

BOZZE DI STAMPA

17 luglio 2024

N. 1

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIX LEGISLATURA

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

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

Art. 1

01.1

BOCCIA, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO, LORENZIN, MISIANI, NICITA

All'articolo, premettere il seguente:

«Art. 01

(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)

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

correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

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

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

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

5. Nella Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2024 sono individuati gli obiettivi di finanza pubblica finalizzati a garantire, attraverso l'aggiornamento del PNIEC, risparmi di spesa derivanti dalla rimodulazione ed eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, a partire dai sussidi

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

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

1.6

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

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

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

1.100 (già 1.24)

SBROLLINI

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

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

Art. 2

2.3

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere l'articolo.

2.5

LORENZIN, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 2

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

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

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

liste di attesa di cui al comma 1, relativo al primo triennio di vigenza del presente decreto.

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

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

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

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

2.6

FURLAN, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, ZAMBITO

Sostituire l'articolo, con il seguente:

«Art. 2

(Verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

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

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

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

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

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

2.100 (già 2.100/3)

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO, MANCA

All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:

a) *al comma 1, sostituire le parole: «è istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato «Organismo», che opera» con le seguenti: «i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità, di seguito denominati "NAS", che operano»;*

b) *al comma 2, primo periodo, sostituire le parole: "l'Organismo può", con le seguenti: "i NAS possono" e sopprimere l'ultimo periodo;*

c) *sopprimere i commi 3, 5 e 6.*

2.101 (già 2.100/4)

CAMUSSO, ZAMPA, ZAMBITO, FURLAN, MANCA

Sopprimere i commi 2, 3, 5 e 6.

2.102 (già 2.100/5)

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

Sopprimere il comma 2.

2.103 (già 2.100/7)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

2.104 (già 2.100/8)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 2, sostituire il secondo periodo con il seguente:

«A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo sono resi disponibili alle Organizzazioni Sindacali comparativa-

mente più rappresentative sul piano nazionale e costituiscono elementi di valutazione del Ministero della Salute».

2.105 (già 2.100/9)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 2, sostituire il secondo periodo con il seguente:

"A conclusione degli accertamenti, l'Organismo redige una relazione sugli esiti delle verifiche svolte che invia al Ministero della salute e alla regione interessata. Quest'ultima, valutati gli elementi trasmessi, applica, sulla base della normativa vigente, eventuali misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale."

2.106 (già 2.100/10)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 2, secondo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole:

", esclusa, in ogni caso, la revoca o il rinnovo dell'incarico".

2.107 (già 2.100/11)

FURLAN, ZAMPA, CAMUSSO, ZAMBITO, MANCA

Al comma 2, dopo il secondo periodo inserire il seguente: «A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo sono resi disponibili alle Organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.»

2.108 (già 2.100/12)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 2, sopprimere l'ultimo periodo.

2.109 (già 2.100/13)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 3, sopprimere l'ultimo periodo.

2.110 (già 2.100/14)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere il comma 4.

2.111 (già 2.100/15)

FURLAN, ZAMPA, ZAMBITO, CAMUSSO, MANCA

Sopprimere i commi 5 e 6.

2.112 (già 2.100/16)

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

Al comma 5, sopprimere le seguenti parole: «e le Province autonome di Trento e di Bolzano».

2.113 (già 2.100/19)

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. Al fine di garantire il monitoraggio delle prestazioni e delle liste di attesa e segnalare eventuali criticità e azioni correttive, è istituito, presso il Ministero della salute, entro trenta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il numero di pubblica utilità sulle liste di attesa, per informare sulle modalità di accesso alle prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale e raccogliere eventuali segnalazioni sulle esperienze dei cittadini. I dati raccolti sono analizzati per promuovere interventi migliorativi in accordo con le Regioni e Province autonome, cui competono programmazione e organizzazione dei servizi sanitari.»

2.114 (già 2.100/20)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere il comma 6.

2.115 (già 2.100/23)

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

Al comma 6, sostituire le parole: «previo contraddittorio» con le seguenti: «d'intesa».

