di ammissibilità, fa presente che, ai sensi dell'articolo 89 del Regolamento, sono da considerarsi inammissibili gli emendamenti e gli articoli aggiuntivi che siano relativi ad argomenti affatto estranei all'oggetto della discussione. Nell'effettuare tale valutazione nel caso di specie, la presidenza ha tenuto conto del contenuto ampio del disegno di legge in esame, nel testo trasmesso dal Senato, e ha pertanto adottato criteri non restrittivi.

Ciò premesso, comunica che vi sono alcune proposte emendative che sono da ritenersi inammissibili alla luce dei citati criteri: Quartini 3.01, che reca disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, stabilendo per gli anni 2025 e 2026 un determinato rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo; Comaroli 3.02, che estende ai lavoratori dipendenti nominati direttori socio-sanitari l'istituto del collocamento in aspettativa senza

assegni e il diritto al mantenimento del posto; Ciani 5.14, limitatamente ai commi 3 e 4, recanti, rispettivamente, specifiche disposizioni in materia di titoli per l'iscrizione ai corsi di specializzazione *post laurea* afferenti all'area dei servizi di medicina di laboratorio e di modalità con cui le università possono organizzare i predetti corsi; Zanella 5.012, limitatamente al comma 2, in quanto introduce disposizioni volte a disciplinare il monopolio statale della coltivazione, lavorazione, introduzione, importazione e vendita della *cannabis* e dei suoi derivati; Sportiello 5.014, che estende alla professione sanitaria ostetrica l'indennità della professione infermieristica; Lancelotta 6.7, recante una disposizione interpretativa riguardante l'inquadramento del personale medico e sanitario di elevata professionalità assunto dagli enti universitari; Malavasi 7.13, che detta disposizioni relative alla stabilizzazione del personale assunto a tempo determinato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL); Ciancitto 7.17, che detta disposizioni in merito alla nomina del commissario straordinario delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN; Ciancitto 7.20, che estende alle aziende e agli enti del SSN la disciplina relativa ai compensi da corrispondere al presidente, ai membri e al segretario delle commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici; gli identici Malavasi 7.01, Faraone 7.02 e Zanella 7.03, recanti varie disposizioni concernenti i componenti delle commissioni concorsuali; Marianna Ricciardi 7.012, che istituisce e disciplina un Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale della Polizia di Stato dedicato al rafforzamento della sicurezza delle strutture sanitarie; Faraone 7.017, che detta disposizioni in tema di finanziamento del SSN; Quartini 8.5, che reca una disciplina articolata concernente l'assistenza sanitaria integrativa; Cattoi 9.02, che modifica alcune disposizioni in materia di incompatibilità tra la prescrizione dei medicinali e l'esercizio della farmacia; Quartini 12.03, che introduce una nuova disciplina relativa ai criteri di nomina dei direttori generali, dei direttori

amministrativi e di quelli sanitari; Marianna Ricciardi 12.08, che introduce agevolazioni fiscali per contrastare la diffusione della miopia tra i bambini e i preadolescenti; Girelli 13.05, che interviene in materia di imputazione al Fondo sanitario nazionale delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali; gli identici Malavasi 13.06 e Quartini 13.07, e l'articolo aggiuntivo Loizzo 13.010, che inseriscono gli atti normativi della Conferenza Stato-Regioni tra le fonti per la definizione del campo di attività delle professioni sanitarie; Marianna Ricciardi 13.011, che detta disposizioni relative alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali nell'esercizio della professione sanitaria; Marianna Ricciardi 13.012, che istituisce presso il Ministero della salute un Fondo di solidarietà sociale, finalizzato a indennizzare i danni sanitari, in alternativa a un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria; Mulè 13.019, che detta disposizioni relative agli obblighi dell'appaltatore nel contratto di appalto; Mulè 13.020, che prevede un'esenzione dall'IVA delle prestazioni rese ai ricoverati e agli accompagnatori dei ricoverati; gli identici Pretto 13.022 e Gadda 13.023, che rimettono a un decreto del Ministro della salute la definizione di una nuova disciplina in tema di Anagrafe dei fondi sanitari integrativi; Girelli 14.017, che introduce e disciplina una sperimentazione in materia di utilizzo dei dati sanitari; Faraone 14.018, che riconosce ulteriori dieci ore annue di permesso retribuito per visite, esami strumentali, analisi nonché cure mediche frequenti ai lavoratori dipendenti affetti da malattie oncologiche o da malattie invalidanti o croniche; Furfaro 14.019, recante disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, stabilendo per gli anni dal 2025 al 2028 un determinato rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo; Loizzo 15.017, che interviene sulla legge n. 91 del 1999, in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti; Schifone 16.03, che prevede e disciplina un elenco nazionale dei direttori delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie; La Salandra 19.01, che prevede le condizioni alle quali gli Istituti zooprofilat-

tici sono autorizzati ad effettuare assunzioni di personale; Malavasi 21.01, che sopprime il requisito dei cinque anni di attività per l'attribuzione al dirigente di funzioni di alta specializzazione e di incarichi di direzione di strutture semplici; Loizzo 22.05, che attribuisce funzioni di responsabile del benessere degli animali utilizzati a fini scientifici anche ai laureati in farmacia e chimica; Loizzo 23.03, che detta disposizioni relativi agli scarichi nelle reti fognarie dei rifiuti organici che si producono nelle strutture sanitarie; Marianna Ricciardi 24.01, che detta disposizioni in materia di scorrimento delle graduatorie per l'ammissione ai corsi universitari ad accesso programmato; Cavandoli 25.06, che interviene in tema di detrazione IVA sugli alimenti a fini medici speciali (AFMS); Ciancitto 25.07,

che interviene in tema di detrazione IVA sugli alimenti a fini medici speciali (AFMS).

Avverte che, come già stabilito in sede di ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, eventuali ricorsi avverso la declaratoria di inammissibilità potranno essere presentati entro le ore 18 della giornata odierna.

Nessuno chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.15.

ERRATA CORRIGE

Nel *Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari* n. 522 del 2 luglio 2025, a pagina 236, seconda colonna, ultima riga, la parola « Testo. » è soppressa.

ALLEGATO

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria. C. 2365 Governo, approvato dal Senato.**PROPOSTE EMENDATIVE**

ART. 1.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: Il medico aggiungere le seguenti: e l'odontoiatra.

1.1. Rosso.

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le parole: a cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia.

*** 1.2.** Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

*** 1.3.** Zanella.

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

1.4. Zanella.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: classe di priorità aggiungere le seguenti: nonché un codice identificativo della prescrizione generato automaticamente, utile a garantire la tracciabilità e la verifica della presa in carico da parte delle strutture sanitarie,.

1.5. Lucaselli.

Al comma 1, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole: , garantendo il rispetto delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni di appropriatezza riportate nel nomenclatore di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017,

come aggiornate dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA.

*** 1.6.** Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

*** 1.7.** Ciani, Stumpo, Girelli, Furfaro, Malavasi.

Al comma 1, terzo periodo, sostituire le parole: sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati *con le seguenti:* sentiti le federazioni e i consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie.

**** 1.8.** Stumpo, Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani.

**** 1.9.** Zanella.

**** 1.10.** Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello.

Al comma 1, terzo periodo, sostituire le parole: degli operatori sanitari interessati *con le seguenti:* dei professionisti socio-sanitari.

1.11. Ciani, Stumpo, Girelli, Malavasi, Furfaro.

Al comma 1, terzo periodo, dopo le parole: operatori sanitari interessati *aggiungere le seguenti:* e le società scientifiche di riferimento per l'elaborazione delle linee guida prescrittive fondate sulla *Evidence Based Medicine* (EBM).

1.12. Giorgianni.

Al comma 2, dopo le parole: Servizio sanitario nazionale, *aggiungere le seguenti:* nonché quanto previsto dal decreto legisla-

tivo 9 novembre 2007, n. 206, e dal decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15, in materia di promozione del superamento della disomogeneità della pianificazione dei percorsi diagnostico-assistenziali dell'area ostetrico-ginecologica e neonatale,.

1.13. Girelli, Ciani, Malavasi, Stumpo, Furfaro.

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

* **1.14.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **1.15.** Zanella.

Al comma 2, dopo le parole: al medico specialista aggiungere le seguenti: della struttura pubblica.

1.16. Sportiello, Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi.

Al comma 2, dopo le parole: prendere in carico l'assistito aggiungere le seguenti: cui è riconosciuta l'esenzione 048 temporanea per sospetto diagnostico.

1.18. Gardini.

Al comma 2, sostituire le parole: direttamente o attraverso la con le seguenti: in collaborazione con il team multiprofessionale della.

* **1.19.** Ciani, Stumpo, Furfaro, Girelli, Malavasi.

* **1.20.** Zanella.

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

Conseguentemente, al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: multidisciplinari e interdisciplinari.

1.21. Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro, Quartini.

Al comma 2, aggiungere, in fine, la parola: multidisciplinari.

1.22. Zanella.

Al comma 3, dopo le parole: decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, aggiungere le seguenti: sentite le organizzazioni di pazienti oncologici iscritte nella sezione Reti associative del Registro unico nazionale del Terzo settore, ai sensi dell'articolo 41 del Codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, o che abbiano la forma giuridica di associazioni di secondo livello iscritte al predetto Registro,.

1.23. Gardini.

Al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: , con particolare attenzione ai percorsi dedicati ai minori e alle famiglie economicamente fragili, anche prevedendo modalità prioritarie di accesso e accompagnamento psicologico personalizzato.

1.24. Gardini.

Al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: , includendo specifici percorsi per la preservazione della fertilità.

1.25. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da malattia di Parkinson, in applicazione del Piano nazionale della cronicità, di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 15 settembre 2016, il Ministro della salute, con proprio de-

creto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'AGENAS, previa intesa in sede di Conferenza unificata, adotta le linee di indirizzo contenenti *standard* minimi omogenei per la redazione dei PDTA regionali per la malattia di Parkinson.

* **1.26.** Patriarca, Benigni.

* **1.27.** Loizzo, Lazzarini, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

* **1.28.** Rotondi, Ciocchetti.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Al fine di garantire l'aggiornamento delle linee guida nazionali per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson, è autorizzata la spesa di 100.000 euro per l'anno 2025 in favore dell'Istituto superiore di sanità. Agli oneri derivanti dal presente comma, pari a 100.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

1.29. Lazzarini, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Al fine di tutelare i pazienti affetti da obesità e garantire loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'AGENAS, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogenei per la redazione dei PDTA regionali in ambito di trattamento dell'obesità.

1.30. Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Con la procedura di cui al comma 3, il Ministro della salute adotta linee guida contenenti *standard* omogenei per la redazione dei PDTA per il tumore della mammella. Gli *standard* di cui al presente comma garantiscono, salvo specifiche controindicazioni, l'intervento ricostruttivo in un'unica soluzione come opzione di prima scelta, nonché, per le pazienti ad elevato rischio di sviluppare il tumore, nei casi da individuare con la medesima procedura di cui al comma 3, gli interventi di mastectomia profilattica e di mastectomia preventiva controlaterale.

1.31. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Al comma 4, 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).

* **1.32.** Stumpo, Ciani, Girelli, Furfaro, Malavasi.

* **1.33.** Zanella.

Al comma 4, lettera c), aggiungere, in fine, le seguenti parole: e, a parità di classe di priorità, è data precedenza nell'accesso alle madri lavoratrici con figli minori.

1.34. Gardini.

Dopo il comma 4, aggiungere i seguenti:

4-bis. L'assegnazione dei codici di priorità deve avvenire, ove possibile, mediante *triage* specialistico o tramite utilizzo di algoritmi clinici validati a livello nazionale, in grado di garantire omogeneità e trasparenza nella valutazione del bisogno clinico.

4-ter. Le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, sono tenute a garantire corsie preferenziali nell'accesso alle prestazioni per:

a) pazienti oncologici;

b) soggetti fragili e affetti da patologie croniche invalidanti;

c) persone con disabilità certificata ai sensi della normativa vigente.

4-quater. Per i soggetti di cui al comma 4-ter, lettera c), le regioni promuovono l'istituzione di reparti dedicati e l'impiego di personale sanitario specializzato, al fine di assicurare un'assistenza sanitaria adeguata, personalizzata e accessibile, in ambienti compatibili con le specifiche esigenze di tali pazienti.

4-quinquies. Il Ministro della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome, adotta, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un decreto recante:

a) i criteri tecnici per la validazione degli algoritmi clinici;

b) le linee guida per l'assegnazione uniforme delle priorità;

c) le modalità di monitoraggio delle prestazioni con priorità codificata e dei tempi effettivi di erogazione.

1.35. Longi.

Al comma 5, sostituire le parole: attuano ogni utile iniziativa per garantire *con le seguenti:* garantiscono.

1.36. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. In caso di reiterato mancato rispetto dei tempi massimi di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a definire misure specifiche di responsabilizzazione nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie, anche mediante meccanismi di verifica straordinaria della gestione e possibile revisione anticipata degli incarichi, nel rispetto dell'autonomia organizzativa regionale.

1.37. Faraone.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. Le regioni pubblicano con cadenza trimestrale i dati aggregati sul rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità, suddivisi per struttura e tipologia di prestazione.

1.38. Lucaselli.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. Le strutture private accreditate costituiscono parte integrante dell'offerta territoriale pubblica quali presidi sanitari riconosciuti.

1.39. Faraone.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. Le strutture private accreditate sono riconosciute quali presidi territoriali del Servizio sanitario nazionale.

1.40. Faraone.

Al comma 6, dopo le parole: delle aziende ospedaliere *aggiungere le seguenti:* e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

1.41. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Al comma 6, dopo le parole: presso gli studi di medicina generale *aggiungere le seguenti:* e i consultori familiari.

1.42. Girelli, Stumpo, Ciani, Malavasi, Furfaro.

Al comma 6, dopo le parole: presso gli studi di medicina generale *aggiungere le seguenti:* e le farmacie convenzionate territoriali.

1.43. Giorgianni.

Al comma 6, dopo le parole: erogatori privati accreditati, *aggiungere le seguenti:* che costituiscono presidi sanitari territoriali,.

Conseguentemente, ai commi 7, primo periodo, e 8, dopo le parole: erogatori privati accreditati aggiungere le seguenti: , che costituiscono presidi sanitari territoriali.

1.44. Faraone.

Al comma 6, aggiungere, in fine, le parole: , compresi gli studi e le strutture di psicoterapia.

* **1.45.** Zanella.

* **1.46.** Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello.

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

6-bis. Al fine di garantire trasparenza e continuità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, le aziende sanitarie pubbliche e gli erogatori privati accreditati rendono integralmente visibili e prenotabili le agende relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per un periodo non inferiore a centoventi giorni consecutivi. È vietata ogni forma di chiusura anticipata o artificiale delle agende, fatta eccezione per i casi di forza maggiore debitamente motivati. L'inosservanza di tali obblighi comporta la segnalazione alle competenti direzioni aziendali e alle autorità regionali di controllo, ai fini dell'adozione delle misure correttive e sanzionatorie previste dalla normativa vigente.

1.47. Giorgianni.

Al comma 7, premettere il seguente periodo: Al responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) sono affidati i compiti sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

* **1.49.** Stumpo, Furfaro, Malavasi, Ciani, Girelli.

* **1.50.** Giagoni, Loizzo, Matone, Pretto.

Al comma 7, primo periodo, sostituire le parole: dai propri assistiti con le seguenti: dagli assistiti.

** **1.52.** Girelli, Furfaro, Malavasi, Ciani, Stumpo.

** **1.53.** Sportiello, Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi.

Al comma 7, primo periodo, dopo le parole: ospedaliero nonché aggiungere le seguenti: , esclusivamente nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati con la regione e le province autonome di Trento e Bolzano, e in coerenza con il fabbisogno sanitario, la programmazione regionale e i vincoli di sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale.

1.54. Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro, Quartini.

Al comma 7, primo periodo, sostituire la parola: accreditati con la seguente: convenzionati.

1.55. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Al comma 7, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole: , 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.

1.57. Zanella.

Al comma 7, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: L'erogazione di prestazioni da parte di enti privati accreditati è consentita esclusivamente nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati con le regioni 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.

1.58. Girelli, Furfaro, Malavasi, Stumpo, Ciani.

Al comma 7, ultimo periodo, dopo le parole: valutazione dell'attività aggiungere le seguenti: e dell'erogazione di premi o penalità economici proporzionati al grado di raggiungimento degli obiettivi previsti.

1.59. Faraone.

Dopo il comma 7, aggiungere il seguente:

7-bis. In considerazione delle nuove responsabilità attribuite ai direttori generali delle aziende sanitarie, le regioni, nel rispetto dei limiti delle risorse disponibili sul fondo sanitario regionale e in deroga a quanto disposto dall'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, possono adeguare il trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, delle aziende di coordinamento e delle agenzie sanitarie regionali, in misura non superiore all'80 per cento del limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. Conseguentemente, le regioni adeguano il trattamento economico complessivo dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari in misura non superiore all'80 per cento del trattamento economico previsto per i direttori generali, rideterminato ai sensi del primo periodo.

Conseguentemente, all'articolo 12, comma 2, terzo periodo, sostituire le parole: del predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento *con le seguenti:* dei predetti obiettivi non può essere inferiore al 50 per cento.

1.60. Morgante.

Dopo il comma 7, aggiungere il seguente:

7-bis. In considerazione delle nuove responsabilità attribuite ai direttori generali delle aziende sanitarie, le regioni, nel rispetto dei limiti delle risorse disponibili sul fondo sanitario regionale e in deroga a quanto disposto dall'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, possono adeguare il trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende

sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli IRCCS pubblici, delle aziende di coordinamento e delle agenzie sanitarie regionali, in misura non superiore all'80 per cento del limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e successive modifiche e integrazioni. Conseguentemente, le regioni possono adeguare il trattamento economico complessivo dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari in misura non superiore all'80 per cento del trattamento economico previsto per i direttori generali, rideterminato ai sensi del primo periodo.

1.61. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo il comma 7, aggiungere il seguente:

7-bis. Le regioni che presentano caratteristiche di insularità, bassa densità abitativa o significativa disomogeneità territoriale possono, nell'ambito della predisposizione dei piani strategici annuali di cui al comma 7, adottare specifiche soluzioni organizzative e operative, anche in deroga agli *standard* ordinari, purché coerenti con gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e con il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, valorizzando in particolare i presidi sanitari di prossimità, la medicina territoriale e l'impiego di soluzioni di telemedicina.

1.62. Polo.

Al comma 8, primo periodo, dopo le parole: ospedaliera nonché *aggiungere le seguenti:* , esclusivamente nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, e in coerenza con il fabbisogno sanitario, la programmazione regionale e i vincoli di sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale,.

1.63. Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello.

Al comma 8, sostituire la parola: accreditati con la seguente: convenzionati.

1.64. Sportiello, Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi.

Al comma 8, dopo le parole: e i pediatri di libera scelta aggiungere le seguenti: , nonché le ostetriche e gli altri professionisti sanitari,.

1.65. Malavasi, Stumpo, Girelli, Furfaro, Ciani.

Al comma 8, dopo le parole: e i pediatri di libera scelta aggiungere le seguenti: e gli altri professionisti sanitari.

*** 1.66.** Malavasi, Furfaro, Ciani, Girelli, Stumpo.

*** 1.67.** Zanella.

Al comma 8, aggiungere, in fine, le parole: , nonché gli psicologi dei servizi ospedalieri e specialistici e quelli di assistenza primaria.

**** 1.68.** Zanella.

**** 1.69.** Di Lauro, Sportiello, Quartini, Marianna Ricciardi.

Al comma 8, aggiungere, in fine, le parole: , gli infermieri di comunità e i case manager.

1.70. Giorgianni.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

9. Al fine di tutelare le persone con patologie croniche nella transizione dalla fase infantile-adolescenziale a quella adulta garantendo loro sistemi organizzativi volti a ridurre la discontinuità dell'assistenza medica, il Ministro della salute, con proprio decreto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'AGENAS, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai

sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta linee guida contenenti standard organizzativi minimi omogenei sulla base dei seguenti principi:

a) eliminazione delle difficoltà burocratiche e amministrative che caratterizzano il passaggio di competenze tra il pediatra di libera scelta e il medico di medicina generale;

b) percorsi di cura che stabiliscano un costante dialogo tra il medico pediatra e il medico di medicina generale;

c) team multidisciplinari costituiti da professionalità idonee a prendersi cura della patologia e delle difficoltà conseguenti, fornendo tra l'altro il necessario supporto psicologico al paziente e alla famiglia;

d) promozione di programmi di formazione funzionali volti a consentire al personale sanitario di supportare al meglio la fase di transizione del paziente dal pediatra di libera scelta al medico di medicina generale.

1.71. Girelli, Malavasi, Ciani, Furfaro, Stumpo.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

9. Previa verifica della disponibilità delle strutture ospedaliere, al fine di abbattere i tempi delle liste d'attesa e di garantire il costante e corretto funzionamento dei macchinari, le strutture ospedaliere possono erogare visite ed esami diagnostici nei giorni festivi nonché nei giorni feriali nelle ore notturne.

1.72. Romano, Brambilla.

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

Art. 1-bis.

(Appropriatezza e competenza nell'erogazione delle prestazioni genetiche)

1. Le prestazioni sanitarie nell'ambito della genetica medica, incluse le attività di consulenza genetica, prescrizione, esecuzione, refertazione e interpretazione cli-

nica di test genetici a fini diagnostici, predittivi, prenatali o di *screening*, sono erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica, tutela della persona e garanzia del consenso informato. La prescrizione, l'interpretazione clinica e la restituzione dei risultati di test genetici sono riservate in via esclusiva ai medici specialisti in genetica medica, iscritti all'albo dell'ordine professionale e abilitati all'esercizio della professione in Italia.

2. L'accesso a test genetici in ambito clinico è subordinato alla consulenza genetica effettuata da uno specialista in genetica medica, sia nella fase *pre-test* che *post-test*, da documentarsi nella cartella clinica o nella documentazione sanitaria individuale.

3. Le strutture sanitarie pubbliche, private o accreditate che erogano prestazioni genetiche devono garantire, ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento, la presenza stabile e documentata di almeno un medico specialista in genetica medica, responsabile dell'appropriatezza clinica e della supervisione delle attività di genetica.

4. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità e sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità attuative del presente articolo, inclusi i requisiti minimi organizzativi e professionali delle strutture autorizzate all'erogazione delle prestazioni genetiche, nonché i criteri di verifica e controllo sul rispetto delle disposizioni.

1.01. Longi.

ART. 2.

Al comma 1, lettera b), aggiungere, in fine, le parole: , prevedendo altresì una sezione pubblicamente accessibile nella quale l'utente possa consultare i tempi medi di attesa per prestazione, struttura e regione.

2.1. Lucaselli.

Al comma 1, lettera e), aggiungere, in fine, le parole: , anche attraverso l'obbligo per tutte le aziende sanitarie di pubblicare in formato aperto e accessibile *online* i tempi medi di attesa per ciascuna prestazione e struttura, secondo modalità tecniche definite dal Ministero della salute.

2.2. Gardini.

Al comma 1, lettera f), numero 1), aggiungere, in fine, le parole: , ivi compresi i presidi sanitari territoriali identificati negli operatori privati accreditati.

2.3. Faraone.

Al comma 1, lettera f), numero 4), aggiungere, in fine, le parole: intese quali presidi sanitari sia pubblici che privati accreditati convenzionati.

2.4. Faraone.

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

4-bis) gli 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.** Zanella.

*** 2.6.** Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro, Quartini.

Al comma 1, dopo la lettera f), aggiungere la seguente:

g) garantire che le prestazioni richieste per gli esami di *follow-up* siano erogate conformemente alle esigenze di monitoraggio delle cure e dell'andamento della malattia così come prescritte dal medico curante.

2.7. Romano, Brambilla.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Nell'ambito del SINGLA, l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentito esclusivamente nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, che non violano le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscono che la prestazione sanitaria non è più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria.

2.8. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Nell'ambito del SINGLA, la struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie di prestazioni di cui al primo periodo sono distinte e indipendenti e, in ogni caso, per le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale è attivo, esclusivamente, il centro unico di prenotazione regionale al quale deve essere fatto apposito rinvio.

2.9. Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello.

Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole: i rappresentanti delle associazioni dei pazienti *con le seguenti:* i rappresentanti delle organizzazioni di pazienti iscritte nella sezione Reti associative del Registro unico nazionale del Terzo settore ai sensi dell'articolo 41 del codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, o che abbiano la forma giu-

ridica di associazioni di secondo livello iscritte al predetto Registro.

2.10. Gardini.

Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole: delle associazioni dei pazienti, *aggiungere le seguenti:* delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative,.

* **2.11.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **2.12.** Zanella.

* **2.13.** Faraone.

Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il Ministero della salute assicura il coinvolgimento delle principali organizzazioni di rappresentanza dei pazienti nell'elaborazione delle linee guida nazionali.

2.14. Lucaselli.

Al comma 4, sostituire le parole: è individuato un indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica *con le seguenti:* sono individuati due indicatori idonei a misurare l'aderenza terapeutica e il consumo dei farmaci biosimilari e il relativo risparmio annuo.

2.15. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. Al fine di garantire l'equità distributiva attraverso un efficace sistema di remunerazione e adeguati livelli della qualità dei servizi erogati nonché di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale e i casi di scelta delle procedure di selezione dei pazienti sulla base della minore complessità dei casi o dell'attribuzione di tariffe più remunerative, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente

per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, è ridefinito in via sperimentale il sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente.

2.16. Quartini, Di Lauro, Marianna Ricciardi, Sportiello.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. Le regioni, ivi comprese quelle a statuto speciale, e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvedono al riconoscimento delle strutture private accreditate convenzionate quali presidi territoriali del Servizio sanitario regionale a garanzia del rispetto dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea sul territorio regionale.

2.17. Faraone.

Sostituire il comma 5 con i seguenti:

5. Ai fini del funzionamento del SINGLA, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 3 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, da destinare all'attuazione delle funzioni di cui al comma 1.

6. Agli oneri derivanti dal comma 5 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

2.18. Faraone.

Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:

Art. 2-bis.

(Modifica dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2024, n. 207, in materia di premialità di liste di attesa)

1. All'articolo 1, comma 359, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, è aggiunto, in

fine, il seguente periodo: « Ai fini dell'efficientamento dell'offerta assistenziale in ottica di governo e riduzione delle liste di attesa, i criteri di cui al precedente periodo devono tenere conto, in via prioritaria, delle misure poste in essere dalle regioni, anche nell'ambito degli accordi integrativi regionali, per incentivare l'utilizzo, da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri professionisti sanitari, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata delle agende e degli appuntamenti ».

* **2.01.** Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

* **2.02.** Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

* **2.03.** Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:

Art. 2-bis.

(Conferma delle prenotazioni sanitarie e contrasto alle assenze ingiustificate)

1. Al fine di migliorare l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e di ridurre i tempi di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, adottano misure volte a contrastare le assenze ingiustificate da parte degli assistiti che non si presentano alla visita o all'esame prenotato senza aver provveduto alla relativa disdetta.

2. Le aziende sanitarie e ospedaliere impiegano sistemi digitali o telefonici per richiedere agli assistiti, almeno 48 ore prima della data prevista per l'erogazione della prestazione, la conferma della presenza alla visita prenotata. In caso di disdetta, che resta gratuita, la prenotazione è immediatamente resa disponibile per altri assistiti.

3. In caso di mancata presentazione ingiustificata alla visita o prestazione prenotata, per almeno due volte in un anno solare, è disposta, da parte dell'azienda sanitaria competente, la sospensione temporanea del diritto alla prenotazione tra-

mite il sistema sanitario pubblico per un periodo massimo di sei mesi, salvo gravi e documentati motivi.

4. Le regioni istituiscono un sistema di monitoraggio delle assenze ingiustificate, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di prenotazione e gestione delle agende, e provvedono alla redazione di un *report* semestrale sull'impatto delle assenze e sulle misure correttive adottate, da trasmettere al Ministero della salute.

5. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee guida nazionali per l'uniforme applicazione delle misure di cui al presente articolo, nel rispetto dei principi di equità, proporzionalità e continuità assistenziale.

2.04. Giorgianni.

ART. 3.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: il sito internet istituzionale del medesimo Ministero aggiungere le seguenti: accessibile anche in versione mobile dagli smartphone e, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: Le segnalazioni delle associazioni dei pazienti sono valutate in via prioritaria.

3.1. Cattoi, Giagoni, Loizzo, Matone, Pretto, Nisini.

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 del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

3.2. Zanella.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Le segnalazioni impongono al Ministero della salute di verificarne l'attendibilità e di avviare le necessarie ispezioni

ovvero di fornire adeguata motivazione in caso di inerzia.

3.3. Sportiello, Di Lauro, Quartini, Marianna Ricciardi.

Al comma 2, primo periodo, sostituire le parole: pari a 305.000 euro con le seguenti: pari a 1 milione di euro e, al secondo periodo, sostituire le parole: pari a 40.000 euro con le seguenti: pari a 500.000 euro.

3.4. Faraone.

Al comma 3, primo periodo, dopo le parole: tutela della salute aggiungere le seguenti: e i rappresentanti delle organizzazioni di pazienti iscritte nella sezione Reti associative del Registro unico nazionale del Terzo settore, ai sensi dell'articolo 41 del codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, o che abbiano la forma giuridica di associazioni di secondo livello iscritte al predetto Registro.

3.5. Gardini.

Al comma 3, primo periodo, dopo le parole: tutela della salute aggiungere le seguenti: nonché i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e veterinaria.

*** 3.6.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

*** 3.7.** Zanella.

Al comma 3, primo periodo, dopo le parole: tutela della salute aggiungere le seguenti: nonché i rappresentanti delle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative.

**** 3.8.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

**** 3.9.** Zanella.

**** 3.10.** Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro, Quartini.

**** 3.11.** Faraone.

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

3.12. Girelli, Malavasi, Stumpo, Furfaro, Ciani.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

4. Il Ministero della salute, entro il 31 dicembre di ciascun anno, pubblica sul proprio sito istituzionale un *report* annuale contenente dati aggregati relativi alle segnalazioni ricevute nel registro di cui al comma 1, suddivisi per tipologia di segnalazione, area geografica di riferimento, struttura sanitaria interessata. Il *report* è trasmesso all'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa e alle regioni e province autonome per le opportune valutazioni.

3.13. Giorgianni.

Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

Art. 3-bis.

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale, 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 8 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, 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, le parole: « per l'anno 2023 » sono sostituite dalle seguenti: « per gli anni 2023, 2024 e 2025 »;

b) il comma 2 è sostituito dal 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) il comma 3 è soppresso;

d) il comma 4 è sostituito dal 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) il comma 5-*bis* è soppresso.

7. Al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, 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.

3.01. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

Art. 3-*bis*.

(Disposizioni relative al direttore socio-sanitario)

1. All'articolo 3-*bis*, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,

è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le disposizioni previste dal presente comma si applicano altresì al direttore socio-sanitario, ove previsto dalle leggi regionali che assumono l'immediato onere finanziario per gli aspetti relativi al trattamento di quiescenza e di previdenza ».

3.02. Comaroli, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Cattaneo.

ART. 4.

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:

Art. 4-bis.

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

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

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

a) in servizio nell'unità operativa di pronto soccorso della medesima azienda o ente;

b) in servizio presso altre unità operative della medesima azienda o ente, purché inquadrati in discipline equipollenti o affini alla medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza;

c) in servizio presso l'unità operativa di pronto soccorso di altre aziende o enti,

previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni;

d) in servizio presso diverse unità operative di altre aziende o enti, purché inquadrati in discipline equipollenti o affini alla medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni.

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

a) in servizio presso le unità operative di anestesia e rianimazione della medesima azienda o ente;

b) in servizio presso le unità operative di anestesia e rianimazione di altre aziende o enti della regione, previa stipula di apposita convenzione tra amministrazioni.

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

5. Per l'anno 2025 le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possono ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area sanità del 23 gennaio 2024, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 27, comma 8, del medesimo contratto collettivo nazionale di lavoro, in deroga alla contrattazione, può essere aumentata fino

a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nonché per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 9, comma 5, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro – triennio 2019-2021 relativo al personale del comparto sanità, per le quali la tariffa oraria può essere aumentata fino a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, pari a complessivi 50 milioni di euro per il personale medico e a complessivi 20 milioni di euro per il personale infermieristico per l'anno 2025. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

6. Entro il 30 settembre 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.

* **4.01.** Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

* **4.02.** Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:

Art. 4-bis.

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

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

« 8-ter. Al fine di potenziare l'organico del personale qualificato per il contrasto e la gestione delle emergenze legate alle epizootie sul territorio nazionale, i medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, che alla data di entrata in vigore della presente disposizione figurano come titolari di incarico convenzionale a tempo indeterminato, per almeno 29 ore per settimana, presso le aziende sanitarie, comunque denominate, o presso altri enti del Servizio sanitario nazionale e in possesso del titolo di specializzazione richiesto per l'accesso alla Area funzionale di destinazione, previo giudizio di idoneità da espletarsi con le procedure del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997, n. 365, a domanda sono inquadrati nei ruoli dirigenziali, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della sanità, sentita la Conferenza delle regioni e delle province autonome. Ai medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati che alla data di entrata in vigore della presente disposizione ancora non hanno maturato o perfezionato i requisiti richiesti dal presente comma, sarà comunque data la possibilità di presentare la domanda fino al 31 dicembre 2025. Le ore di incarico a tempo indeterminato lasciate dai medici veterinari convenzionati che a domanda saranno inquadrati nei ruoli della dirigenza veterinaria ai sensi del presente

comma saranno rese indisponibili per la pubblicazione di nuovi incarichi, fatto salvo il possibile utilizzo di quelle strettamente necessarie per l'incremento orario dei turni dei medici veterinari specialisti ambulatoriali già titolari di incarichi a tempo indeterminato con numero di ore irrisorio e comunque al di sotto delle 29 ore di convenzionamento settimanale. Ai medici veterinari destinatari della presente disposizione è data la facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari (ENPAV). Tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Relativamente ai criteri adottati per la valutazione ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza veterinaria, nonché ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà quanto già previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2001. I criteri adottati per la valutazione dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza ed il loro consequenziale riconoscimento ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà anche ai medici veterinari già specialisti ambulatoriali che hanno già instaurato un rapporto di impiego senza soluzione di continuità con il Servizio sanitario nazionale e con gli altri enti alla data dell'accesso nel ruolo della dirigenza veterinaria. ».

4.03. Manes.

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:

Art. 4-bis.

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

1. La finalità del presente articolo è il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi, anche a domicilio della persona e della famiglia, nonché dei presidi distrettuali delle aziende sanitarie di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al fine di assicurarne la piena ac-

cessibilità, 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 *care-giver*;

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 prima-

rie 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 ventiquattro 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.

4.04. Sportiello, Marianna Ricciardi, Quartini, Di Lauro.

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:

Art. 4-bis.

(Sperimentazione di modelli di presa in carico proattiva)

1. È avviata, in via sperimentale per il triennio 2025-2027, l'adozione da parte delle regioni di modelli di presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili, che prevedano l'attivazione automatica del *follow-up* diagnostico-terapeutico e l'intervento del medico di medicina generale.

2. Per le finalità del comma 1, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro annui per il triennio 2025-2027, a valere sul Fondo sanitario nazionale.

4.05. Lucaselli.

ART. 5.

Sopprimerlo.

*** 5.1.** Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

*** 5.2.** Faraone.

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

5.3. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Al comma 1, sopprimere le parole: e le parole: « per un massimo di 8 ore settima-

nali » sono sostituite dalle seguenti: « per un massimo di 10 ore settimanali ».

5.5. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

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

5.6. Zanella.

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

5.8. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

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

*** 5.9.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

*** 5.10.** Faraone.

Al comma 1, dopo le parole: 10 ore settimanali aggiungere le seguenti: , calcolate come media mensile.

**** 5.11.** Furfaro, Stumpo, Malavasi, Ciani, Girelli.

**** 5.12.** Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

Aggiungere, in fine, i seguenti commi:

2. Le ore svolte dai medici in formazione specialistica presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, fino a un massimo di 38 ore settimanali, rientrano nel computo orario dedicato alla formazione previsto dal piano di studi e sono riconosciute alla pari delle attività assistenziali e didattiche curricolari. A fronte dell'operato medico-formativo degli specializzandi è garantita la funzione primaria di apprendimento e cura sotto supervisione.

3. Le eventuali ore eccedenti le 38 settimanali sono considerate prestazioni aggiuntive straordinarie secondo quanto pre-

visto dalla vigente contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità.

4. Ai fini del monitoraggio e della trasparenza dei percorsi formativi, con decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, sono individuate le modalità attraverso cui le direzioni sanitarie dei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale rilevano e trasmettono con cadenza annuale i dati quantitativi e qualitativi relativi all'attività svolta dai medici di cui al comma 2.

5. In sede di revisione degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione in area sanitaria, entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è prevista l'introduzione di un periodo di attività formativa della durata di dodici mesi da svolgersi presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale nell'ambito del previsto periodo di formazione specialistica.

6. Per le finalità di cui al comma 3 si provvede tramite le risorse già previste all'articolo 4, comma 3, della presente legge.

Conseguentemente, sostituire la rubrica dell'articolo con la seguente: Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali e alle prestazioni aggiuntive straordinarie dei medici in formazione specialistica.

5.13. Bicchielli, Brambilla.

Aggiungere, in fine, i seguenti commi:

2. 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.

3. 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.

4. 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, sostituire la rubrica con la seguente: Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici e ai professionisti di area non medica in formazione specialistica, nonché misure per favorire l'iscrizione ai corsi di specializzazione post laurea di area non medica.

5.14. Ciani, Stumpo, Girelli, Malavasi, Furfaro.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

2. Per i medici in formazione specialistica che svolgono incarichi libero-professionali presso strutture sanitarie private o libero-professionali, si applica quanto disposto dal comma 1.

5.15. Romano, Brambilla.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-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.

*** 5.01.** Zanella.

*** 5.02.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

*** 5.03.** Faraone.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni sulla libera professione intramoenia)

1. Al fine di garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e il rispetto dei tempi massimi di attesa, le aziende sanitarie e ospedaliere assicurano che le agende per le prestazioni istituzionali siano completamente saturate prima dell'attivazione delle prestazioni in regime di libera professione *intramoenia*.

2. È obbligatoria l'integrazione informatica delle agende di prenotazione intramoenia con quelle del Sistema informativo nazionale per le liste di attesa (SINGLA), al fine di consentire il monitoraggio comparativo tra i due regimi.

3. È fatto divieto di destinare spazi, tecnologie e personale sanitario alla libera professione *intramoenia* nei giorni e nelle fasce orarie in cui vi siano prestazioni istituzionali inevase per carenza di disponibilità.

5.04. Lucaselli.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Trasparenza sulle prestazioni intramoenia)

1. Le aziende sanitarie pubblicano con cadenza trimestrale i dati aggregati sulle prestazioni erogate in regime di libera professione intramoenia, distinti per disciplina, tempi medi di attesa e personale coinvolto.

2. I dati di cui al comma 1 sono trasmessi anche ad AGENAS per il monitoraggio e l'appropriatezza e della compatibilità con i livelli essenziali di assistenza (LEA).

5.05. Lucaselli.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Controlli e limiti alla libera professione)

1. L'AGENAS verifica annualmente il rispetto del rapporto tra ore dedicate alla libera professione intramoenia e ore dedicate alle attività istituzionali.

2. In caso di superamento del rapporto 1:3, l'azienda sanitaria è tenuta alla modulazione dei carichi di lavoro e può sospendere temporaneamente l'autorizzazione alla libera professione.

3. Le regioni possono introdurre limiti orari inferiori, in base a esigenze di servizio pubblico.

5.06. Lucaselli.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Modifica dell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412)

1. Il comma 7 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è sostituito dal seguente:

« 7. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è compatibile con altri

rapporti di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con rapporti convenzionali, incluse strutture private accreditate. È altresì consentito l'esercizio dell'attività libero-professionale, sia all'interno delle strutture sanitarie pubbliche sia all'esterno, nel rispetto dell'orario di servizio e senza pregiudizio per la continuità e la qualità delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. La vigilanza su eventuali conflitti di interesse è demandata agli organi di controllo competenti, che ne verificano l'assenza secondo criteri definiti con decreto del Ministro della salute. ».

5.07. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

1. L'articolo 3-*quater* del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, è sostituito dal seguente:

« Art. 3-*quater*.

(Misure urgenti in materia di personale sanitario)

1. Agli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendenti dalle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, al di fuori dell'orario di lavoro non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con riferimento allo svolgimento di attività libero-professionale.

2. L'attività di cui al comma 1 può essere svolta dai professionisti:

a) presso il domicilio del paziente o nell'ambito di strutture autorizzate;

b) in forma intramuraria, presso gli enti di appartenenza;

c) in altre strutture pubbliche o private autorizzate o accreditate previa autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza.

3. L'attività di cui al presente articolo è svolta dal personale di cui al comma 1 in forma singola o associata secondo le vigenti norme in materia, con modalità tali da assicurare l'assenza di conflitti di interessi con l'attività svolta in favore degli enti di appartenenza. Il volume delle prestazioni libero-professionali svolte ai sensi del presente articolo non deve in ogni caso recare oggettivo pregiudizio all'attività istituzionale dell'ente di appartenenza. ».

5.08. Schifone.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Modifica all'articolo 3-quater del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127)

1. All'articolo 3-quater, comma 1, del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, le parole: « fino al 31 dicembre 2025, » sono soppresse.

5.09. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Modifica al comma 272 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in materia di accesso alla stabilizzazione dei medici 118 con 36 mesi di convenzione nel settore)

1. Al comma 272 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le parole: « alla data di entrata in vigore della presente legge » e le parole: « a tempo determinato » sono soppresse.

5.010. Ciocchetti, Vietri.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni in materia di continuità assistenziale)

1. Ai fini del riconoscimento delle particolari necessità dell'utenza e della neces-

sità di valorizzare e preservare la diffusione territoriale di ambulatori e dei professionisti della continuità assistenziale, è stanziata la somma di 90 milioni di euro 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 ed 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.

5.011. Di Lauro, Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni concernenti il potenziamento dell'assistenza territoriale)

1. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare e di personale convenzionato, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 300 milioni di euro per l'anno 2025, di 500 milioni di euro per l'anno 2026 e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, a valere, fino al relativo fabbisogno, sul maggior gettito derivante dalla disposizione di cui al successivo comma 2.

2. Alla legge 17 luglio 1942, n. 907, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il titolo II è inserito il seguente:

« TITOLO II-BIS

MONOPOLIO DELLA CANNABIS

Art. 63-bis.

(Oggetto del monopolio)

1. La coltivazione, la lavorazione, l'introduzione, l'importazione e la vendita della *cannabis* e dei suoi derivati sono soggette a monopolio di Stato in tutto il territorio della Repubblica.