2.116 (già 2.100/24)

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

Al comma 6, terzo periodo, dopo le parole «sul rispetto dei criteri di» inserire le seguenti «monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli indicatori del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" adottato con Decreto del Ministro della salute del 12 marzo 2019 »

2.117 (già 2.100/30)

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sostituire il comma 7, con il seguente:

"7. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi oneri."

ORDINE DEL GIORNO

G2.100

CANTÙ, MURELLI, MINASI, PIROVANO

Il Senato,

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

premesso che:

per correggere determinate storture del servizio sanitario appare fondamentale predisporre un sistema di controlli delle strutture in ordine all'erogazione delle prestazioni. Invero, è importante avere contezza delle modalità di erogazione dei servizi, al fine di poterne valutare l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza. Con la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021, legge 5 luglio 2022, n. 118, è stato predisposto, all'articolo 15 un sistema di revisione e trasparenza dell'accREDITamento e del convenzionamento delle strutture private nonché un sistema di monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati;

è opportuno estendere la portata di questi controlli anche ai soggetti pubblici, nonché prevedere delle nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari affinché il sistema dei controlli sia più diffuso e più puntuale. Solo con un debito controllo possono esservi risultati migliori a costi minori;

L'attuale situazione non assicura quei principi cardine del nostro Servizio sanitario nazionale, ed è dunque fondamentale garantire che si torni alla piena tutela, al fine di riportare la salute come bene di tutti e bene per tutti;

impegna il Governo

a delineare un nuovo sistema di regolazione contrattuale dei servizi sanitari, il quale preveda:

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

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

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

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

d) introdurre un sistema volto alla premialità, il quale preveda che al 30 settembre di ogni anno le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dell'andamento della riduzione delle liste di attesa in ragione delle evidenze dei dati dei rapporti di valutazione certificati dalle aziende sanitarie territoriali, possano riconoscere agli erogatori che hanno raggiunto gli obiettivi negoziali una maggiore remunerazione nell'ambito dei budget disponibili fino al 10 per cento, da calcolare sulla base della spesa storica degli ultimi cinque anni;

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

EMENDAMENTI

Art. 3

3.1

BOCCIA, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO, LORENZIN, MISIANI, NICITA, MAGNI

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 3

(Misure per l'abbattimento delle liste di attesa)

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

comunità, adottano le seguenti misure, nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto dal comma 3 e nel rispetto dell'equilibrio economico:

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

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

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

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

2. All'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è attribuito il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa di cui al comma 1. A tale fine, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all'Agenas, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa.

3. Al fine di raggiungere progressivamente una percentuale di finanziamento annuale pari al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale,

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

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

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

2025, a 1,5 miliardi di euro per l'anno 2026, a 2 miliardi per l'anno 2027 e a 3 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2028.

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

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

3.2

ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN, ZAMBITO

Sostituire il comma 1 con il seguente:

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

3.100 (già 3.4)

SBROLLINI

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

3.5

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

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

3.9

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Apportare le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1, inserire i seguenti:

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

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

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

3.10

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

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

3.101 (già 5.21)

ZAMPA, BOCCIA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO, LORENZIN, MISIANI, NICITA

Sostituire il comma 3 con il seguente:

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

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

4.3. Agli oneri derivanti dal comma 4.2, valutati nel limite massimo di 500 milioni a decorrere dall'anno 2024, si provvede a valere sui risparmi di spesa e le maggiori entrate derivanti dalla rimodulazione e dall'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero delle imprese e del made in Italy, individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 500 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024."»

3.102 (già 3.15)

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Dopo il comma 3-bis, inserire il seguente:

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

3.25

LORENZIN, CAMUSSO

Sostituire il comma 8 con il seguente:

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

3.27

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

Al comma 8, apportare le seguenti modifiche:

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

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

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

3.28

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

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

3.35 (testo 2)

PIRRO, CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

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

3.38

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere il comma 9.

3.40

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

Sostituire il comma 10 con il seguente:

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

3.103 (già 3.41)

SBROLLINI

Apportare le seguenti modificazioni:

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

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

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

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

3.104

PIRRO, CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA

Al comma 10, apportare le seguenti modificazioni:

a) primo periodo, dopo le parole «, delle prestazioni aggiuntive, o» inserire le seguenti «in subordine,»;

b) alla fine del primo periodo, inserire il seguente: «Le direzioni generali aziendali entro 48 ore dalla richiesta di prenotazione dell'utente devono garantire l'individuazione della data dell'appuntamento nel rispetto delle tempistiche del codice di priorità attribuito dalla prescrizione medica».