Art. 63-ter.

(Definizione della cannabis e dei suoi derivati agli effetti fiscali)

1. Ai fini di cui al presente titolo sono considerati derivati i prodotti della pianta classificata botanicamente nel genere *cannabis*.

Art. 63-quater.

(Provvista personale)

1. Sono fatte salve la coltivazione per uso personale di *cannabis* fino al numero massimo di cinque piante di sesso femminile, nonché la cessione a terzi di piccoli quantitativi dei suoi derivati destinati al consumo immediato.

Art. 63-quinquies.

(Licenza di coltivazione della cannabis)

1. L'Agenzia delle dogane e dei monopoli ha facoltà di eseguire direttamente tutte le fasi di lavorazione della *cannabis* conferita, nonché di concedere all'interno del territorio nazionale licenza di coltivazione della *cannabis* per l'approvvigionamento dei siti di lavorazione indicati dalla stessa Agenzia. A tale fine il Ministro dell'economia e delle finanze, con decreto da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, disciplina le modalità di concessione delle licenze di coltivazione della *cannabis*, le modalità di acquisizione delle relative sementi e le procedure di conferimento della lavorazione dei suoi derivati, determinando annualmente la specie della qualità coltivabile e le relative quantità, nonché stabilendo il prezzo di conferimento, il livello delle accise, il livello dell'aggio per la vendita al dettaglio, nonché il prezzo di vendita al pubblico.

Art. 63-sexies.

(Licenza di vendita al dettaglio della cannabis e dei suoi derivati)

1. L'Agenzia delle dogane e dei monopoli ha facoltà di concedere all'interno del territorio nazionale licenza di vendita al dettaglio della *cannabis* e dei suoi derivati. Il Ministro dell'economia e delle finanze, con proprio decreto, disciplina l'attribuzione delle licenze di vendita al dettaglio, con particolare riferimento alla determinazione della loro distribuzione territoriale.

Art. 63-septies.

(Tutela del monopolio)

1. Sono vietate la semina, la coltivazione, la vendita di *cannabis* e la detenzione a qualunque titolo dei suoi derivati, ad eccezione di piccoli quantitativi destinati al consumo immediato, effettuate in violazione del monopolio previsto dal presente titolo. La violazione del monopolio è punita ai sensi di quanto previsto dalla presente legge in caso di contrabbando.

Art. 63-octies.

(Disciplina applicabile)

1. Alle disposizioni del presente titolo si applica, per quanto compatibile, la disciplina del titolo III »;

b) alla rubrica, le parole: « e dei tabacchi » sono sostituite dalle seguenti: « , dei tabacchi e della *cannabis* e suoi derivati ».

5.012. Zanella.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni concernenti il potenziamento dell'assistenza territoriale)

1. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la

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

5.013. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni concernenti l'indennità delle professioni sanitarie)

1. Per il Servizio sanitario nazionale, gli oneri di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, non comprendono le indennità di cui all'articolo 1, comma 409 e 414, della legge 30 dicembre 2020, n. 178. A decorrere dal 1° gennaio 2025, l'indennità di cui all'articolo 1, comma 409, della medesima legge n. 178 del 2020 è attribuita, nella stessa misura e disciplina definita dal contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità – triennio 2019-2021 per il personale infermieristico, anche agli operatori di professione sanitaria ostetrica.

5.014. Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi, Quartini.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e facoltà di medicina e chirurgia per il rafforzamento dell'assistenza territoriale)

1. Al fine di potenziare la medicina di prossimità e promuovere l'innovazione nell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, le regioni e le province autonome possono stipulare accordi quadro triennali con le università sedi di facoltà di medicina e chirurgia, volti a:

a) promuovere la coprogettazione e cogestione di presidi territoriali di assistenza, come case della comunità universitarie, ambulatori integrati e unità mobili di prevenzione;

b) attivare percorsi formativi professionalizzanti e di tirocinio avanzato per studenti, specializzandi e dottorandi delle classi di area medica, medica generale e sanitaria;

c) realizzare progetti di sperimentazione clinica, telemedicina, sanità digitale e intelligenza artificiale, integrati nei percorsi assistenziali territoriali;

d) istituire poli integrati di medicina territoriale-universitaria, nei quali siano presenti *équipe* miste composte da medici universitari, professionisti del Servizio sanitario nazionale, ricercatori e personale sanitario in formazione.

2. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'università e della ricerca, emana linee guida entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge per la definizione dei contenuti minimi degli accordi di cui al comma 1.

3. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 20 milioni di euro annui per il triennio 2025-2027, da destinare in quota parte alle università aderenti, previa valutazione progettuale da parte delle regioni competenti.

4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, si provvede mediante cor-

rispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

5.015. Schiano Di Visconti.

ART. 6.

Sopprimerlo.

* **6.1.** Stumpo, Ciani, Girelli, Malavasi, Furfaro.

* **6.2.** Quartini, Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: 31 dicembre 2026 con le seguenti: 31 dicembre 2027.

Conseguentemente:

a) dopo il comma 1, aggiungere il seguente: 1-bis. All'articolo 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, le parole: « 31 dicembre 2025 », ovunque ricorrano, sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2027 »;

b) alla rubrica, sopprimere le parole: docente a tempo pieno.

6.3. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Al comma 1, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole: , stipulato in data anteriore al provvedimento di autorizzazione alla permanenza in servizio.

6.4. Patriarca, Benigni.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il trattenimento non può superare il 10 per cento del totale dei docenti per ciascun ateneo.

6.5. Faraone.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Al fine di contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, per ciascun triennio contrattuale, al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Conseguentemente, alla rubrica, aggiungere, in fine, le parole: nonché disposizioni per migliorare l'attrattività della professione medica e sanitaria.

6.6. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

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

6.7. Lancellotta.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Servizi sanitari di montagna)

1. Al fine di garantire pari dignità di accesso ai servizi sanitari esistenti negli altri territori, a favore dei cittadini che

dimorano in montagna sono assicurati i seguenti servizi:

a) la presenza, diurna e notturna, di mezzi di soccorso avanzato, considerate la conformazione orografica, l'assenza di infrastrutture stradali veloci immediatamente fruibili, in rapporto alla distanza dagli ospedali sede di Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione-DEA;

b) la presenza per ogni comune dell'infermiere di comunità;

c) la possibilità di accesso a un maggior numero di prestazioni specialistiche in loco;

d) un servizio di distribuzione e consegna farmaci integrato per i vari comuni;

e) la realizzazione di una rete dedicata fra le varie figure operanti in zona, quali medici di base, infermiere di comunità, specialisti, farmacie, e integrata alla rete della azienda sanitaria di riferimento;

f) una telemedicina efficiente, integrativa e di supporto all'attività degli operatori sanitari.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri e le risorse finanziarie per dare attuazione alle previsioni di cui al comma 1.

6.01. Girelli, Furfaro, Malavasi, Stumpo, Ciani.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Disposizioni per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria nelle comunità montane e nelle aree interne)

1. Al fine di garantire l'uniforme accesso alle prestazioni sanitarie essenziali su tutto il territorio nazionale, le regioni e le province autonome assicurano specifici piani

di rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale nelle comunità montane, tenendo conto delle condizioni orografiche, della dispersione abitativa e delle criticità infrastrutturali.

2. Nell'ambito dei suddetti piani, possono essere attivati:

a) presidi sanitari mobili e poliambulatori diffusi dotati di personale multidisciplinare, anche mediante convenzioni con enti del Terzo settore o cooperative sanitarie locali;

b) servizi di telemedicina assistita e teleconsulto, con la dotazione di infrastrutture digitali di supporto presso farmacie rurali, municipi e presidi socio-assistenziali;

c) moduli residenziali temporanei per professionisti sanitari in servizio presso le aree montane, con agevolazioni abitative e rimborsi per i costi logistici;

d) percorsi formativi e incentivi economici per medici di medicina generale e professionisti sanitari che accettino incarichi in sedi montane disagiate, anche con contratti a tempo determinato prioritari.

3. È istituito presso il Ministero della salute un fondo per la salute nelle aree montane e interne, con una dotazione di 30 milioni di euro annui per il triennio 2025-2027, destinato alla copertura delle misure di cui al comma 2.

4. Le regioni assicurano che almeno il 10 per cento delle risorse loro assegnate dal Fondo sanitario nazionale per il potenziamento della medicina territoriale sia destinato a misure specifiche nelle zone montane riconosciute dall'Istat o individuate come aree interne nei documenti di programmazione nazionale.

5. Alla copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si provvede a valere sulle risorse del Fondo per le esigenze di spesa indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

6.02. Comba.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Aggregazione tra medici e pediatri in aree montane)

1. Nell'ambito delle progettualità previste dagli accordi nazionali e ai sensi del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, nonché del decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, promuove ed agevola le forme di aggregazione tra medici costituite in uno o più comuni montani attraverso:

a) l'applicazione delle norme di incentivo e semplificazione fiscale riguardanti le *start-up* innovative;

b) la previsione di sgravi contributivi per l'assunzione di personale socio sanitario e di supporto organizzativo;

c) la definizione di un credito d'imposta a favore delle aggregazioni tra medici per gli investimenti in telemedicina con strumenti per diagnosi e monitoraggio dei pazienti da remoto;

d) la possibilità per gli enti locali di affidare, a titolo gratuito per almeno dieci anni, beni immobili destinati all'apertura o implementazione di ambulatori medici e spazi di visita, anche attrezzati per la telemedicina.

6.03. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Esclusione del personale della dirigenza veterinaria e sanitaria degli enti del Servizio sanitario nazionale dalle limitazioni in materia di reclutamento di personale a tempo

determinato e con rapporto di lavoro flessibile)

1. All'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, dopo le parole: « Le limitazioni previste dal presente comma non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al personale della dirigenza medica », sono inserite le seguenti: « , veterinaria e sanitaria ».

*** 6.04.** Giagoni, Loizzo, Matone, Pretto.

*** 6.05.** Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

ART. 7.

Sopprimerlo.

*** 7.1.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

*** 7.2.** Zanella.

*** 7.3.** Faraone.

Sostituirlo con il seguente:

Art. 7.

(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 l'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 tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge.

**** 7.4.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

**** 7.5.** Zanella.

**** 7.6.** Faraone.

Al comma 1, sostituire le parole da: attraverso contratti fino alla fine del comma, con le seguenti: attraverso rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato, con priorità di stabilizzazione del personale già in servizio.

7.7. Furfaro, Malavasi, Girelli, Stumpo, Ciani.

Al comma 1, sostituire le parole da: attraverso contratti fino alla fine del comma, con le seguenti: attraverso rapporti di lavoro subordinato alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale.

7.8. Zanella.

Al comma 1, sostituire le parole da: attraverso contratti fino alla fine del comma, con le seguenti: attraverso contratti a tempo indeterminato.

7.9. Sportiello, Marianna Ricciardi, Quartini, Di Lauro.

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

7.10. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Aggiungere, in fine, i seguenti commi:

3. Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono accedere alle modalità di reclutamento a tempo determinato e con incarico libero professionale del personale dirigenziale e non del comparto Sanità utilizzando la Piattaforma unica di reclutamento (www.InPA.gov.it) di cui all'articolo 2 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79.

4. Al fine di favorire e velocizzare le procedure di formazioni degli elenchi di idonei e, più in generale, le procedure di reclutamento, le amministrazioni di cui al comma 3 possono avvalersi in via prioritaria del *Formez PA* per predisporre e organizzare, su richiesta delle amministrazioni,

procedure concorsuali e di reclutamento nel pubblico impiego, secondo le direttive del Dipartimento della funzione pubblica. Per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente comma e il monitoraggio delle attività connesse al reclutamento, è istituito presso il Ministero della salute un « Organismo nazionale del reclutamento del personale sanitario » composto da un contingente di sette unità di personale, tra esperti in materia di risorse umane in sanità e personale del Ministero della salute, nominati dal Ministro della salute. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute adotta gli atti regolatori e di funzionamento dell'Organismo di cui al periodo precedente. Gli oneri derivanti dall'istituzione e dal funzionamento dell'Organismo di cui al presente comma gravano sulle amministrazioni di appartenenza dei suoi componenti, senza determinare ulteriori oneri per la finanza pubblica.

7.11. Ciacitito.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi medico-legali e le prestazioni sanitarie di natura diagnostica, curativa, riabilitativa, a decorrere dal 1° luglio 2025, l'Inail è autorizzato, in deroga a quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, a stabilizzare nei propri ruoli i dipendenti assunti a tempo determinato ai sensi dell'articolo 20-*quater*, comma 2, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25, che hanno lavorato per almeno ventiquattro mesi continuativi nella qualifica ricoperta e risultano in servizio alla data del 30 giugno 2025, previo espletamento di selezione comparativa pubblica. Al relativo onere, pari a euro 3.653.187,50 per l'anno 2025 e a euro 7.306.375,00 a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse destinate alla copertura dei rapporti in convenzione con i medici specialisti ambulatoriali.

7.13. Malavasi.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere si dotano degli strumenti utili al monitoraggio continuo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in rapporto alle attività programmate e conformate rispetto alla domanda espressa e, ove necessario, predispongono in capo alle direzioni sanitarie funzioni atte a misurare i volumi di attività rese rispetto ai piani approvati inerenti alle strutture sanitarie coinvolte. Ferme restando le prerogative di autonomia professionale e organizzativa dei direttori delle strutture complesse interessate, potranno essere individuate linee operative dedicate e incarichi dirigenziali mirati che confluiscono nel sistema di valutazione delle performance del singolo dirigente secondo i vigenti canoni contrattualmente previsti.

7.14. Varchi.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

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

a) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le aziende del Servizio sanitario nazionale possono affidare a terzi i servizi di emergenza-urgenza e specialistici, anche in più occasioni e con possibilità di proroga, comunque non oltre il 30 giugno 2028, nel pieno rispetto delle condizioni previste dalle linee guida contenute nel decreto del Ministro della salute di cui al comma 3 con riferimento alle specifiche tecniche, ai prezzi di riferimento e agli *standard* qualitativi previsti »;

b) al comma 2, dopo le parole « i servizi di cui al comma 1 » sono aggiunte le seguenti: « fermo restando quanto previsto al secondo periodo del comma 1 ».

7.15. Mulè.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. All'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modifi-

cazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le aziende del Servizio sanitario nazionale possono affidare a terzi i servizi di emergenza-urgenza e specialistici, anche in più occasioni e con possibilità di proroga, comunque non oltre il 30 giugno 2027, nel pieno rispetto delle condizioni previste dalle linee guida contenute nel decreto del Ministro della salute di cui al comma 3 con riferimento alle specifiche tecniche, ai prezzi di riferimento e agli *standard* qualitativi previsti »;

b) al comma 2, dopo le parole: « i servizi di cui al comma 1 » sono aggiunte le seguenti: « fermo restando quanto previsto al secondo periodo del comma 1 ».

7.16. Mulè.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di non disperdere le professionalità acquisite e di garantire la prosecuzione degli interventi previsti dal PNRR, mirati ad assicurare una più efficace risposta delle misure già avviate volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA, all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Il commissario straordinario può, altresì, essere nominato tra coloro che, pur non essendo più inseriti nell'elenco nazionale, abbiano espletato per almeno un quinquennio l'incarico di direttore generale in un'azienda del Servizio sanitario nazionale ».

7.17. Ciancitto.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Per le medesime finalità di cui al comma 1, nelle procedure concorsuali per le assunzioni a tempo determinato e indeterminato negli enti del Servizio sanitario nazionale, è riconosciuto un punteggio aggiuntivo a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-

legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176.

7.18. Varchi.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di garantire e potenziare l'erogazione dei servizi sanitari da parte dei medici già convenzionati, al comma 3, primo periodo, dell'articolo 35 del decreto legislativo del 17 agosto 1999, n. 368, dopo le parole: « del Corpo della Guardia di finanza » sono inserite le seguenti: « dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ».

7.19. Vietri.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di favorire il reclutamento del personale del Servizio sanitario nazionale, le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 13, della legge 19 giugno 2019, n. 56, come modificato ed integrato dall'articolo 1-ter del decreto-legge 22 aprile 2023, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2023, n. 74, si applicano, in via diretta, alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale.

7.20. Ciancitto, Longi.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di valorizzare le competenze acquisite dal personale delle aziende del Servizio sanitario nazionale assunto a tempo determinato, i direttori generali procedono, entro il 31 dicembre 2026, alla stabilizzazione del personale in possesso dei seguenti requisiti:

a) risulti in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge con contratti di lavoro a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione e sia stato reclutato attraverso procedure pubbliche conformi a quanto previsto dall'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2025, diciotto mesi continuativi di servizio presso l'amministrazione che procede all'assunzione;

c) abbia conseguito una valutazione della *performance* positiva;

d) sia in possesso di tutti i requisiti, ivi compreso quello relativo al titolo di studio, previsti a legislazione vigente per l'assunzione nella pubblica amministrazione e per l'accesso alla qualifica di inquadramento;

e) sia titolare di contratto a tempo determinato nella qualifica e profilo di stabilizzazione anche se posto in aspettativa da un contratto a tempo indeterminato per una diversa qualifica.

7.21. Romano, Brambilla.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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 alle parole: «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.

* **7.01.** Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **7.02.** Faraone.

* **7.03.** Zanella.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

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

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

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

zione 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.

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 anche mediante i risparmi di spesa derivanti dalle risorse provenienti dalle borse di studio non assegnate nell'area medica.

**** 7.04.** Girelli, Furfaro, Malavasi, Ciani, Stumpo.

**** 7.06.** Zanella.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

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

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

« 1-bis. In conformità a quanto previsto dall'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, agli specializzandi di cui al comma 1 è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo per tutta la durata legale del corso. Tale trattamento è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, determinato ogni tre anni con decreto del Presidente del Consiglio dei

ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici e 2024-2025 e 2025-2026 la parte variabile non può eccedere il 15 per cento di quella fissa e la parte fissa non è inferiore a euro 22.700 annui lordi. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle università presso cui operano le scuole di specializzazione. Alla ripartizione e all'assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione degli specialisti di cui al comma 1 per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze.

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

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 anche mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

7.07. Faraone.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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 modifica-

zioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sono apportate le seguenti modificazioni:

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

b) 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 »;

c) al comma 3 dell'articolo 5, le parole da: « Fino all'adozione » a: « al comma 2 » sono soppresse.

d) alla rubrica, la parola: « sanitario » è sostituita dalle seguenti: « del Servizio sanitario nazionale ».

7.08. Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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) al comma 2, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « I piani dei fabbi-

sogni triennali per il Servizio sanitario regionale predisposti dalle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale sono approvati dalle regioni in conformità alla predetta metodologia »;

b) alla rubrica la parola « sanitario » è sostituita dalle seguenti: « del Servizio sanitario nazionale ».

7.09. Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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, 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, d'intesa con la 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 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 de-

rivanti 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.

7.010. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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, d'intesa con la 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 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.

7.011. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-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'interno, di concerto con il Ministero della salute e d'intesa con la Conferenza perma-

nente 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 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.

7.012. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Disposizioni in materia di reinternalizzazione dei servizi sanitari)

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

a) i commi da 1 a 6 sono sostituiti dai seguenti:

« 1. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dallo stato di grave carenza di organico del personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e di garantire i livelli essenziali di assistenza, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, fino al perdurare dello stato di carenza adeguatamente documentato con un atto reso pubblico sul sito istituzionale della struttura e a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare in tempi idonei le ordinarie procedure di reclutamento, in deroga, limitatamente alla spesa

gravante sull'esercizio 2025, ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, possono:

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

b) procedere alle assunzioni di cui all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, nei limiti e con le modalità ivi previsti compreso il trattamento economico da riconoscere, anche in assenza dell'accordo quadro ivi previsto. Le assunzioni di cui alla presente lettera devono avvenire nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e la relativa attività deve essere coerente con il progetto

formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione.

c) conferire incarichi individuali a tempo determinato, per la durata massima di sei mesi, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari di cui alla lettera a), previa selezione, per titoli o colloquio orale o per titoli e colloquio orale, attraverso procedure comparative che prevedono forme di pubblicità semplificata, quali la pubblicazione dell'avviso solo nel sito *internet* dell'azienda che lo bandisce e per una durata minima di cinque giorni.

2. I contratti di lavoro autonomo stipulati in assenza dei presupposti di cui al comma 1 sono nulli di diritto. L'attività di lavoro prestata ai sensi del presente articolo integra, per la durata della stessa, il requisito dell'anzianità lavorativa di cui all'articolo 20, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

3. Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, contestualmente agli affidamenti di incarichi di cui al comma 1, senza alcun indugio, provvedono ad indire le procedure concorsuali necessarie, a tempo determinato e indeterminato, per risolvere la carenza in organico.

4. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale non possono stipulare nuovi contratti di affidamento a terzi dei servizi delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità. Le procedure di appalto dei predetti affidamenti cui non sia stata deliberata l'aggiudicazione provvisoria ed eventuali proroghe di contratti d'appalto conclusi sono annullate di diritto. »;

b) al comma 7, dopo la parola: « avviano » sono aggiunte le seguenti: « , entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente disposizione », le parole: « anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili, »

sono soppresse e l'ultimo periodo è soppresso.

7.013. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Disposizioni in materia di reinternalizzazione dei servizi sanitari)

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

a) i commi da 1 a 6 sono sostituiti dai seguenti:

« 1. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dallo stato di grave carenza di organico del personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e di garantire i livelli essenziali di assistenza, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, fino al perdurare dello stato di carenza adeguatamente documentato con un atto reso pubblico sul sito istituzionale della struttura, in deroga, limitatamente alla spesa gravante sull'esercizio 2025, ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, possono indire le procedure concorsuali necessarie, a tempo determinato e indeterminato.

2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente disposizione, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale non possono stipulare nuovi contratti di affidamento a terzi dei servizi delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità. Le procedure di appalto dei predetti affidamenti cui non sia stata deliberata l'aggiudicazione provvisoria ed eventuali proroghe di contratti d'appalto conclusi sono annullate di diritto. »;

b) al comma 7, dopo la parola: « avviano » sono aggiunte le seguenti: « , entro 30 giorni dall'entrata in vigore della pre-

sente disposizione», le parole: «, anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili,» sono soppresse e l'ultimo periodo è soppresso.

7.015. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Disposizioni in materia di reinternalizzazione dei servizi sanitari)

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

a) i commi da 1 a 6 sono sostituiti dal seguente:

« 1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente disposizione le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale non possono stipulare nuovi contratti di affidamento a terzi dei servizi delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità. Le procedure di appalto dei predetti affidamenti cui non sia stata deliberata l'aggiudicazione provvisoria ed eventuali proroghe di contratti d'appalto conclusi sono annullate di diritto. »;

b) al comma 7, dopo la parola: « avviano » sono aggiunte le seguenti: «, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente disposizione,» le parole: « anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili, » sono soppresse e l'ultimo periodo è soppresso.

7.016. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale)

1. Il livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale stan-

dard 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.

7.017. Faraone.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Modifiche all'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34)

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

a) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, fino al 30 giugno 2026, possono affidare a terzi per non più di dodici mesi i servizi di emergenza-urgenza anche in più occasioni e con possibilità di proroga, comunque non eccedente il 30 giugno 2026, nel rispetto delle condizioni di cui al precedente periodo

nonché delle linee guida contenute nel decreto del Ministro della salute di cui al comma 3, recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli *standard* di qualità dei servizi medici ed infermieristici ».

b) al comma 2 dopo le parole « i servizi di cui al comma 1 » sono aggiunte le seguenti: « fermo restando quanto previsto al secondo periodo del comma 1 ».

7.018. Giagoni, Pretto, Matone.

ART. 8.

Sopprimerlo.

* **8.1.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **8.2.** Zanella.

* **8.3.** Sportiello, Marianna Ricciardi, Quartini, Di Lauro.

Sopprimere il comma 1.

8.4. Zanella.

Sostituire i commi 1 e 2 con i seguenti:

1. Nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, le forme di assistenza sanitaria integrativa possono fornire esclusivamente le prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogate da professionisti e da strutture accreditate nonché le prestazioni sanitarie comprese nei LEA erogate dal Servizio sanitario nazionale, per la sola quota posta a carico dell'assistito.

2. I soggetti che forniscono le prestazioni sanitarie nell'ambito delle forme di assistenza sanitaria integrativa riservano una quota delle proprie risorse annue:

a) pari all'80 per cento, per le prestazioni non comprese nei LEA;

b) pari al 20 per cento, per le prestazioni comprese nei LEA ed erogate da strutture pubbliche, limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito anche relativa

agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito.

3. Le forme di assistenza sanitaria integrativa operano esclusivamente con finalità assistenziali e senza scopo di lucro, attuando politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso dei propri iscritti alle prestazioni sanitarie. Le stesse assicurano altresì la stabilità della gestione economica e possono accedere ai benefici e alle agevolazioni fiscali previsti dalla normativa vigente subordinatamente all'osservanza dei principi di trasparenza, di completezza e di comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili ai sensi del titolo V del libro quinto del codice civile.

4. L'adesione alle forme di assistenza sanitaria integrativa è libera. Per le forme di assistenza sanitaria integrativa costituite sulla base di accordi contrattuali o collettivi relativi a specifiche categorie di lavoratori subordinati, di lavoratori autonomi o di liberi professionisti, l'adesione, individuale o collettiva, può avvenire esclusivamente su base volontaria del singolo.

5. Le forme di assistenza sanitaria integrativa affidate alla gestione esterna di soggetti che svolgono attività a fini di lucro non possono accedere agli incentivi fiscali, in forma diretta o indiretta. I datori di lavoro, le organizzazioni sindacali o i promotori delle forme di assistenza sanitaria integrativa non possono in alcun caso far parte di organi di gestione e amministrazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, di enti gestori delle medesime o di imprese di assicurazione che provvedono al loro finanziamento o alla loro gestione né possono ricevere benefici o vantaggi di alcun genere come conseguenza dell'adesione a forme di assistenza sanitaria integrativa da parte dei propri dipendenti, iscritti o associati.

6. Sono vietate le campagne pubblicitarie di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale e di polizze di assicurazione sanitarie che diffondano messaggi basati sulle criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale o

sull'inappropriatezza delle cure erogate ovvero che promuovano la medicalizzazione della società nonché i fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

7. L'anagrafe dei Fondi sanitari istituita ai sensi del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 141 del 18 giugno 2008, è pubblica, è integralmente consultabile da chiunque nel sito internet istituzionale del Ministero della salute e reca gli statuti, i bilanci e ogni documento contabile utile a evidenziare le agevolazioni fiscali di cui ciascun soggetto interessato ha beneficiato per ciascun anno nonché la chiara e completa rappresentazione della struttura societaria diretta e indiretta. A tal fine ciascun soggetto interessato invia periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al numero e alla tipologia dei propri iscritti, al numero e alla tipologia dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alla tipologia delle prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale e altre tipologie.

8. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare, in conformità ai principi e criteri direttivi desumibili dalle disposizioni di cui al presente articolo, assicurando che qualsiasi beneficio fiscale sia riconosciuto esclusivamente per le prestazioni non comprese nei LEA e per le forme di assistenza sanitaria integrativa che si siano conformate ai predetti principi e criteri.

9. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 8, corredati di relazione tecnica, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere, i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri

parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per materia sono espressi entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa.

8.5. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Sostituire i commi 1 e 2 con i seguenti:

1. Al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono stabiliti i requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale nonché per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il decreto adottato ai sensi del comma 1 in particolare definisce:

a) i criteri, le modalità, i tempi e gli ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale nonché la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, relativamente a:

1) la struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;

- 2) l'elenco dei soggetti autorizzati;
- 3) gli esiti delle attività ispettive;
- b) un piano di controlli ove siano indicati:
 - 1) il numero minimo dei controlli, a campione e senza preavviso, che si intendono effettuare;
 - 2) i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
 - 3) le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità, almeno annuale, alla composizione delle commissioni ispettive, avuto riguardo, in quest'ultimo caso, alla previsione di commissioni ispettive a composizione mista, con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo, anche nella forma di accordi tra aziende sanitarie confinanti;
 - 4) i requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, la rotazione degli ispettori, le procedure per l'esecuzione delle attività ispettive attraverso un modello standard di verbale omogeneo;
- c) le modalità di controllo e di vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la formazione e la rotazione del personale addetto al controllo nonché un rigoroso sistema sanzionatorio, che contempli anche la revoca e la sospensione in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni;
- d) le linee guida recanti gli elementi essenziali da comprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo all'ente competente alla stipula e alla gestione dei contratti, alla composizione del budget e all'eventuale presenza di accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti extra-regionali e della mobilità passiva;

e) i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato da applicare uniformemente nell'intero territorio nazionale, recante l'indicazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: Disposizioni in materia di autorizzazione, accreditamento e stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie.

8.6. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

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.

8.8. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Sostituire i commi 1 e 2 con il seguente:

1. Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, *screening* e di ricovero ospedaliero, di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, di garantire i livelli essenziali di assistenza, di garantire gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, nonché di garantire la piena operatività delle case della comunità e degli ospedali di comunità, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano indicano entro il 31 marzo 2025, nel limite di spesa di 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 123 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigenti e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, indicano, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie ed infermieristiche, necessario a far fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il Servizio sanitario regionale.

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

8.9. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

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.

8.10. Furfaro, Girelli, Malavasi, Ciani, Stumpo.

Sopprimere il comma 2.

8.12. Zanella.

Al comma 2, sopprimere la parola: prioritariamente e aggiungere, in fine, le parole: , nell'ottica di una loro progressiva esclusione dai tetti di spesa.

8.13. Morgante.

Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Le prestazioni di cui al presente comma, qualora erogate in eccesso rispetto alle risorse assegnate alle strutture, sono remunerate annualmente alle stesse a consuntivo dalle regioni, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Conseguentemente, all'articolo 10, comma 4, capoverso comma 278, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Le prestazioni di cui al presente comma, qualora erogate in eccesso rispetto alle risorse assegnate alle strutture, sono remunerate annualmente alle stesse a consuntivo dalle regioni, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

8.14. Zinzi, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Per favorire lo smaltimento delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, utilizzando una quota non superiore allo 0,5 per cento del livello annuale del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, in deroga all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, con-

vertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Quale le regioni si avvalgano della deroga di cui al periodo precedente, le medesime regioni aggiornano e sottopongono al tavolo di verifica degli adempimenti la programmazione annuale previsionale, nella quale è data evidenza del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale. Per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Nel caso in cui non si verifichi l'equilibrio di bilancio del Servizio sanitario regionale, le regioni, nell'esercizio finanziario successivo, pongono in essere i necessari interventi di recupero. Alle medesime regioni è preclusa la facoltà di avvalersi della deroga nell'esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tengono conto di tali circostanze.

* **8.15.** Patriarca, Benigni, Cattaneo.

* **8.16.** Giagoni, Loizzo, Matone, Pretto.

* **8.17.** Faraone.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Le prestazioni sanitarie acquisite da soggetti privati accreditati, erogate nell'ambito di piani pluriennali di recupero di oneri, già sostenuti prima della entrata in vigore del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e divenuti esigibili solo successivamente, non comportando nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, non sono soggette al limite di cui al comma 1.

** **8.18.** Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

** **8.19.** Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di tutte le prestazioni erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza.

8.20. Morgante.

Sopprimere il comma 3.

8.21. Di Lauro, Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 8, aggiungere il seguente:

Art. 8-bis.

(Modifiche all'articolo 1 comma 268, lettera c), della legge 30 dicembre 2021, n. 234)

1. All'articolo 1, comma 268, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, la lettera c) è sostituita dalla seguente:

« c) possono, anche al fine di reinternalizzare i servizi appaltati ed evitare differenze retributive a parità di prestazioni lavorative, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, avviare procedure selettive per il reclutamento del personale da impiegare per l'assolvimento delle funzioni reinternalizzate, prevedendo la valorizzazione, anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili, del personale impiegato in mansioni sanitarie, socio-sanitarie, tecniche e amministrative corrispondenti nelle attività dei servizi esternalizzati che abbia garantito assistenza ai pazienti, anche indiretta, per almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025 e con almeno 18 mesi di servizio anche non continuativi ».

8.01. Zanella.

ART. 9.

Al comma 1, dopo la lettera b), aggiungere la seguente:

c) al comma 10-*quater*, dopo le parole: « pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 16 agosto 1999 » sono inserite le seguenti: « nonché le regioni e le province autonome, secondo modalità e criteri definiti con successivo decreto ministeriale ».

* 9.1. Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

* 9.2. Girelli, Furfaro, Malavasi, Ciani, Stumpo.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. All'articolo 1, comma 317, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, le parole: « e dei cittadini » sono soppresse.

9.3. Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 9, aggiungere il seguente:

Art. 9-bis.

(Semplificazioni in materia di assistenza farmaceutica ai pazienti cronici e in caso di dimissioni ospedaliere)

1. Nella prescrizione di medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale per la cura di patologie croniche, il medico prescrittore può indicare nella ricetta dematerializzata ripetibile, sulla base del protocollo terapeutico individuale, la posologia e il numero di confezioni dispensabili nell'arco temporale massimo di dodici mesi. Il medico prescrittore, qualora lo richiedano ragioni di appropriatezza prescrittiva, può sospendere in ogni momento la ripetibilità della prescrizione ovvero modificare la terapia.

2. Al momento della dispensazione, il farmacista informa l'assistito circa le corrette modalità di assunzione dei medicinali prescritti e consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire trenta giorni di terapia, in relazione alla posologia indicata,

in coerenza con quanto definito nel protocollo di cui al comma 1. Il farmacista, nel monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica, qualora rilevi difficoltà da parte dell'assistito nella corretta assunzione dei medicinali prescritti, segnala le criticità al medico prescrittore per le valutazioni di sua competenza.

3. Il farmacista consegna il medicinale richiesto in caso di esibizione da parte del paziente di documentazione di dimissione ospedaliera o altra documentazione analoga rilasciata dai servizi di continuità assistenziale il giorno di presentazione ovvero nei due giorni immediatamente precedenti, dalle quali risulti prescritta o, comunque, suggerita specifica terapia farmacologica.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le ulteriori modalità applicative e le procedure informatiche necessarie per l'attuazione delle disposizioni del presente articolo.

9.01. Schifone.

Dopo l'articolo 9, aggiungere il seguente:

Art. 9-bis.

(Modifica dell'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e modifiche alla disciplina sull'esercizio societario delle farmacie)

1. L'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, è sostituito dal seguente:

« Art. 102.

Il conseguimento di più lauree o diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie. Gli esercenti le professioni o arti sanitarie possono svolgere la loro attività in farmacia, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali, la cui attività è

in ogni caso incompatibile con l'esercizio della farmacia.

I sanitari abilitati alla prescrizione dei medicinali che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione all'utile della farmacia, quando non ricorra l'applicazione delle disposizioni contenute negli articoli 170 e 172, sono puniti con la sanzione amministrativa da 10.000 euro a 50.000 euro ».

9.02. Cattoi, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

ART. 10.

Sostituirlo con il seguente:

Art. 10.

(Fondo per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso 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.

10.1. Faraone.

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le parole: , per l'anno 2025, e sostituire le parole: 3 milioni di euro con le seguenti: 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

Conseguentemente, al comma 3, sostituire la parole: pari a 3 milioni di euro per l'anno 2025 con le seguenti: pari a 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

10.2. Faraone.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: 3 milioni di euro con le seguenti: 10 milioni di euro.

Conseguentemente, al comma 3, sostituire le parole: 3 milioni di euro con le seguenti: 10 milioni di euro.

10.3. Marianna Ricciardi, Di Lauro, Quartini, Sportiello.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Le risorse di cui all'articolo 1, commi 435 e 435-bis, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, come modificato e integrato dall'articolo 25, comma 1, decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, relative ai fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie sono interamente destinate, per gli anni 2025 e 2026, al personale afferente all'area dell'emergenza-urgenza e alla reti tempo dipendenti delle aziende sanitarie e ospedaliere del Servizio sanitario regionale. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le organizzazioni sinda-

cali di comparto definiscono i criteri di riparto delle suddette risorse da applicare in sede di contrattazione decentrata aziendale.

10.4. Ciancitto.

Sopprimere il comma 4.

10.5. Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro, Quartini.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

5. Accedono alle risorse del Fondo di cui al comma 1 i soggetti di cui ai commi 1 e 4 che dimostrano il rispetto dei seguenti requisiti minimi:

a) presenza di personale medico operativo con orari predefiniti e designazione formale di medico responsabile;

b) registrazione digitale e tracciabile delle prestazioni erogate;

c) interoperabilità dei dati con i sistemi regionali e il fascicolo sanitario elettronico.

10.6. Bicchielli, Brambilla.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Disposizioni in materia di efficientamento dell'assistenza domiciliare integrata)

1. Al fine di ridurre il rischio di infezioni e complicanze post-operatorie, nonché le ospedalizzazioni evitabili, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza domiciliare integrata, di cui all'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, e le dimissioni protette per tutti i pazienti cronici e complessi, inclusi gli anziani, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni, assicurando che i presidi medici prescritti abbiano gli stessi standard tecnologici e qualitativi di quelli ospedalieri.

2. Per garantire l'omogeneità sul territorio nazionale dei percorsi di dimissione protetta, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il Ministro della salute emana le linee guida per la gestione efficiente ed efficace delle dimissioni protette. Le linee guida di cui al precedente periodo individuano le modalità con cui i reparti ospedalieri attivano direttamente le dimissioni protette, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni.

3. Le organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi degli articoli 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021, concorrono alla valutazione del livello di intensità e all'individuazione delle attività del piano assistenziale individuale in stretta sinergia con i prescrittori e con le unità di valutazione multidisciplinare dei distretti di competenza, oltre a garantire l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate al domicilio.

4. Il Ministro della salute individua con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'elenco delle patologie croniche e i requisiti dei pazienti cronici e complessi che necessitano di una assistenza domiciliare integrata, nonché gli obiettivi assistenziali da perseguire a medio e lungo termine, con particolare riferimento all'educazione sanitaria, all'aderenza alle terapie e al percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

5. La presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui al comma 4 prevede che le prestazioni sanitarie multiprofessionali del piano assistenziale individuale integrato del paziente siano accompagnate da ulteriori servizi domiciliari, quali l'utilizzo di dispositivi medici, anche salvavita, e la somministrazione di farmaci, individuati a seconda del livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assi-

stenziale necessario a soddisfare il bisogno di salute del paziente. Le modalità di presa in carico di cui al presente comma possono altresì prevedere l'accesso al percorso delle cure palliative domiciliari, anche precoci.

6. Le prestazioni necessarie per la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui ai commi 4 e 5 sono erogate dalle organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021.

7. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

10.01. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Misure per l'efficientamento delle dimissioni ospedaliere protette)

1. Al fine di ridurre il rischio di infezioni e complicanze post-operatorie e ridurre le ospedalizzazioni evitabili, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza domiciliare integrata e le dimissioni protette per tutti i pazienti cronici e complessi, inclusi gli anziani, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni, assicurando che i presidi medici prescritti abbiano gli stessi standard tecnologici e qualitativi di quelli ospedalieri.

2. Al fine di garantire l'omogeneità sul territorio nazionale dei percorsi di dimissione protetta, il Ministro della salute entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge emana, previa intesa in sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le linee guida per la gestione efficiente ed efficace delle dimissioni protette. Le linee guida individuano le modalità con cui i reparti ospedalieri attivano direttamente le dimissioni

protette, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni.

3. Le organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi degli articoli 8-*ter* e 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021, concorrono alla valutazione del livello di intensità e all'individuazione delle attività del piano assistenziale individuale in stretta sinergia con i prescrittori e con le unità di valutazione multidisciplinare dei distretti di competenza, oltre che garantire l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate al domicilio.

4. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

10.02. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Misure per l'efficientamento delle dimissioni ospedaliere protette)

1. Al fine di ridurre il rischio di infezioni e complicanze post-operatorie e ridurre le ospedalizzazioni evitabili, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza domiciliare integrata e le dimissioni protette per tutti i pazienti cronici e complessi, inclusi gli anziani, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni, assicurando che i presidi medici prescritti abbiano gli stessi standard tecnologici e qualitativi di quelli ospedalieri.

2. Al fine di garantire l'omogeneità sul territorio nazionale dei percorsi di dimissione protetta, il Ministro della salute entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge emana, previa intesa in sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le linee guida per la gestione efficiente ed efficace delle

dimissioni protette. Le linee guida individuano le modalità con cui i reparti ospedalieri attivano direttamente le dimissioni protette, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni.

3. Le organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 4 agosto 2021 concorrono alla valutazione del livello di intensità e all'individuazione delle attività del piano assistenziale individuale in stretta sinergia con i prescrittori e con le unità di valutazione multidisciplinare dei distretti di competenza, oltre che garantire l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate al domicilio.

10.03. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Disposizioni per la definizione di linee guida nazionali per le dimissioni ospedaliere protette)

1. Al fine di garantire l'omogeneità sul territorio nazionale dei percorsi di dimissione protetta, il Ministro della salute entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge emana, previa intesa in sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sentite le associazioni più rappresentative per le cure domiciliari, le linee guida per la gestione in assistenza domiciliare dei pazienti eleggibili per le dimissioni protette.

2. Le linee guida di cui al comma 1 individuano le modalità con cui i reparti ospedalieri attivano direttamente le dimissioni protette, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni, attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021.

3. 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.

10.04. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Profili per l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti cronici e complessi)

1. Al fine di ridurre ospedalizzazioni evitabili per le persone con patologie croniche e complesse e privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, il Ministro della salute individua con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'elenco delle patologie croniche e i requisiti dei pazienti cronici e complessi che necessitano di una assistenza domiciliare integrata, nonché gli obiettivi assistenziali da perseguire a medio e lungo termine, con particolare riferimento ad educazione sanitaria, aderenza alle terapie, percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

2. La presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui al comma 1 prevede che le prestazioni sanitarie multiprofessionali del piano assistenziale individuale integrato del paziente siano accompagnate da ulteriori servizi domiciliari, quali l'utilizzo di dispositivi medici, anche salvavita, e la somministrazione di farmaci, individuati a seconda del livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale necessario a soddisfare il bisogno di salute del paziente.

3. Le modalità di presa in carico di cui al comma 2 possono altresì prevedere l'ac-

cesso al percorso delle cure palliative domiciliari, anche precoci.

4. Le prestazioni necessarie per la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui ai commi 1 e 2 sono erogate dalle organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi degli articoli 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021.

5. 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.

10.05. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Profili per l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti cronici e complessi)

1. Al fine di ridurre ospedalizzazioni evitabili per le persone con patologie croniche e complesse e privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, il Ministro della salute individua con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'elenco delle patologie croniche e i requisiti dei pazienti cronici e complessi che necessitano di una assistenza domiciliare integrata, nonché gli obiettivi assistenziali da perseguire a medio e lungo termine, con particolare riferimento ad educazione sanitaria, aderenza alle terapie, percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

2. La presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui al comma 1 prevede che le prestazioni sanitarie mul-

tiprofessionali del piano assistenziale individuale integrato del paziente siano accompagnate da ulteriori servizi domiciliari, quali l'utilizzo di dispositivi medici, anche salvavita, e la somministrazione di farmaci, individuati a seconda del livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale necessario a soddisfare il bisogno di salute del paziente.

3. Le modalità di presa in carico di cui al comma 2 possono altresì prevedere l'accesso al percorso delle cure palliative domiciliari, anche precoci.

4. Le prestazioni necessarie per la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui ai commi 1 e 2 sono erogate dalle organizzazioni pubbliche e private accreditate per la presa in carico domiciliare, ai sensi degli articoli 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e 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 del 4 agosto 2021.

5. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

10.06. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 10, aggiungere il seguente:

Art. 10-bis.

(Profili per l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti cronici e complessi)

1. Al fine di ridurre ospedalizzazioni evitabili per le persone con patologie croniche e complesse e privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, il Ministro della salute individua con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'elenco delle patologie croniche e i requisiti dei pazienti cronici e complessi che necessitano di una assistenza domiciliare integrata, nonché gli obiettivi assistenziali da perseguire a medio e lungo termine, con particolare riferimento ad educazione sa-

nitaria, aderenza alle terapie, percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

2. La presa in carico domiciliare dei pazienti cronici e complessi di cui al comma 1 prevede che le prestazioni sanitarie multiprofessionali del piano assistenziale individuale integrato del paziente siano accompagnate da ulteriori servizi domiciliari, quali l'utilizzo di dispositivi medici, anche salvavita, e la somministrazione di farmaci, individuati a seconda del livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale necessario a soddisfare il bisogno di salute del paziente.

3. Le modalità di presa in carico di cui al comma 2 possono altresì prevedere l'accesso al percorso delle cure palliative domiciliari, anche precoci.

10.07. Rotondi, Ciocchetti.

ART. 11.

Al comma 1, dopo le parole: anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale aggiungere le seguenti: e in conformità con quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

11.1. Ciani, Furfaro, Girelli, Malavasi, Scotto.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: e con specifico riferimento all'integrazione funzionale con le Case della comunità e gli Ospedali di comunità finanziati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

11.2. Faraone.

Sopprimere il comma 2.

11.3. Zanella.

ART. 12.

Sopprimerlo.

12.1. Faraone.

Al comma 1, sostituire le parole: garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa con le seguenti: garantiscano una significativa riduzione dei tempi di attesa rispetto ai tempi massimi di attesa definiti.

12.2. Zanella.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza nonché la gestione informatizzata e unica delle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, rappresentano un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel Supplemento Ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

12.3. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Al decreto legislativo 14 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, le parole: « di cui all'articolo 15 »

sono sostituite con le seguenti: « di cui all'articolo 14 ».

12.4. Marianna Ricciardi, Di Lauro, Quartini, Sportiello.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Il Ministro della salute valuta, in accordo con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e in accordo con le organizzazioni sindacali dei medici, l'introduzione di ulteriori misure premiali per incentivare i medici specialisti che scelgono di non effettuare attività *extra moenia* e decidono di dedicare ulteriori ore straordinarie alla struttura pubblica dove lavorano.

12.5. Cattoi, Giagoni, Loizzo, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo il comma 2, aggiungere 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.

12.6. Di Lauro, Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi.

Sopprimere il comma 3.

12.7. Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro, Quartini.

Dopo l'articolo 12, aggiungere il seguente:

Art. 12-bis.

(Modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di nomina dei di-

rettori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari)

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

a) all'articolo 1:

1) al comma 4, la lettera b) è sostituita dalla seguente:

« b) titolo di dottorato di ricerca, di master di secondo livello o di diploma di specializzazione conseguito presso le scuole di specializzazione individuate con il regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 aprile 2018, n. 80, in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria ovvero comprovata esperienza, almeno settennale, nel Servizio sanitario nazionale, in posizioni funzionali per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea di cui alla lettera a) »;

2) al comma 4, la lettera c) è abrogata;

3) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

« 5-bis. La commissione valuta il curriculum formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili nonché l'eventuale e comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato »;

4) al comma 7, secondo periodo, le parole: « secondo l'ordine alfabetico dei candidati senza » sono sostituite dalle seguenti: « con »;

5) al comma 7-bis, le parole: « , di cui all'articolo 1, comma 4, lettera b), » sono soppresse;

6) al comma 7-quater, le parole: « 60 punti » sono sostituite dalle seguenti: « quaranta punti »;

7) al comma 7-*sexies*, le parole: « 40 punti » sono sostituite dalle seguenti: « sessanta punti »;

8) al comma 8, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , per gravi e comprovati motivi, per gestione di disavanzo grave o in caso di manifesta violazione di norme di legge o regolamento o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione »;

b) all'articolo 2:

1) il comma 1 è sostituito dal seguente:

« 1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico pubblicato nel sito internet istituzionale della regione, l'incarico che intende attribuire, al fine della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. È nominato direttore generale il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano. Non possono essere nominati coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale »;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al curriculum del nominato. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse e gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e di facile consulta-

zione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo aggregato e analitico, tenendo conto dei criteri valutativi di cui al comma 3 e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico o nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui al presente articolo. In caso di decadenza per mancato raggiungimento degli obiettivi, il medesimo soggetto non può essere nominato direttore generale in nessuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale nel triennio successivo. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale secondo le procedure di cui al comma 1. Il mandato del commissario ha la durata di sei mesi, prorogabile per un periodo massimo di ulteriori sei mesi »;

c) all'articolo 3, comma 1, dopo il primo periodo, sono inseriti i seguenti: « Il direttore generale, al fine di procedere alla nomina, rende noto, con apposito avviso pubblicato nel sito internet istituzionale della regione e dell'azienda o ente interessato, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi regionali. È nominato direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, direttore dei servizi socio-sanitari il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco regionale di cui al presente articolo con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano »;

d) all'articolo 4 è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 1-*bis*. L'incarico conferito ai direttori generali, ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e, ove previsto dalla legisla-

zione regionale, ai direttori dei servizi socio-sanitari nonché a tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è sospeso in caso di condanna, anche non definitiva, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti ».

2. Per la nomina dei direttori sanitari di distretto si applicano le disposizioni di cui al comma 1, ove compatibili, anche qualora nell'atto aziendale la direzione del distretto sanitario non sia stata individuata come struttura complessa. Per l'istituzione della commissione di valutazione sono sorteggiati i direttori di struttura complessa titolari dell'incarico di direttore di distretto.

12.03. Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Dopo l'articolo 12, aggiungere il seguente:

Art. 12-bis.

(Modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017)

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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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.

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

Allegato 1 (articolo 12-bis, comma 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

22.06.15.018 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.

12.07. Quartini, Di Lauro, Sportiello, Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 12, aggiungere il seguente:

Art. 12-bis.

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

1. Al fine di contrastare la diffusione della miopia dei bambini e dei preadolescenti

scenti, è riconosciuto, nel limite di 50 milioni di euro per l'anno 2025, un credito di imposta, pari al 50 per cento delle spese sostenute e documentate nel medesimo anno solare, relativo all'acquisto di lenti da vista con tecnologia *Defocus Incorporated Multiple Segments* (DIMS) finalizzato al trattamento e alla gestione della miopia.

2. Il credito di cui al primo periodo, che non concorre alla determinazione del reddito complessivo ai fini dell'articolo 8 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è corrisposto per i figli di età inferiore a 14 anni e a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente l'importo sia in una condizione economica corrispondente a un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente, stabilito ai sensi del regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159, non superiore a 40.000 euro annui. Nella determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente utile ai fini del riconoscimento dell'importo di cui al presente comma non rilevano le erogazioni relative all'assegno unico e universale di cui al decreto legislativo 29 dicembre 2021, n. 230.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede, nel limite massimo di 50 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

12.08. Marianna Ricciardi, Quartini, Di Lauro, Sportiello.

Dopo l'articolo 12, aggiungere il seguente:

Art. 12-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.

12.09. Marianna Ricciardi, Sportiello, Quartini, Di Lauro.

ART. 13.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Disposizioni in materia di assistenza ai pazienti affetti da cefalea primaria cronica)

1. Al fine di garantire un accesso tempestivo e uniforme alle cure per pazienti affetti da cefalea primaria cronica e di assicurare la continuità dei progetti regionali che, in attuazione del decreto del Ministro della salute del 23 marzo 2023, hanno contribuito alla riduzione delle liste d'attesa presso i Centri Cefalee, è disposto uno

stanziamento di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026.

2. Agli oneri derivanti dal comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

13.02. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Fondo per l'accesso alle cure per pazienti affette da tumore dell'ovaio platino-resistente)

1. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo e omogeneo alle terapie innovative per le pazienti affette da carcinoma ovarico platino-resistente (PROC), nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un Fondo con una dotazione di 1 milione di euro per gli anni 2025 e 2026.

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 presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per la ripartizione delle risorse di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 1 milione di euro per gli anni 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

13.03. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Fondo per accesso alle cure per pazienti affette da tumore dell'ovaio platino-resistente)

1. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo e omogeneo alle terapie innovative per le pazienti affette da carcinoma ovarico platino-resistente (PROC), nello stato di previsione del Ministero della salute viene istituito un Fondo di 1 milione di euro per gli anni 2025 e 2026.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 1 milione di euro per gli anni 2025 e 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo le esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

13.04. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente::

Art. 13-bis.

(Interpretazione autentica dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)

1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: « Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali » sono sostituite dalle seguenti: « Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se inscindibilmente connesse con quelle socio-assistenziali, ferme restando le disposizioni contenute nei provvedimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA) che definiscono la ripartizione degli oneri per livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa, previa valutazione multidimensionale e presa in carico da

effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e province autonome ».

13.05. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente::

Art. 13-bis.

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

1. All'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dopo le parole: « dei relativi profili professionali » 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 ».

* **13.06.** Malavasi, Furfaro, Ciani, Girelli, Stumpo.

* **13.07.** Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

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

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, all'articolo 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dopo le parole: « di formazione post-base, » sono inserite le seguenti: « , degli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ».

13.010. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente::

Art. 13-bis.

(Misure di contrasto alla medicina difensiva)

1. All'articolo 6, comma 1, capoverso « Art. 590-sexies », comma 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: « a causa di imperizia » sono sostituite dalle seguenti: « per l'azione o l'omissione da parte del personale sanitario che sia regolarmente iscritto all'albo professionale di riferimento e che abbia assolto, in misura non inferiore al 70 per cento, l'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina »;

b) le parole: « quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto » sono sostituite dalle seguenti: « salvo che il fatto non sia avvenuto per errori grossolani e macroscopici ».

2. Sono considerati errori grossolani e macroscopici quegli errori presenti nell'elenco elaborato a tal fine, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero della giustizia, sentito il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto superiore di sanità.

13.011. Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente::

Art. 13-bis.

(Istituzione del Fondo di solidarietà sociale per i danni sanitari)

1. Al fine di rafforzare la solidarietà sociale e contrastare la medicina difensiva,

presso il Ministero della salute è istituito un Fondo di solidarietà sociale per i danni sanitari, finalizzato ad indennizzare, in alternativa ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, i danni irreversibili e gravi avvenuti in corso di trattamento sanitario derivanti da infezioni nosocomiali, danni da farmaci e da incidenti avvenuti nelle strutture ospedaliere e per i quali non sia evincibile una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le modalità attuative ed operative del Fondo di cui al presente articolo.

13.012. Marianna Ricciardi, Sportiello, Quartini, Di Lauro.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Dematerializzazione della prescrizione per le cure termali)

1. Al fine di garantire la piena accessibilità alle prestazioni termali inserite nei livelli essenziali di assistenza (LEA), è introdotto l'obbligo, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, della prescrizione in formato elettronico delle cure termali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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 presente legge, sono definite le modalità tecniche e operative per l'attuazione della prescrizione elettronica per le cure termali, anche sulla base delle attività già concluse dal tavolo tecnico con le regioni e le associazioni di settore.

3. L'attuazione del presente articolo non comporta nuovi o maggiori oneri a carico

della finanza pubblica e si svolge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

13.013. Pietrella, Ciocchetti.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Obbligo di utilizzo della telemedicina per specifiche prestazioni cliniche)

1. Nell'ambito delle misure volte alla riduzione delle liste d'attesa e al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, a decorrere dal 1° gennaio 2026, è fatto obbligo alle aziende sanitarie pubbliche e alle strutture private accreditate di attivare e utilizzare, ove clinicamente appropriato, la telemedicina per le seguenti tipologie di prestazioni:

a) *follow-up* clinici programmati, successivi a visite o interventi già effettuati;

b) prime valutazioni per visite specialistiche, per l'inquadramento preliminare del paziente e la definizione della priorità di accesso in presenza;

c) consulenze multidisciplinari tra professionisti sanitari, anche tra strutture diverse, per la gestione condivisa di casi complessi.

2. Le prestazioni erogate mediante telemedicina sono equiparate, ai fini giuridici, clinici e retributivi, alle prestazioni in presenza, purché documentate nei sistemi informativi aziendali in conformità alle linee guida nazionali.

3. Il Ministero della salute, di intesa con l'Agenzia per la sanità digitale e le regioni, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta un decreto attuativo per definire:

a) gli *standard* tecnologici e di sicurezza;

b) le modalità di formazione del personale sanitario;

c) le procedure di tracciabilità e refertazione delle prestazioni telemediche.

4. Le regioni possono destinare una quota non inferiore al 5 per cento del Fondo sanitario regionale vincolato per l'abbattimento delle liste d'attesa al potenziamento delle infrastrutture digitali e all'implementazione dei servizi di telemedicina.

13.014. Longi.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Certificazioni di gravidanza a rischio rilasciabili da ginecologi operanti in regime di libera professione)

1. Al fine di garantire tempi più rapidi per l'accesso ai diritti previsti in materia di tutela della maternità e ridurre il carico assistenziale sulle strutture del Servizio sanitario nazionale, le certificazioni mediche relative a condizioni patologiche della gravidanza che possono comportare rischio per la gestante o per il nascituro, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, possono essere rilasciate anche da medici specialisti in ginecologia e ostetricia operanti in regime di libera professione. Tali certificazioni sono valide agli effetti giuridici di cui al presente Capo, purché il medico sia iscritto all'albo professionale, in regola con l'obbligo formativo ECM, e in possesso della specializzazione in ginecologia e ostetricia.

2. Le modalità di redazione, trasmissione e verifica delle certificazioni rilasciate in regime libero-professionale sono definite con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito l'Istituto nazionale della previdenza sociale e previo parere del Consiglio superiore di sanità.

3. Le regioni e le province autonome adottano i provvedimenti amministrativi e informatici necessari all'integrazione e validazione delle suddette certificazioni entro

novanta giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale di cui al comma 2.

4. Il mancato rispetto dei requisiti da parte del professionista, o l'emissione di certificazioni non conformi, comporta la sospensione della possibilità di rilascio e l'attivazione delle opportune segnalazioni agli organi disciplinari competenti.

13.015. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Certificazioni di esenzione per patologie croniche rilasciabili anche da medici specialisti in regime di libera professione)

1. Al fine di garantire tempi più rapidi per l'accesso alle prestazioni assistenziali e ridurre il carico sulle strutture del Servizio sanitario nazionale, è riconosciuta la validità delle certificazioni ai fini di esenzione per patologia, rilasciate dai medici specialisti operanti in regime di libera professione, purché regolarmente iscritti all'albo professionale, in regola con l'obbligo formativo ECM e titolari di specializzazione coerente con la patologia oggetto della certificazione.

2. Le modalità di redazione, trasmissione e validazione delle suddette certificazioni sono stabilite con decreto del Ministero della salute, adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le regioni e le province autonome provvedono ad aggiornare i propri sistemi informativi e amministrativi per l'integrazione delle certificazioni rilasciate in regime libero-professionale nei flussi di esenzione, entro novanta giorni dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 2.

4. L'inosservanza dei requisiti o la produzione di certificazioni non conformi ai criteri indicati dal decreto ministeriale può comportare la sospensione dell'abilitazione a tale funzione, nonché l'attivazione delle opportune segnalazioni agli ordini professionali.

13.016. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Prescrizione di farmaci soggetti a piano terapeutico da parte di medici specialisti in regime di libera professione)

1. I medici specialisti operanti in regime di libera professione, in possesso di adeguata formazione e competenza nella disciplina oggetto del piano terapeutico, possono redigere piani terapeutici per la prescrizione di farmaci soggetti a monitoraggio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al pari dei medici operanti presso strutture del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, i medici specialisti devono essere preventivamente accreditati secondo modalità, requisiti e criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute, adottato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previo parere vincolante dell'AIFA. L'accreditamento è personale, rinnovabile, subordinato alla regolarità dell'iscrizione all'Ordine dei medici, all'adempimento dell'obbligo formativo ECM, e alla documentazione dell'effettivo esercizio della disciplina specialistica pertinente.

2. Con il medesimo decreto di cui al comma 1, sono inoltre stabiliti:

a) le modalità di tracciabilità digitale dei piani terapeutici emessi dai medici accreditati;

b) le modalità di integrazione con i sistemi informatici regionali e nazionali di prescrizione e monitoraggio;

c) i criteri di sospensione o revoca dell'accreditamento in caso di inadempienza o violazione delle disposizioni vigenti.

3. Le regioni e le province autonome adeguano i propri sistemi informativi e procedurali entro centoventi giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale di cui al comma 1.

13.017. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(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.

13.018. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

1. Il comma 1 dell'articolo 29 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, si interpreta nel senso che l'organizzazione dei mezzi necessari da parte dell'appaltatore ricorre anche laddove vi sia coincidenza, totale o parziale, fra le prestazioni oggetto di appalto e l'attività del committente, o difetti l'apporto di competenze differenti da quelle che competono al committente, purché risulti in capo all'appaltatore un'organizzazione autonoma di mezzi e lavoro in relazione ad un definito segmento di attività, seppure inserito nel ciclo produttivo del committente. La presente disposizione trova applicazione anche agli appalti in essere o già conclusi alla data della sua entrata in vigore.

13.019. Mulè.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

1. All'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 21 giugno 2022, n. 73, convertito, con

modificazioni, dalla legge 4 agosto 2022 n. 122, dopo le parole: « professioni e arti sanitarie » sono inserite le seguenti: « anche organizzate in cooperative sanitarie che abbiano come unico scopo la fornitura di personale medico alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale ».

13.020. Mulè.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

1. All'articolo 10, comma 5-ter, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « pubblici o anche solo di loro parti, od altri risultati di interesse pubblico, attraverso forme di collaborazione pubblico-privato, ivi incluse quelle contemplate agli articoli 174 e 175 del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, anche attraverso l'impiego di soluzioni automatizzate e tecnologiche innovative. ».

13.021. Mulè.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-bis.

(Modifiche al Cruscotto fondi sanitari integrativi)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute regola, con proprio decreto, le nuove modalità di iscrizione, funzionamento e monitoraggio dell'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi e di inserimento dei dati nel Cruscotto di cui al decreto del Ministro della salute 30 settembre 2022, attuativo dell'articolo 15, comma 1, lettera d), numero 3), della legge 5 agosto 2022, n. 118, al fine di prevedere che l'im-

plementazione in forma sperimentale sia estesa fino al 31 dicembre 2027.

* **13.022.** Pretto, Loizzo, Giagoni, Matone.

* **13.023.** Gadda, Faraone.

ART. 14.

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

* **14.1.** Ciani, Stumpo, Furfaro, Girelli, Malavasi.

* **14.2.** Zanella.

Al comma 1, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: e ostetriche per l'ambito della salute mentale perinatale.

Conseguentemente, al medesimo comma 1, lettera b), aggiungere, in fine, le parole: e ostetriche per l'ambito della salute mentale perinatale.

14.3. Furfaro, Malavasi, Ciani, Girelli, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Riconoscimento della vulvodinia e della neuropatia del pudendo come malattie croniche e invalidanti)

1. La vulvodinia e la neuropatia del pudendo, al fine di garantire il diritto alla salute nonché migliorare le condizioni di vita delle persone che ne sono affette, sono riconosciute come malattie croniche e invalidanti e sono inserite tra le patologie che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.

2. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, il Ministro della salute individua

criteri oggettivi e omogenei per l'identificazione dei sintomi e delle condizioni cliniche correlati alla vulvodinia e alla neuropatia del pudendo, ai fini del loro inserimento nell'elenco delle malattie e condizioni croniche e invalidanti di cui all'allegato 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito un presidio sanitario pubblico specializzato per ciascuna regione e provincia autonoma dedicato alla diagnosi e alla cura del dolore pelvico in tutte le sue forme, comprese la vulvodinia, la neuropatia del pudendo, l'endometriosi e le sindromi della vescica dolorosa e del colon irritabile. Il Ministero della salute redige un elenco pubblico dei presidi istituiti ai sensi del presente comma.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 10 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.

14.01. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 sessanta 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 corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

*** 14.02.** Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

*** 14.03.** Faraone.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 indifferi-

bili che si manifestano nel corso della gestione, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

14.06. Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 conti-

nuità 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.

14.07. Di Lauro, Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 50 milioni di euro annui 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.

14.08. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-*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 Servizio sanitario nazionale (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 articoli 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.

*** 14.09.** Di Lauro, Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi.

*** 14.010.** Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-*bis*.

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

1. Al fine di potenziare l'intervento del Servizio sanitario nazionale (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 del-

l'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.

14.011. Di Lauro, Quartini, Sportiello, Marianna Ricciardi.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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.

14.012. Faraone.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Disposizioni in materia di bonus psicologo)

1. All'articolo 1-*quater*, comma 3, primo periodo, del decreto-legge 30 dicembre 2021,

n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo le parole: « di psicoterapia » sono aggiunte le seguenti: « o supporto psicologico »;

b) dopo le parole: « albo degli psicologi » sono inserite le seguenti: « nonché presso strutture sanitarie che si avvalgono della collaborazione dei medesimi professionisti ».

14.013. Ciancitto.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Istituzione della figura professionale del fisioterapista di comunità)

1. Al fine di potenziare e sviluppare i servizi territoriali di assistenza domiciliare, delle case della comunità e delle cure primarie è istituita la figura professionale del fisioterapista di comunità, quale dipendente dell'azienda sanitaria locale, con l'incarico di operare all'interno del *team* multiprofessionale delle cure primarie, nell'ambito delle articolazioni specifiche del distretto di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilita dalla normativa nazionale e regionale.

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 fisioterapia di comunità, 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. Con il medesimo decreto è definita la figura professionale del fisioterapista di comunità ed i requisiti per conseguire la qualifica.

3. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro

annui 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.

14.014. Malavasi, Girelli, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 2026 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 73 relativi trattamenti economici accessori a quelli previsti per le altre figure dirigenziali degli enti locali e delle regioni, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

2. Agli oneri derivanti dalla presente disposizione, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del

Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

14.015. Zanella.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Istituzione della figura professionale dell'ostetrica di famiglia e di comunità)

1. Al fine di assicurare un presidio di assistenza continua e un collegamento costante con le diverse strutture sanitarie pubbliche e private interessate alla presa in carico integrata delle donne, dei minori e dei nuclei familiari, con l'obiettivo di favorirne il potenziamento e accrescere la consapevolezza e il benessere di tutti gli individui che compongono il nucleo familiare, migliorando il benessere di comunità è istituita la figura professionale dell'ostetrica di famiglia e di comunità.

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 della figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità all'interno di una *équipe* multidisciplinare volta a favorire il soddisfacimento dei bisogni di salute della donna, in tutte le fasi del ciclo biologico, sessuale e riproduttivo, nonché delle famiglie e della comunità.

3. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui 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.

14.016. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 centoventi giorni dalla data di 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.

14.017. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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.

14.018. Faraone.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità)

1. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, è almeno pari al 6,7 per cento del prodotto interno lordo nominale per l'anno 2025, al 7 per cento per l'anno 2026, al 7,3 per cento per l'anno 2027 e al 7,4 per cento a decorrere dal 2028. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

2. Con la Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza sono annualmente quantificate le ulteriori risorse necessarie ad assicurare il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi dell'articolo 1, comma 1.

3. Al fine di assicurare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito ai sensi del comma 1, la legge di bilancio provvede annualmente a ridurre in maniera lineare le spese fiscali, elencate nel Rapporto annuale sulle spese fiscali di cui all'articolo 21, comma 11-*bis*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, con esclusione di quelle relative alla composizione del nucleo familiare, ai costi sostenuti per la crescita dei figli, alla tutela del bene casa e della salute, dell'istruzione e della previdenza complementare.

14.019. Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Programma diagnostico di prevenzione delle malattie cardiache per la popolazione ultrasettantenne)

1. Al fine di rafforzare le misure di prevenzione attraverso una diagnosi precoce delle cardiopatie nella popolazione anziana ultrasettantenne è istituito un programma nazionale sperimentale per gli anni 2025-2027 con una dotazione di 7 milioni anni per la diagnosi precoce delle malattie cardiache denominato « *screening* cuore dell'anziano », da attivare nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano con una dotazione.

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 presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per la ripartizione delle ri-

sorse di cui al comma 1 nel rispetto del criterio di incidenza delle cardiopatie quali disfunzione ventricolare sinistra asintomatica e sintomatica, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale e altre aritmie e patologie valvolari cardiache e valvulopatie degenerative, tra cui stenosi aortica, insufficienza mitralica e tricuspidale e dell'anzianità della popolazione residente nelle singole regioni.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 7 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 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.

14.020. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Fondo destinato al sequenziamento genomico (Next Generation Sequencing – NGS))

1. All'articolo 1, comma 556, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, dopo le parole: « per l'anno 2025 », aggiungere le seguenti: « e di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 ».

14.021. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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 dell'articolo 4, comma 9-bis, 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 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.

14.022. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Disposizioni per lo screening del test prenatale non invasivo (NIPT))

1. Al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie nell'ambito del percorso nascita, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un apposito fondo con una dotazione di 30 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, che costituisce limite di spesa, per l'erogazione del test prenatale non invasivo (NIPT), anche denominato *test* del DNA fetale, quale *screening* prenatale per la diagnosi delle anomalie fetali.

2. Hanno diritto al NIPT, su richiesta, le gestanti entro il primo trimestre di gravidanza, indipendentemente dall'età anagrafica al momento del concepimento, a seguito di una consulenza genetica prenatale che prenda in carico la donna in tutte le fasi di esecuzione del *test*, compresa la fase finale di analisi dei risultati.

3. In presenza di un risultato del *test* che riveli un alto rischio di aneuploidia, la consulenza di cui al comma 5 deve concludersi con una relazione scritta.

4. Con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per

i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti:

a) le modalità di erogazione del *test* NIPT, compresa la consulenza genetica da effettuarsi prima e dopo il *test*;

b) le modalità e le informazioni che ciascuna gestante che richiede di effettuare il NIPT deve fornire alla struttura sanitaria;

c) le caratteristiche che le strutture sanitarie che effettuano il NIPT a carico del Servizio sanitario nazionale devono avere, con particolare riferimento:

1) alle competenze possedute nella diagnosi genetica;

2) al servizio di consulenza genetica offerto prima e dopo l'effettuazione del *test*;

3) alla presenza al proprio interno di laboratori e di operatori certificati e autorizzati a livello nazionale.

5. Ciascuna regione e provincia autonoma deve assicurare, in caso di richiesta di effettuazione del *test* NIPT, che questo venga svolto entro i primi novanta giorni dall'inizio della gravidanza.

6. Il Ministero della salute, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove periodiche campagne di informazione sull'importanza di eseguire i NIPT per una migliore qualità della gravidanza delle gestanti, in particolare per quelle in condizione di rischio per il nascituro.

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

14.023. Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Fondo per il contrasto dei disturbi del comportamento alimentare)

1. Nelle more di una completa attuazione dell'articolo 1, comma 687, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e dell'inserimento in una specifica area dei livelli essenziali di assistenza dei disturbi del comportamento alimentare le risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 688, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sono incrementate di 50 milioni di euro a decorrere dal 2025.

2. Le risorse del Fondo di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento e al potenziamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie relative al trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione al fine di promuovere e conseguire una presa in carico, una assistenza e una cura omogenea delle persone affette da tali disturbi sull'intero territorio nazionale.

3. Agli oneri derivanti dal 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.

14.024. Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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.

14.026. Faraone.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-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.

14.027. Faraone.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

Art. 14-bis.

(Disposizioni per il potenziamento della rete per la terapia del dolore)

1. All'articolo 5, comma 4-bis, della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo le parole: « un piano di potenziamento delle cure palliative » sono inserite le seguenti: « e un piano di potenziamento della rete per la terapia del dolore, con flussi e percorsi distinti, » e le parole: « del piano », ovunque ricorrenti, sono sostituite dalle seguenti: « dei piani ».

14.028. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

ART. 15.

Al comma 1, sostituire le parole: di 1 milione con le seguenti: di 10 milioni.

Conseguentemente, al comma 3, sostituire le parole: pari a 1 milione con le seguenti: pari a 10 milioni.

15.1. Faraone.

Al comma 1, sostituire le parole: di 1 milione con le seguenti: di 6 milioni.

Conseguentemente, al comma 3, sostituire le parole: pari a 1 milione con le seguenti: pari a 6 milioni.

* **15.2.** Malavasi, Furfaro, Ciani, Girelli, Stumpo.

* **15.3.** Sportiello, Marianna Ricciardi, Quartini, Di Lauro.

* **15.4.** Faraone.

Al comma 1, sostituire le parole: di 1 milione con le seguenti: di 5 milioni.

Conseguentemente, al comma 3, sostituire le parole: pari a 1 milione con le seguenti: pari a 5 milioni.

15.5. Zanella.

Al comma 1, sostituire le parole: screening regionale con le seguenti: screening e definizione di obiettivi minimi di adesione regionale, con obbligo di trasmissione annuale dei risultati al Ministero della salute e all'AGENAS,.

15.6. Lucaselli.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Disposizioni per la prevenzione, la diagnosi e la cura della talassemia, dell'anemia fal-

ciforme, delle emoglobinopatie e delle alterazioni rare dei globuli rossi)

1. I centri di cura della rete nazionale della talassemia e delle emoglobinopatie istituiti dal decreto del Ministero della salute 31 maggio 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 214 del 13 settembre 2023, sono preposti alla prevenzione, diagnosi, cura e ricerca sulla talassemia, sulla drepanocitosi e sulle emoglobinopatie, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

2. Ai fini della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura della talassemia, dell'anemia falciforme, delle emoglobinopatie e delle alterazioni rare dei globuli rossi, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano indicano alle aziende sanitarie locali, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio dei ministri, emanato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto superiore di sanità, di effettuare *screening* di I e di II livello volti a:

a) individuare le fasce di popolazione in età fertile portatrici asintomatiche con rischio di trasmettere talassemia, anemia falciforme, emoglobinopatie o alterazioni rare dei globuli rossi;

b) adottare strategie di diagnosi precoce in tutti i nati;

c) programmare gli interventi sanitari conseguenti alle attività di cui alle lettere a) e b).

3. Le trasfusioni di sangue e gli scambi eritrocitari terapeutici sono somministrati presso i centri di cura di cui al comma 1 in regime di *day-hospital*, sotto stretta sorveglianza medica.

4. Il personale medico e infermieristico operante presso i centri di cura di cui al comma 1 monitora e cura le eventuali

complicanze secondarie d'organo, attraverso una presa in carico multidisciplinare.

5. Alle persone con talassemia, drepanocitosi ed emoglobinopatia sono garantite tutte le prestazioni diagnostiche e laboratoristiche inerenti alla propria patologia, secondo le prescrizioni e la prenotazione da parte dei centri di cura di cui al comma 1, preferibilmente da svolgere all'interno dello stesso presidio in cui opera il centro di cura, senza alcun aggravio burocratico per i pazienti. Il medesimo centro di cura, quando non è in grado di erogare direttamente le prestazioni diagnostiche o laboratoristiche, individua altri presidi e organizza l'erogazione delle prestazioni mediante percorsi semplificati.

6. I centri di cura di cui al comma 1 garantiscono, in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale e in tutti i periodi dell'anno, la trasfusione di sangue ottimale tenendo conto delle raccomandazioni società scientifiche dove debba prevedersi il minor intervallo dal prelievo al donatore di sangue e il più alto contenuto valore emoglobinico, della sicurezza e della quantità necessaria al fabbisogno di ciascun soggetto.

7. Ai centri di cura di cui al comma 1 compete la prescrizione di tutti i farmaci specifici di fascia A per le terapie occorrenti al trattamento della talassemia, della drepanocitosi e delle emoglobinopatie, oltreché dei farmaci innovativi.

8. I rappresentanti delle maggiori associazioni nazionali di pazienti, iscritte al Registro unico nazionale del Terzo settore, previsto dall'articolo 45 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, che hanno nel proprio statuto come obiettivo primario i temi della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura della talassemia, della drepanocitosi e delle emoglobinopatie, sono nominati negli organismi consultivi nazionali, regionali, provinciali e locali dedicati a tali patologie, nonché nel Comitato direttivo del Centro nazionale sangue, di cui al comma 1 dell'articolo 12 della legge 21 ottobre 2005, n. 219.

15.02. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

1. Alle persone affette da talassemia, drepanocitosi o emoglobinopatia alle quali sia stata riconosciuta l'invalidità civile al 100 per cento, è riconosciuto la facoltà di richiedere il contrassegno invalidi previsto dal comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495. Sono, altresì, riconosciute le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

15.03. Maiorano.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Misure in materia di RSA)

1. Al fine di supportare l'assistenza socio-sanitaria 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. 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.

3. 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.

15.04. Di Lauro, Sportiello, Marianna Ricciardi, Quartini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Modifica ai criteri di istituzione delle Banche dei gameti nel Piano per la preservazione della fertilità)

1. Al fine di garantire un'equa distribuzione territoriale delle Banche dei gameti e di assicurare un accesso uniforme ai servizi di preservazione della fertilità su tutto il territorio nazionale, il criterio basato su un rapporto di una banca ogni 5 milioni di abitanti è sostituito dal principio di istituzione di almeno una Banca dei gameti per ciascuna regione italiana.

2. Per le regioni con difficoltà di collegamento infrastrutturale o con caratteristiche orografiche che rendano complesso l'accesso ai servizi, il Ministero 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, può prevedere ulteriori sedi al fine di garantire la piena fruibilità del servizio ai cittadini.

3. Le Banche dei gameti sono collocate prioritariamente all'interno di Centri di procreazione medicalmente assistita pubblici, al fine di garantire la massima integrazione con i percorsi di fecondazione assistita e la continuità delle cure per i pazienti. Le regioni possono stipulare accordi di cooperazione per la gestione congiunta delle Banche dei gameti al fine di ottimizzare le risorse disponibili e migliorare il servizio offerto alla popolazione.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero 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, definisce un piano di istituzione e distribuzione delle Banche dei gameti su base regionale.

5. Per l'attuazione del presente articolo, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. 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 presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per la ripartizione delle risorse di cui al presente comma.

6. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

15.05. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-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.

15.06. Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi, Quartini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(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.

15.07. Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro, Quartini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Disposizioni per garantire l'assistenza protesica)

1. A decorrere dall'anno 2025, i codici relativi alle riparazioni e sostituzioni per gli ausili rientranti nel codice ISO 12.23 (carrozze a motore elettrico) sono a carico del Servizio sanitario nazionale e rientrano nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute provvede ad inserire i predetti codici tra gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi e a riconoscere il rimborso per coloro che a decorrere dall'anno 2025 abbiano sostenuto le spese a proprio carico.

15.08. Sportiello, Quartini, Marianna Ricciardi, Di Lauro.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Percorso di follow-up per pazienti oncologici)

1. Le regioni e le province autonome, nell'ambito della programmazione sanita-

ria territoriale e in coerenza con i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) oncologici definiti a livello nazionale, garantiscono il monitoraggio e la presa in carico continuativa dei pazienti oncologici anche successivamente alla conclusione del trattamento attivo, secondo modalità definite nei piani assistenziali individualizzati.

2. Il *follow-up* include, in funzione della tipologia di neoplasia e delle condizioni cliniche del paziente, la pianificazione di visite periodiche, esami diagnostici, supporto psicologico e valutazione degli effetti a lungo termine della terapia.

3. Le modalità organizzative e i tempi del *follow-up* sono definiti nei PDTA regionali, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), e resi consultabili dal paziente attraverso il fascicolo sanitario elettronico.

4. È fatto obbligo alle regioni di trasmettere annualmente al Ministero della salute e all'AGENAS un rapporto sullo stato di attuazione dei percorsi di *follow-up* oncologico, con indicazione degli esiti clinici e del grado di adesione dei pazienti.

15.09. Lucaselli.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Contributo per l'acquisto di presidi estetici e supporti socio-sanitari per pazienti oncologici)

1. Le regioni e le province autonome garantiscono, nell'ambito della propria autonomia programmatica e finanziaria, l'istituzione di un contributo economico annuale a favore delle pazienti affette da patologie oncologiche, finalizzato all'acquisto di parrucche, protesi estetiche, indumenti terapeutici, trattamenti estetici medicali e altri presidi o prestazioni connesse agli effetti secondari dei trattamenti oncologici.

2. Il contributo di cui al comma 1 può essere riconosciuto anche ai pazienti affetti da patologie oncologiche al seno che ab-

biano subito interventi di mastectomia e chirurgia demolitiva post-tumore.

3. Il contributo è riconosciuto su richiesta dell'interessata, presentata anche tramite associazioni di pazienti o assistenti sociali, ed è erogato previa certificazione della condizione clinica da parte del medico specialista o dell'oncologo di riferimento.

4. Le regioni possono definire modalità attuative, massimali di spesa, criteri di priorità e forme di convenzionamento con fornitori e professionisti sanitari, anche mediante avvisi pubblici.

5. Le regioni trasmettono annualmente al Ministero della salute i dati sull'erogazione dei contributi di cui al presente articolo, suddivisi per tipologia, importo e numero di beneficiarie, ai fini del monitoraggio nazionale dell'equità di accesso.

6. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, è autorizzata una spesa annua di 5 milioni di euro.

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

15.012. Lucaselli.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Misure sperimentali per la prevenzione e la diagnosi dell'obesità nei luoghi di lavoro).

1. Al fine di promuovere la tutela della salute dei lavoratori, è istituito, in via sperimentale, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, un Fondo per incentivare programmi di prevenzione, sensibilizzazione e diagnosi dell'obesità, da parte dei datori di lavoro, tramite l'erogazione, nei luoghi di lavoro, del servizio di misurazione dell'indice di massa corporea (BMI) per i lavoratori dipendenti privati nella fascia di età 25-65 anni, con dotazione pari a 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027.

2. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute, sono stabiliti le modalità e i criteri di ripartizione delle risorse del fondo di cui al comma 1, anche al fine del rispetto del limite di spesa autorizzato.

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 del lavoro e delle politiche sociali per il triennio 2025-2027.

15.013. Mulè.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Costituzione della Rete italiana obesità e misure sperimentali per l'accesso ai trattamenti)

1. Al fine di potenziare l'attività di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi e cura dell'obesità su tutto il territorio nazionale, è istituita presso il Ministero della salute la Rete italiana obesità – RIO, senza nuovi o ulteriori oneri di spesa.

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 di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1. Con il medesimo decreto sono individuati i centri che costituiscono la Rete italiana obesità, garantendo il più ampio livello di copertura del territorio nazionale, e il coinvolgimento nella rete della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, della Società italiana obesità, della Federazione italiana medici di medicina generale, della Società italiana dei

medici di medicina generale e delle cure primarie, della Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia, Federsanità.

3. In via sperimentale, per il triennio 2026-2028, è reintrodotta una classe B dei farmaci, a compartecipazione tra Servizio sanitario nazionale (SSN) e cittadino, limitatamente ai medicinali autorizzati per il trattamento dell'obesità negli adulti. Possono essere inclusi nella classe B, con decreto del Ministero della salute su proposta dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), i farmaci che soddisfino congiuntamente i seguenti requisiti:

a) autorizzazione centralizzata EMA per indicazione « obesità » o « sovrappeso con comorbidità »;

b) impiego in soggetti con indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 35, o IMC maggiore o uguale a 30, in presenza di almeno una comorbidità cardiometabolica significativa;

c) fallimento documentato di precedenti interventi non farmacologici (dieta, attività fisica, supporto comportamentale).

4. I farmaci in classe B sono rimborsati dal SSN in misura pari al 50 per cento del prezzo di riferimento, mentre il restante 50 per cento rimane a carico del paziente. La prescrizione è riservata ai medici specialisti e condizionata alla registrazione nel Registro nazionale dell'obesità farmacologica gestito dall'AIFA.

5. La sperimentazione è attuata a invarianza di spesa, mediante l'utilizzo delle risorse già stanziare a legislazione vigente per la spesa farmaceutica convenzionata di cui all'articolo 1, comma 398, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni.

6. Il limite massimo di spesa annua a valere su tale fondo per l'acquisto dei farmaci in classe B di cui al presente articolo è definito annualmente con determina AIFA, d'intesa con il Ministero della salute, nel rispetto del tetto programmato della spesa farmaceutica convenzionata.

7. Entro il 30 giugno 2029, l'AIFA trasmette al Ministero della salute e alle competenti Commissioni parlamentari una re-

lazione sugli esiti clinici, economici e di aderenza terapeutica della sperimentazione, ai fini di una eventuale estensione strutturale del modello.

15.014. Benigni.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-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 sessanta 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.

15.015. Faraone.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-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.

15.016. Faraone.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Modifiche all'articolo 18 della legge 1° aprile 1999, n. 91, in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti)

1. All'articolo 18 della legge 1° aprile 1999, n. 91, sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:

«2-bis. Nel rispetto del principio della donazione quale atto volontario, gratuito e solidale, è possibile derogare, sulla base di quanto stabilito dai commi seguenti, alle disposizioni di cui al comma 2 e rimuovere il vincolo dell'anonimato nell'ambito del trapianto da soggetto deceduto nonché da soggetto vivente.

2-ter. Nella fase successiva al trapianto, decorso un anno dalla donazione, il donatore e il ricevente o, in caso di decesso dell'una o dell'altra parte, i soggetti di cui al comma 2-quater, possono presentare ai Centri regionali per i trapianti delle regioni sedi, rispettivamente, della donazione e del trapianto, la richiesta di conoscere l'identità personale e di incontrare l'altra parte del processo di donazione e trapianto.

2-quater. La richiesta di cui al comma 2-ter, contenente il consenso libero e informato dell'istante a rimuovere l'anonimato di cui al comma 2, può essere presentata, in caso di decesso del donatore o del ricevente, dal coniuge non separato o dall'unito civilmente o dal convivente di fatto o, in mancanza, dai figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, dai genitori, o in mancanza dai fratelli con le modalità di cui al comma 2-octies, lettera a), ed è revoca-

bile in qualsiasi momento con le stesse modalità con le quali è resa.

2-quinquies. Il Centro regionale per i trapianti, quale soggetto responsabile della mediazione tra le parti del processo di donazione e trapianto, può consentire il contatto tra le stesse nel caso in cui sussista il consenso alla reciproca conoscenza espresso da entrambe le parti e non ravvisi, all'esito di apposita valutazione, la sussistenza di elementi che possano determinare un disagio psicologico o psicopatologie per i soggetti coinvolti o condotte persecutorie o forme di ricatto morale o materiale nei loro confronti.

2-sexies. Non si procede alla rimozione del vincolo dell'anonimato qualora il donatore o il ricevente abbiano manifestato in vita la volontà di mantenere la riservatezza sulla propria identità personale anche nella fase successiva al trapianto.

2-septies. È sempre fatta salva, anche in caso di rimozione del vincolo dell'anonimato, la riservatezza delle identità personali e dei dati clinici del donatore e del ricevente nei confronti di terzi da parte del personale sanitario e amministrativo delle strutture coinvolte a qualsiasi titolo nelle attività di cui al presente articolo, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente per le esigenze connesse alla tracciabilità, alla qualità e alla sicurezza dei processi di donazione e trapianto.

2-octies. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministero della salute, sentito il Centro nazionale trapianti, definisce:

a) le forme e le modalità attraverso cui le parti del processo di donazione e trapianto, previamente informate che la conoscenza dell'identità personale dell'altra parte non è un diritto ma una possibilità eticamente giustificabile a determinate condizioni, possono manifestare e revocare il consenso di cui al comma 2-quater;

b) le modalità attraverso le quali si svolge la procedura di valutazione e mediazione tra le parti gestita dai Centri regionali per i trapianti, nonché le condizioni in presenza delle quali è possibile consentire la conoscenza tra le stesse, prevedendo

adeguate misure di tutela dei soggetti coinvolti;

c) i termini, le modalità e le condizioni in presenza delle quali le parti possono ripetere la richiesta di rimozione dell'anonimato qualora sia inizialmente mancato il consenso di uno dei soggetti coinvolti, oppure abbia avuto esito negativo la valutazione effettuata dal responsabile della mediazione;

d) i compiti del Centro regionale per i trapianti quale soggetto responsabile della mediazione, nonché le professionalità, adeguatamente formate, di cui il Centro deve avvalersi per l'espletamento delle funzioni di cui al presente articolo;

e) le modalità e le condizioni in presenza delle quali i centri regionali per i trapianti possono avvalersi del supporto del Centro nazionale trapianti per lo svolgimento dei predetti compiti.

2-novies. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque, privatamente o pubblicamente, anche mediante l'utilizzo dei canali di informazione e dei *social network*, ponga in essere condotte in violazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e *2-bis*, è punito con la sanzione amministrativa pari ad euro 500.

2-decies. Per le attività di cui al presente articolo sono autorizzate la spesa di 30.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025 a favore del Centro nazionale trapianti e la spesa di 100.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025 per i centri regionali per i trapianti. Le modalità di assegnazione e riparto delle somme di cui al presente comma sono stabilite con il decreto di cui al comma *2-octies*. ».

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 130.000 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.

15.017. Loizzo, Panizzut, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Istituzione di un Tavolo tecnico per l'inserimento della crioconservazione degli ovociti a scopo precauzionale nei LEA)

1. Al fine di garantire equità nell'accesso alle tecniche disponibili per la preservazione della fertilità, con decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito un tavolo tecnico per l'inserimento della crioconservazione degli ovociti a scopo precauzionale nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

2. Il Tavolo di cui al comma 1 ha il compito di elaborare e presentare alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA una proposta contenente i possibili criteri di accesso alla tecnica di crioconservazione degli ovociti a scopo precauzionale e l'impatto economico derivante dal suo inserimento nei livelli essenziali di assistenza.

3. Ai soggetti partecipanti al Tavolo non è riconosciuto alcun compenso, gettone di presenza, rimborso di spese o altro emolumento comunque denominato.

15.018. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Furgiuele, Nisini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

(Competenze digitali dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e

degli altri enti del Servizio sanitario nazionale)

1. All'articolo 1, comma 4, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, dopo la lettera c), è aggiunta la seguente:

«c-bis) attestato rilasciato all'esito di corso di formazione in materia di digitalizzazione di sanità pubblica. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale, avvalendosi anche dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. L'attestato ha validità biennale e può essere rinnovato con le medesime modalità di cui alla presente lettera. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, sono definiti i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi e il termine per l'attivazione degli stessi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione. I soggetti già iscritti nell'elenco nazionale di cui al comma 2 sono tenuti a conseguire l'attestato in materia di digitalizzazione di sanità pubblica entro diciotto mesi dall'attivazione dei relativi corsi. L'attestato di cui alla presente lettera non rileva ai fini della valutazione dei titoli di cui al comma 6 ».

2. 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.

15.019. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

Art. 15-bis.

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

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

« 1. In via sperimentale, per gli anni 2020 e 2021 e, fermo restando quanto disposto con l'Intesa n. 277 del 23 dicembre 2024 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per l'anno 2025, previa verifica dell'effettivo residuo delle risorse di cui al comma 3 e limitatamente ad esse, è garantito uno *screening* gratuito, destinato ai nati negli anni dal 1948 al 1989, ai soggetti che sono seguiti dai servizi pubblici per le tossicodipendenze, nonché ai soggetti detenuti in carcere, al fine di prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C ».

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.

15.020. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

ART. 16.

Sopprimerlo.

* **16.1.** Zanella.

* **16.2.** Giagoni, Loizzo, Pretto, Matone.

* **16.3.** Ciani, Stumpo, Furfaro, Malavasi, Girelli.

Dopo l'articolo 16, aggiungere il seguente:

Art. 16-bis.

(Istituzione di un elenco nazionale per direttori delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie)

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

a) all'articolo 15:

1) dopo il comma 7-*quinquies*, è aggiunto il comma seguente:

« 7-*sexies*. Le disposizioni di cui ai commi da 7-*bis* a 7-*quinquies* del presente articolo si applicano anche alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251. A tal fine viene predisposto uno specifico elenco nazionale dei direttori di struttura complessa appartenenti alla qualifica unica di dirigente delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica. Per tutte le altre modalità di svolgimento della selezione si applicano le disposizioni di cui ai commi da 7-*bis* a 7-*quinquies* del presente articolo »;

2) dopo il comma 9, è aggiunto il seguente:

« 9-*bis*. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251, con l'eccezione del comma 7. Alla dirigenza indicata nel presente comma si accede con le modalità stabilite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 25 gennaio 2008 »;

b) dopo l'articolo 15-*quaterdecies*, è aggiunto il seguente:

« Art. 15-*quinquiesdecies*.

1. Le disposizioni di cui agli articoli 15-*ter*, 15-*quinquies*, 15-*septies*, 15-*novies*, 15-*undecies*, 15-*terdecies* del presente decreto si applicano anche alla qualifica unica

di dirigente delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251 ».

16.03. Schifone.

ART. 18.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Disposizioni in materia di contrasto alle carenze)

1. All'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, al comma 11-*quater*, dopo la lettera c), è aggiunta la seguente:

« c-*bis*) Al fine di garantire la continuità terapeutica e prevenire le carenze di farmaci essenziali, nelle procedure pubbliche di acquisto è previsto un meccanismo premiale per i farmaci biosimilari che, nel rispetto degli *standard* di sicurezza ed efficacia, siano in grado di sopperire a eventuali indisponibilità del farmaco biologico di riferimento o di altri biosimilari. Il Ministero della salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, individua entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione i criteri, periodicamente aggiornabili, di premialità ».

18.01. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Esenzione dal meccanismo del payback per i farmaci biosimilari nel primo anno di commercializzazione)

1. Al fine di incentivare l'accesso al mercato e la sostenibilità nel settore farmaceutico, i medicinali biosimilari di cui all'articolo 10, comma 7, del decreto legi-

slativo 24 aprile 2006 n. 219, immessi in commercio nel territorio nazionale sono esentati dagli obblighi di ripiano della spesa farmaceutica di cui all'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per il primo anno successivo alla loro commercializzazione, entro il limite massimo di spesa di 10 milioni di euro annui.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, nel limite massimo di 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle disponibilità del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

3. Con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, 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 annualmente i medicinali biosimilari esonerati dagli obblighi di ripiano della spesa farmaceutica ai sensi del presente articolo, nonché le modalità di monitoraggio e rendicontazione del rispetto del limite di spesa previsto al comma 1.

18.02. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Misure per favorire l'accesso e la rimborsabilità precoce dei farmaci orfani)

1. Al fine di garantire l'accesso immediato e uniforme su tutto il territorio nazionale ai medicinali orfani o destinati a patologie per cui non siano disponibili alternative terapeutiche, *first in class* e *best in class*, immediatamente dopo l'approvazione dell'Agenzia europea dei medicinali (EMA), è istituito un regime di accesso e rimborso anticipato con conguaglio.

2. Le aziende farmaceutiche possono inoltrare richiesta per l'accesso precoce all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) a

seguito dell'approvazione dell'EMA per l'Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) nel caso di un nuovo farmaco, o per una nuova indicazione terapeutica nel caso di un farmaco già autorizzato.

3. Il rimborso di cui al comma 1 avviene a un prezzo liberamente determinato dal produttore a partire dalla data di rilascio dell'*European Public Assessment Report* (EU-EPAR) da parte dell'EMA. Tale rimborso consente l'immediato trattamento di tutti i pazienti eleggibili secondo le indicazioni approvate dell'EMA, senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale (SSN) rispetto alla spesa preventivata per il medesimo periodo.

4. Contestualmente all'avvio del rimborso anticipato, l'AIFA avvia le procedure di negoziazione per la determinazione del prezzo e della rimborsabilità del farmaco o dell'indicazione, secondo le procedure vigenti. Una volta raggiunto l'accordo negoziale e stabilito il prezzo definitivo del farmaco, il produttore è tenuto a conguagliare l'importo incassato nel periodo di rimborso anticipato. Il conguaglio è calcolato sulla base della differenza tra il prezzo liberamente determinato dal produttore e il prezzo finale negoziato, con restituzione dell'eccedenza al SSN. Tale meccanismo assicura che il costo complessivo per il SSN sia equivalente a quello che si sarebbe sostenuto se il prezzo negoziato fosse stato applicato sin dal giorno successivo all'approvazione da parte dell'EMA, garantendo nel contempo il tempestivo accesso dei pazienti al nuovo farmaco.

5. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'AIFA stabilisce le modalità e le tempistiche di presentazione, di istruttoria e di valutazione della domanda di accesso precoce di cui ai commi 2, 3 e 4.

6. Per gli oneri finanziari derivanti dall'applicazione del nuovo meccanismo di accesso precoce di cui ai commi precedenti, quantificati in 25 milioni di euro, si provvede a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, e successive modificazioni e integrazioni.

18.03. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Disposizioni in materia di rimborsabilità anticipata dei medicinali e istituzione della classe di rimborsabilità T)

1. Per l'anno 2026, al fine di rendere tempestivamente disponibili i farmaci che rappresentano una speranza di cura per gravi patologie, in assenza di un'autorizzazione alla rimborsabilità, è prevista la sperimentazione di un meccanismo di accesso precoce definito nei commi successivi, per i medicinali che offrano un valore terapeutico significativo, supportato da robuste evidenze scientifiche, destinati al trattamento di patologie gravi e invalidanti, per le quali non esistano valide alternative terapeutiche e per le quali il trattamento sia indifferibile.

2. L'ammissione alla rimborsabilità precoce può esser concessa dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), solo a seguito dell'esito positivo della raccomandazione del Comitato per i prodotti medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA) per nuovi farmaci, nuove indicazioni o sottopopolazioni identificate dall'azienda titolare o controproposte dall'AIFA stessa. La domanda è presentata all'AIFA direttamente dall'azienda titolare del medicinale e può essere sottomessa a partire dal centottantesimo giorno dopo la sottomissione all'EMA degli studi registrativi inviati per l'ottenimento dell'AIC. L'AIFA, sentito il parere della Commissione scientifica economica (CSE), è tenuta a esprimersi entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda di rimborsabilità precoce.

3. Per l'attuazione del presente articolo, è istituita una nuova classe di rimborsabilità, denominata T (transitoria), che garantisce la copertura economica del medicinale fino alla definizione della sua collocazione nella classificazione definitiva. La classificazione in Classe T non si applica ai medicinali che, alla data della richiesta, risultano già rimborsati per altra indicazione e per i quali esiste una confezione già

autorizzata e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), fermo restando che per tali farmaci resta invariata la classificazione già prevista per l'indicazione già autorizzata dall'AIFA. La spesa relativa ai medicinali di cui al comma 2 grava sul Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, nei limiti delle risorse disponibili e per un periodo massimo di 36 mesi, decorrenti dalla data di concessione della rimborsabilità precoce. In caso di eccedenza della spesa rispetto alla dotazione del Fondo, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 584, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Il fatturato di un farmaco, ai fini del calcolo dell'ammontare del Fondo, è determinato sulla base dei prezzi massimi di cessione al SSN, senza considerare gli eventuali impatti derivanti da accordi di *Managed Entry Agreements* (MEA).

4. In merito alla determinazione del prezzo durante il periodo di rimborsabilità precoce, è stabilito un meccanismo che consente all'azienda titolare di determinare liberamente e unilateralmente il prezzo del medicinale, con l'espresso vincolo che tale prezzo non possa superare, in ogni caso, la media dei prezzi applicati negli Stati membri dell'Unione europea, qualora disponibile o, nel caso di estensione di indicazione, il riferimento dovrà essere al prezzo già applicato al SSN. Al termine della procedura di negoziazione della rimborsabilità e della determinazione del prezzo, qualora il prezzo finale concordato risulti inferiore a quello applicato nel periodo di rimborsabilità precoce, l'azienda è tenuta a rimborsare al SSN la differenza attraverso un meccanismo di *payback*.

5. L'AIFA, nell'atto di approvazione della rimborsabilità precoce, assegna al medicinale la classe T e definisce i requisiti di tracciabilità obbligatori, quali i registri di monitoraggio per i farmaci innovativi di cui all'articolo 1, comma 404, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, il bollino farmaceutico o il *Data Matrix*. Solo per questa classe, al fine di facilitare e garantire la tempestività di accesso, l'AIFA può autorizzare l'utilizzo di confezionamento estero per un periodo limitato purché accompagnato dalla

documentazione in lingua italiana, in conformità all'articolo 80, comma 4, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, fino alla pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* della classificazione del medicinale in classe C non negoziata o alla disponibilità di confezioni in lingua italiana. L'azienda è in ogni caso tenuta a comunicare all'AIFA la data di prima commercializzazione.

6. L'azienda titolare del medicinale è tenuta a presentare il dossier per la negoziazione della rimborsabilità e della determinazione del prezzo entro sessanta giorni dalla concessione della rimborsabilità precoce, pena la preclusione all'accesso al Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232. Qualora la negoziazione di prezzo e rimborso non sia conclusa entro nove mesi dall'inizio della rimborsabilità precoce, il medicinale decade automaticamente dal beneficio previsto dal comma 3 e viene escluso dal Fondo, senza possibilità di ulteriore proroga.

7. L'AIFA dispone la sospensione della rimborsabilità precoce in qualsiasi momento, in presenza di segnalazioni di sicurezza che richiedono ulteriori approfondimenti da parte delle autorità sanitarie o di necessità di approfondimenti istruttori da parte dell'AIFA in merito alla sicurezza, alla qualità, all'efficacia, alla conformità ai requisiti previsti per la rimborsabilità del medicinale o all'impatto economico dello stesso. L'AIFA dispone altresì la revoca della rimborsabilità precoce in qualsiasi momento, nei seguenti casi:

a) l'azienda farmaceutica non rispetta l'obbligo di presentare il dossier per la classificazione e prezzo nei termini previsti dal comma 6;

b) il medicinale non ottiene la classificazione in una classe rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale a seguito della negoziazione del prezzo entro i termini stabiliti dal comma 6;

c) il medicinale viene ritirato dal mercato o la sua commercializzazione viene sospesa per decisione dell'azienda o delle autorità regolatorie.

8. In caso di sospensione o revoca della rimborsabilità precoce, l'azienda titolare

della richiesta si impegna a garantire la continuità terapeutica ai pazienti che hanno iniziato il trattamento, assicurando l'accesso al medicinale senza oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, fino alla determinazione della classe di rimborsabilità definitiva.

9. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si provvede a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

18.04. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Istituzione della figura del disease manager per il paziente affetto da malattia genetica)

1. Al fine di realizzare una più efficiente e tempestiva assistenza specialistica per i pazienti affetti da patologie genetiche, le regioni provvedono a definire specifici piani ovvero a integrare i relativi piani per la programmazione dell'assistenza territoriale già in essere, al fine di istituire la figura specialistica del *disease manager* nell'ambito della rete di supporto per i pazienti affetti da malattie genetiche.

2. Il *disease manager* è un medico genetista e opera in stretto raccordo con i Centri di riferimento costituenti la Rete nazionale malattie rare. È responsabile della continuità assistenziale e della gestione integrata della patologia genetica dei pazienti svolgendo le seguenti funzioni:

a) realizza attività di prevenzione, riabilitazione, cura ed assistenza per la salute della persona affetta da patologia genetica e del suo nucleo familiare;

b) identifica la più appropriata sequenza di azioni assistenziali da attuare per conseguire i migliori obiettivi di salute in relazione alle diverse fasi di malattia;

c) promuove un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione assistenziale del paziente con patologia genetica attraverso la condivisione di percorsi, protocolli e informazioni in linea con la dimensione informativa, relazionale e gestionale della continuità assistenziale;

d) misura e valuta l'intero processo di cura identificando gli ambiti di miglioramento, al fine di ridurre e prevenire l'evoluzione della malattia tramite la conoscenza da parte del paziente dei fattori di rischio.

18.05. Lancellotta.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-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 1° 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 ».

* **18.06.** Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **18.07.** Faraone.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-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.

18.08. Faraone.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Fondo per la diagnosi della atrofia muscolare spinale)

1. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il Fondo per la diagnosi della atrofia muscolare spinale, 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 sessanta 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.

18.09. Faraone.

Dopo l'articolo 18, aggiungere il seguente:

Art. 18-bis.

(Registro nazionale delle mutazioni genetiche)

1. Alla legge 22 marzo 2019, n. 29, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, dopo il comma 1, sono inseriti i seguenti:

« 1-bis. È istituito il Registro nazionale delle mutazioni genetiche all'interno della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. Alle informazioni che i Registri tumori delle regioni devono inviare al Registro nazionale tumori si aggiunge anche l'identificazione dei pazienti con mutazione genetica, valutata la disponibilità dei codici di esenzione *ticket* a vantaggio delle persone ad alto rischio eredo-familiare e gli appositi PDTA per la loro gestione. Al Registro nazionale delle mutazioni genetiche conferiscono anche i dati raccolti e registrati dalla Rete nazionale dei tumori rari e dai *Molecular Tumor Board*, previsti dall'articolo 8, comma 1-bis, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233, e istituito dal decreto del Ministro della salute 30 maggio 2023, Istituzione dei *Molecular tumor board* e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next generation sequencing* (NGS).

1-ter. Il Ministro della salute, con proprio decreto, volto ad integrare il decreto del 1° agosto 2023, e successive modificazioni, che regola il funzionamento del Registro nazionale tumori, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, disciplina l'inserimento e l'accesso ai dati del Registro nazionale delle mutazioni genetiche e il loro utilizzo, avvalendosi delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente. ».

b) all'articolo 5, le parole « ai sensi dei commi 2 e 3 dell'articolo 1 » sono sostituite dalle seguenti: « ai sensi della presente legge ».

18.010. Cattoi, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

ART. 19.

Sopprimerlo.

19.1. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Al comma 1, sostituire le parole: è consentito con le seguenti: è garantito.

19.3. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Disposizioni per il potenziamento e l'accesso agli istituti zooprofilattici)

1. Gli Istituti zooprofilattici sperimentali i cui bilanci degli anni dal 2019 al 2023 dimostrano una situazione di complessivo utile e hanno ricevuto parere favorevole da parte del Collegio dei revisori sono autorizzati ad effettuare assunzioni di personale per il potenziamento del proprio organico e per il miglioramento della propria capacità di risposta sanitaria, in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71,

della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. Tali assunzioni sono consentite nel limite di una spesa annua determinata in misura pari al sessanta per cento del valore dell'utile medio del predetto quinquennio 2019-2023.

19.01. La Salandra.

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Disposizioni per lo sviluppo della ricerca biomedica)

1. All'articolo 31-bis 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 1, le parole « è riconosciuto in via sperimentale, per l'anno 2021, nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro per l'anno 2021 » sono sostituite dalle seguenti: « è riconosciuto agli enti del Terzo settore inseriti nell'elenco permanente degli enti di ricerca sanitaria del Ministero della salute di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 luglio 2020, in via sperimentale per l'anno 2025 e nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro »;

b) dopo il comma 1, sono aggiunti i seguenti:

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

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

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

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

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

c) al comma 4, le parole: « per l'anno 2021 » sono sostituite dalle seguenti: « per l'anno 2025 ».

d) il comma 5 è soppresso.

* **19.02.** Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

* **19.03.** Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Disposizioni per lo sviluppo della ricerca biomedica)

1. All'articolo 31-bis 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 1, le parole « è riconosciuto in via sperimentale, per l'anno 2021, nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro per l'anno 2021 » sono sostituite da: « è riconosciuto agli enti del Terzo settore inseriti nell'elenco permanente degli enti di ricerca sanitaria del Ministero della salute di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 luglio 2020, in via

sperimentale per l'anno 2025 e nel limite di spesa complessivo di 11 milioni di euro »;

b) dopo il comma 1, sono aggiunti i seguenti:

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

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

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

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

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

c) al comma 4, le parole: « per l'anno 2021 » sono sostituite da: « per l'anno 2025 ».

19.04. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Misure in materia di realizzazione di specifici obiettivi connessi all'attività di ricerca, assistenza e cura relativi al miglioramento

dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza)

1. All'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'alinea, dopo le parole: « ed è accantonata, per ciascuno degli anni 2023 e 2024, la somma di 38,5 milioni di euro » sono inserite le seguenti: « e per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 la somma di 42 milioni di euro, » e le parole: « per gli anni dal 2017 al 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « per gli anni dal 2017 al 2027 »;

b) alla lettera a), le parole: « per gli anni 2023 e 2024, » sono sostituite dalle seguenti: « per gli anni 2023, 2024, 2025, 2026 e 2027, »;

c) alla lettera b), le parole da: « in favore delle strutture » fino alla fine della lettera sono sostituite dalle seguenti: « e per gli anni 2025, 2026 e 2027, 19 milioni di euro in favore delle strutture, anche private accreditate, eroganti trattamenti di specifiche neoplasie maligne mediante l'irradiazione con ioni carbonio e protoni di cui 16,33 milioni destinate ai centri di riferimento nazionale che praticano l'adroterapia con ioni carbonio e 2,67 milioni di euro destinate ai centri che praticano la protonterapia ».

2. All'articolo 38, comma 1-novies, secondo periodo, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58, le parole: « , 2023 e 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « , 2023, 2024, 2025, 2026 e 2027 ».

*** 19.05. Maccari.**

*** 19.06. Comaroli, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Cattaneo.**

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Disposizioni a sostegno degli investimenti delle attività di ricerca e assistenza e cura

dei malati oncologici con « ioni carbonio e altre specie ioniche »)

1. Al fine di consentire il completamento del nuovo progetto di ricerca assistenza e cura dei malati oncologici finalizzato all'introduzione di cure salvavita mediante le terapie innovative con ioni di carbonio e altre specie ioniche e far fronte alle spese per l'ultimazione della struttura edilizia e delle nuove apparecchiature tecnologiche, è autorizzato un contributo di 10 milioni di euro per l'anno 2025 e di 7 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027 a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica (CNAO), a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, assegnate a regione Lombardia. Ai fini della concessione del contributo, il CNAO presenta al Ministero della salute, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il programma degli investimenti da realizzare, e, entro il 31 dicembre di ogni anno, il rendiconto del processo di avanzamento progettuale. L'erogazione dei contributi è effettuata in base allo stato di avanzamento dei lavori.

19.07. Comaroli, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Cattaneo.

Dopo l'articolo 19, aggiungere il seguente:

Art. 19-bis.

(Disposizioni relative al patrimonio delle Fondazioni IRCCS in caso di estinzione)

1. All'articolo 17, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « In deroga a quanto previsto dal precedente periodo, gli immobili sui quali, alla data di scioglimento della Fondazione, insistono funzioni dello Stato saranno devoluti allo stesso senza vincolo di destinazione. ».

19.08. Comaroli, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Cattaneo.

ART. 20.

Sopprimerlo.

* **20.1.** Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

* **20.2.** Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

* **20.3.** Zanella.

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

20.4. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente:

Art. 20-bis.

(Disposizioni in materia di talassemia e drepanocitosi)

1. I rappresentanti delle maggiori associazioni nazionali di pazienti, iscritte al Registro unico nazionale del Terzo settore, che hanno nel proprio statuto come obiettivo primario i temi della talassemia, della drepanocitosi e delle emoglobinopatie, sono nominati negli organismi consultivi nazionali, regionali, provinciali e locali che trattino di queste patologie, nonché nel Comitato direttivo del Centro nazionale sangue di cui al comma 2 dell'articolo 12 della legge 21 ottobre 2005, n. 219.

20.01. Ciocchetti.

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente:

Art. 20-bis.

(Disposizioni in materia di funzionamento degli Ordini professionali)

1. All'articolo 4, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al capoverso « Capo I », articolo 2, comma 3, il secondo periodo è sostituito

dal seguente: « Nel caso di Ordini con più albi, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti. »;

b) al capoverso « Capo III », articolo 8, comma 3, dopo il primo periodo, è aggiunto il seguente: « Nel caso di Federazioni con più Ordini, il collegio dei revisori è composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti. »;

2. All'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, il primo periodo è sostituito dai seguenti: « Per ciascun Ordine con più Albi e per ciascuna Federazione con più Ordini è eletto un Collegio di revisori dei conti composto da un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e da cinque membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi, ed è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza proporzionale delle diverse professioni sulla base del numero degli iscritti. ».

20.02. Schifone.

ART. 21.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

3. Al fine di fronteggiare la carenza di personale e di ridurre le liste d'attesa, al personale delle strutture sanitarie private accreditate con il Servizio sanitario regionale e a quelle autorizzate all'esercizio, per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario non si applicano le disposizioni in materia di limite massimo di età di permanenza in servizio di cui all'articolo

15-*novies*, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

21.1. Casasco.

Dopo l'articolo 21, aggiungere il seguente:

Art. 21-bis.

(Modifica all'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992)

1. Al comma 4 dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le parole: « con cinque anni di attività » sono soppresse.

21.01. Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 21, aggiungere il seguente:

Art. 21-bis.

1. Al comma 1 dell'articolo 12-*quater*, del decreto-legge 14 marzo 2025, n. 25, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 maggio 2025, n. 69, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « parimenti deve ottenere legittimazione a prestare attività libero professionale senza alcuna limitazione, il medico munito di certificazione di idoneità psico-fisica indipendentemente dall'età ».

21.02. Mulè.

ART. 22.

Al comma 1, sopprimere la lettera a).

22.1. Zanella.

Dopo l'articolo 22, aggiungere il seguente:

Art. 22-bis.

(Osservatorio nazionale permanente sull'epilessia)

1. È istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale permanente sull'epilessia, di seguito denominato « Osservatorio », con il compito di rafforzare la tutela e l'inclusione sociale delle persone con epilessia, includendo le forme farmacoresistenti e quelle rare e complesse, promuovendo e migliorando l'accesso a servizi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza.

2. L'Osservatorio:

a) elabora la proposta tecnica per l'attivazione del Registro nazionale dell'epilessia e della relativa rete di sorveglianza epidemiologica, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017;

b) redige un rapporto annuale sulla condizione delle persone con epilessia, finalizzato alla sensibilizzazione per il perseguimento degli obiettivi di cui al comma 1;

c) in coordinamento con l'Istituto superiore di sanità, supporta la revisione e l'aggiornamento periodico del trattamento delle epilessie, incluse le forme farmacoresistenti, rare e complesse nei LEA, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

d) fornisce supporto tecnico per l'elaborazione degli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, epilessie rare e complesse, epilessie farmacoresistenti ai fini della definizione da parte del Governo del Piano sanitario nazionale, del Piano nazionale della cronicità e del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito sociale, scolastico, formativo, lavorativo e sportivo;

e) supporta il Ministero della salute nella revisione e nell'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della

sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario n. 43 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti relativamente alle forme di epilessia;

f) supporta l'Agenzia italiana del farmaco e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali per il rafforzamento delle misure volte a garantire la disponibilità dei medicinali necessari alla terapia farmacologica delle epilessie, incluse le epilessie rare e complesse ed epilessie farmacoresistenti;

g) Supporta le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nell'adozione di protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali integrati e multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti, con particolare attenzione ai casi di epilessie rare e complesse ed epilessie farmacoresistenti, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza durante la transizione dall'età pediatrica all'età adulta.

3. L'Osservatorio è presieduto dal Ministro della salute o da un suo delegato ed è composto, oltre che dal presidente, da un numero di componenti non superiore a diciannove, comprendente almeno due esperti indicati dal Ministero della salute, un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità, due rappresentanti delle associazioni delle persone con epilessia di cui uno in rappresentanza delle epilessie rare e complesse, un rappresentante delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, da tre specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia, IRCCS compresi. A seguito della prima convocazione, l'Osservatorio adotta un regolamento per il proprio funzionamento.

4. Ai componenti dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, emolumenti o indennità comunque denominati né rimborsi di spesa. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito

delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

* **22.01.** Lancellotta, Ciocchetti.

* **22.03.** Malavasi, Furfaro, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 22, aggiungere il seguente:

Art. 22-bis.

(Modifica all'articolo 23 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26)

1. All'articolo 23 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26, dopo il comma 4, è inserito il seguente:

« **4-bis.** Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 3, comma 1, lettera h), è altresì riconosciuto il possesso del diploma di laurea magistrale in farmacia o in chimica e tecnologie farmaceutiche. ».

22.05. Loizzo, Nisini.

ART. 23.

Sopprimerlo.

23.1. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Sopprimere il comma 1.

23.2. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. All'ulteriore fine di rafforzare la resilienza del sistema sanitario nazionale, entro centottanta 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, è disciplinato il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto

in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

23.3. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Al comma 1, sostituire le parole: si applicano nei limiti e con riferimento all'ambito oggettivo previsto, anche con le seguenti: in ogni caso, non si applicano.

23.4. Zanella.

Al comma 2, sostituire le parole: accreditamento con le seguenti: convenzione.

23.5. Quartini, Marianna Ricciardi, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 23, aggiungere il seguente:

Art. 23-bis.

(Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per i cittadini di Campione d'Italia)

1. L'articolo 7-bis del decreto-legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 marzo 2005, n. 43, è sostituito dal seguente:

« **Art. 7-bis.**

(Assistenza sanitaria per i cittadini del comune di Campione d'Italia)

1. I costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera dei cittadini del comune di Campione d'Italia sono disciplinati in conformità con le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 84, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e con le previsioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 24 novembre 2017, n. 224.

2. I costi della farmacopea svizzera, gli oneri accessori di sdoganamento, gli oneri

necessari per il coordinamento con il sistema sanitario svizzero e gli oneri dei servizi di emergenza-urgenza di ambulanza svizzera sono posti a carico del comune di Campione d'Italia.

3. Per l'attuazione del comma 2, è autorizzata la spesa massima da parte dello Stato di 575.159 euro annui a decorrere dal 2025. Agli oneri di cui al presente comma 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 di economia e delle finanze per l'anno 2025", allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. ».

23.01. Maerna.

Dopo l'articolo 23, aggiungere il seguente:

Art. 23-bis.

(Disposizioni in materia di assistenza territoriale)

1. All'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, le parole « Infermiere di famiglia o comunità » sono sostituite con le seguenti: « Infermiere di famiglia e comunità ».

23.02. Schifone.

Dopo l'articolo 23, aggiungere il seguente:

Art. 23-bis.

(Modifica all'articolo 107 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152)

1. All'articolo 107, comma 3, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, dopo le parole « massa in particelle sottili » sono inserite le seguenti: « e dei rifiuti organici che si producano nelle strutture sanitarie e

che vengano introdotti in contenitori di carta biodegradabili, provenienti da tali dissipatori, ».

23.03. Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto, Nisini.

ART. 24.

Dopo l'articolo 24, aggiungere il seguente:

Art. 24-bis.

(Modifica all'articolo 4 della legge 2 agosto 1999, n. 264, in materia di scorrimento delle graduatorie per l'ammissione ai corsi universitari ad accesso programmato)

1. All'articolo 4 della legge 2 agosto 1999, n. 264, dopo il comma 1-bis è aggiunto il seguente:

« 1-ter. Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 3, gli atenei che all'esito delle prove di cui al comma 1 abbiano posti disponibili per l'ammissione ai corsi di cui agli articoli 1 e 2 consentono l'accesso ai predetti corsi agli studenti che abbiano superato la prova di ammissione presso gli atenei del territorio nazionale che abbiano esaurito la disponibilità dei posti programmati ».

2. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, il Ministro dell'università e della ricerca, in sede di definizione dei posti, detta le disposizioni operative per consentire lo scorrimento delle graduatorie, compatibilmente con i posti, come singolarmente espressi da ciascun ateneo, nella misura della massima capacità formativa comunicata al Ministero dell'università e della ricerca.

24.01. Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro.

Dopo l'articolo 24, aggiungere il seguente:

Art. 24-bis.

(Disposizioni per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli di massofisioterapista a quelli di fisioterapista).

1. Al fine di garantire il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli rilasciati ai mas-

sofisioterapisti, successivamente alla data del 19 marzo 1999, è istituito un piano nazionale di integrazione formativa.

2. Il piano è riservato a coloro i quali risultano in possesso di un diploma di massofisioterapista rilasciato al termine di un percorso triennale di studi e conseguito successivamente al 19 marzo 1999 ed iscritti presso gli elenchi speciali tenuti dagli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, aventi 36 mesi di attività lavorativa maturata al 30 giugno 2026.

3. Il piano di integrazione formativa, finalizzato al conseguimento e al rilascio e dell'equivalenza al titolo di laurea in fisioterapia ai sensi del decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 741, è definito con decreto del Ministero della salute, adottato di concerto con il Ministero dell'università e della ricerca, previa valutazione individuale del curriculum di studi, dell'esperienza professionale maturata e della documentazione presentata dagli interessati.

4. Il piano ha una durata massima pari a 36 crediti formativi universitari (CFU) e interessa le seguenti aree disciplinari: scienze biomediche, scienze cliniche, metodologia della riabilitazione, etica e deontologia professionale, con particolare riferimento alle competenze previste dal profilo professionale del fisioterapista.

5. Le attività formative possono essere erogate con modalità flessibili, incluse le forme di formazione a distanza (FAD), da parte di atenei o enti accreditati secondo la normativa vigente.

6. Le domande di ammissione al piano devono essere presentate entro il 30 giugno 2027, secondo modalità e termini stabiliti con apposito decreto attuativo. Il suddetto piano dovrà essere concluso entro tre anni dalla data di iscrizione.

7. I soggetti in possesso del diploma di massofisioterapista che, alla data del 30 giugno 2026, hanno compiuto il sessantesimo anno di età e non intendono aderire al percorso formativo, esercitano la propria attività nei limiti e negli ambiti già riconosciuti ovvero fino a naturale cessazione dell'attività professionale, rimanendo iscritti

agli elenchi speciali, di cui all'articolo 5 del decreto ministeriale 9 agosto 2019, fino ad esaurimento.

8. Gli elenchi speciali di cui al comma precedente saranno definitivamente chiusi al 31 dicembre 2036.

9. Il superamento del piano di integrazione formativa e l'acquisizione dei relativi crediti comportano il rilascio, da parte del Ministero della salute, dell'attestato di equivalenza al titolo di laurea in fisioterapia, ai sensi dell'articolo 4, 4-bis e 4-ter della legge 26 febbraio 1999, n. 42, producendo i seguenti effetti:

a) esercizio dell'attività professionale, di natura subordinata o autonoma, su tutto il territorio nazionale;

b) possibilità di Iscrizione all'Albo dei fisioterapisti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

c) accesso ai percorsi di formazione post-base e specialistica.

24.02. Bicchielli.

Dopo l'articolo 24, aggiungere il seguente:

Art. 24-bis.

(Riconoscimento della qualifica di professionisti sanitari dei massofisioterapisti)

1. I massofisioterapisti iscritti negli elenchi speciali ad esaurimento di cui all'articolo 5 del decreto del Ministro della salute 9 agosto 2019, istituiti presso gli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione ai sensi dell'articolo 1, comma 538, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, sono ricompresi tra le professioni sanitarie preposte alle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione in forza di titolo abilitativo rilasciato dallo Stato ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

24.03. Bof.

ART. 25.

Al comma 1, sostituire le parole: Fino al 31 dicembre 2026 con le seguenti: Fino all'adozione del Regolamento di cui all'articolo 8, comma 7, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, e comunque non oltre il 31 dicembre 2026.

25.1. Patriarca, Benigni.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

(Norme in materia di medicina estetica)

1. La medicina estetica comprende la diagnosi medica delle alterazioni morfologiche estetiche congenite, acquisite o derivanti da malattie e traumi, nonché i relativi interventi medici non chirurgici finalizzati al miglioramento dell'aspetto fisico della persona, con l'unico obiettivo di mantenere e ristabilire il benessere psicofisico.

2. Ai fini del riconoscimento dei percorsi formativi e professionali di cui al comma 1, a garanzia della qualità e sicurezza delle cure, presso gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono istituiti i Registri provinciali dei medici di medicina estetica, ai quali possono fare domanda di iscrizione i medici in possesso dei requisiti di cui al comma 3 del presente articolo. L'iscrizione nel Registro provinciale del medico che ne faccia richiesta è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti previsti dalla presente legge attraverso apposita Commissione di medicina estetica istituita all'uopo in seno all'Ordine. I dati dei Registri tenuti a livello provinciale dagli Ordini confluiscono nel Registro nazionale pubblicato nel sito *internet* istituzionale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, consultabile dai cittadini.

3. Ai fini dell'iscrizione nei Registri di cui al comma 2, i laureati in medicina e

chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini, devono possedere uno tra i seguenti titoli:

a) diploma di *master* universitario di II livello in medicina estetica di durata biennale conseguito presso Università pubbliche o private in Italia o all'estero con frequenza esclusivamente in presenza e parte pratica su paziente svolta dal discente;

b) diploma di formazione in medicina estetica di durata quadriennale con frequenza in presenza, comprensivo di parte teorica e parte pratica su paziente svolta dal discente, rilasciato da una Scuola post-universitaria pubblica o privata, il cui programma sia validato da una società scientifica di medicina estetica accreditata presso il Ministero della salute;

c) un diploma di specializzazione medico-chirurgica che preveda uno specifico insegnamento di medicina estetica;

d) per i medici che già esercitano attività di medicina estetica, una comprovata esperienza di almeno sette anni nel settore e la partecipazione ad un corso di Medicina estetica definito da apposito decreto ministeriale.

4. Con uno o più decreti del Ministero dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, previo accordo in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i programmi formativi per il conseguimento del diploma di cui al comma 3, lettera b) e il programma formativo del corso di cui al comma 3, lettera d) del presente articolo.

* **25.01.** Ciocchetti.

* **25.02.** Patriarca, Benigni, Polidori.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

(Obbligo di specializzazione per l'esercizio dell'attività di chirurgia plastica estetica in regime di libera professione)

1. A partire dal 1° gennaio 2026, in deroga a quanto previsto dall'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, l'esercizio dell'attività di chirurgia plastica estetica, svolta nell'ambito del comparto privato, è consentito, al pari di quanto avviene all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, esclusivamente ai professionisti medici in possesso del titolo di specializzazione in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, conseguito presso le scuole di specializzazione riconosciute dai Ministeri competenti.

2. Per l'attuazione dell'obbligo di cui al comma 1, il Ministero della salute, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca, riconosce, in via transitoria per un periodo pari a cinque anni non prorogabili e nelle more del conseguimento di un titolo di equipollenza ottenuto attraverso percorsi di formazione integrativi riconosciuti dai medesimi Ministeri:

a) la possibilità di esercitare la professione, in assenza di suddetto titolo, per i professionisti medici che già operano nell'ambito della chirurgia plastica estetica, purché possessori di un diploma *post-laurea* di master in chirurgia plastica estetica;

b) la possibilità di esercitare la professione, in assenza di suddetto titolo, per i professionisti medici in possesso di titolo di specializzazione in chirurgia generale o altre specialità chirurgiche, previa dimostrazione di una solida e pluriennale – non inferiore a cinque anni – casistica operatoria in chirurgia estetica, verificata e comprovata dall'Ordine professionale territorialmente competente.

3. Con decreto del Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'univer-

sità e della ricerca, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati:

a) i percorsi di formazione integrativi di cui al comma 2, alinea;

b) i *master* di cui alla lettera a) del comma 2;

c) i criteri per la verifica della casistica operatoria di cui alla lettera b) del comma 2.

25.03. Ciocchetti, Patriarca, Polidori.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

(Modifiche all'articolo 1, comma 153, della legge 4 agosto 2017, n. 124)

1. Al comma 153 dell'articolo 1 della legge del 4 agosto 2017, n. 124, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «L'esercizio dell'attività odontoiatrica è altresì consentito alle società operanti nel settore odontoiatrico annotate all'albo degli odontoiatri e all'interno delle quali le prestazioni di cui all'articolo 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409, siano erogate dai soggetti in possesso dei titoli abilitanti di cui alla medesima legge».

25.04. Rosso.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

1. Nel caso di trattamento personalizzato della sintomatologia menopausale mediante terapie ormonali non si applica il divieto di utilizzo di deidroepiandrosterone (DHEA) di cui al decreto del Ministro della salute 17 giugno 2021. Con decreto del Ministro della salute sono definite le mo-

dalità e i criteri di somministrazione e prescrivibilità del medicinale.

25.05. Marrocco, Deborah Bergamini, Rossello, Patriarca, Dalla Chiesa, Saccani Jotti, Tassinari, Tenerini, Mazzetti, De Monte, Boscaini.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

(Norme di interpretazione autentica in materia di applicazione IVA per gli alimenti a fini medici speciali-AFMS)

1. Il numero 80) della Tabella A, Parte III, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, deve intendersi ricomprensivo degli alimenti a fini medici speciali (AFMS) indipendentemente dalla forma in cui sono presentati e

commercializzati e dalla loro classificazione doganale.

25.06. Cavandoli, Loizzo, Giagoni, Matone, Pretto.

Dopo l'articolo 25, aggiungere il seguente:

Art. 25-bis.

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

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

25.07. Ciancitto.