3.105 (già 3.49)

PIRRO, CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA

Dopo il comma 10-bis, inserire il seguente:

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

3.106

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere il comma 11-bis.

3.107

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

Sopprimere il comma 11-bis.

3.108

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

Sopprimere il comma 11-bis.

ORDINI DEL GIORNO

G3.100

RUSSO, MANCINI

Il Senato

in sede di esame del disegno di legge di conversione A.S. 1161-A,
premessi che:

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

in particolare, l'articolo 3 reca disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo, tra le altre, l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale e che, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali siano tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 (Legge di bilancio per il 2024), attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente;

il citato articolo 1, comma 232, per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, ha previsto la possibilità di coinvolgere anche le strutture private accreditate in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, come rideterminato dal successivo comma 233, consentendo di utilizzare a tal fine una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del FSN 2024;

il successivo comma 233, invece, al fine di concorrere all'ordinata erogazione dei LEA, ha rideterminato il citato tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale;

dal tenore letterale delle richiamate disposizioni emerge chiaramente la diversa finalità perseguita dal legislatore che nel primo caso ha voluto intervenire con specifico riguardo al tema delle liste d'attesa, mentre nel secondo caso ha inteso aggiornare il vincolo previsto dal decreto-legge n. 95/2012 al fine di garantire la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA;

inoltre, diversamente dal riferimento testuale nell'articolo 3, comma 10, del decreto in esame alla "tariffa nazionale vigente", le Regioni possono adottare - e in alcuni casi è avvenuto - un proprio tariffario che preveda remunerazioni maggiori rispetto a quelle nazionali;

è necessario, quindi, salvaguardare la *ratio* sottesa alle misure introdotte dal Legislatore in sede di Manovra di Bilancio, garantendo che quelle relative alla rideterminazione del tetto di spesa siano effettivamente destinate al ricorso al sistema privato accreditato;

impegna il Governo

a vigilare affinché le Regioni assicurino l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, e dell'articolo 1, comma 233 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa vigente.

G3.101

GARAVAGLIA, CANTÙ

Il Senato,

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

premesso che:

la quotidiana presenza dei volontari delle associazioni che assistono i malati in ospedale, ogni giorno evidenzia la cronica carenza di personale infermieristico, cioè di quelle figure fondamentali per l'assistenza diretta ai malati oncologici e non solo. A confermarlo sono inoltre le tante statistiche che riguardano i numeri di personale sanitario presente in ospedale;

secondo i più recenti dati dell'OCSE, in Italia ci sono 6,3 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro una media di 8,3 infermieri negli altri Paesi UE, quindi circa il 25% in meno della media. Ma in realtà ogni mille abitanti ci sono 18 infermieri in Svizzera e Norvegia, 11 in Francia, 13 in Germania e 8,2 nel Regno Unito;

gli infermieri in Italia sono poco meno di 400 mila, 270 mila nel servizio sanitario nazionale, 80 mila in strutture private e 45 mila autonomi;

per colmare queste carenze di organico, finora si è fatto ricorso ad oltre 13mila infermieri stranieri in servizio, a vario titolo, sul territorio nazionale, in molti casi senza iscrizione agli Ordini e senza i dovuti controlli;

dai dati che arrivano da diversi Atenei, risultano diminuite le domande di accesso ai corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e in alcuni casi, per la prima volta, non risultano raggiunti nemmeno il numero di posti a bando;

invero, anche questo dato segnala che non tutti i giovani intendono proseguire gli studi universitari, per almeno ulteriori 3 anni dopo i 5 anni che portano al diploma, per poi andare a ricoprire un ruolo che viene ricoperto anche da altre figure non laureate (soprattutto provenienti dall'estero);

ad oggi sono previste anche le figure degli Operatori Socio Sanitari, che si affianca a quella dell'infermiere laureato, ma manca una figura intermedia come quella dell'assistente infermiere, che sia in possesso di un livello

di competenze superiore a quello degli OSS (per diventare OSS è richiesto un diploma di terza media e un corso di 1000 ore teorico/pratico) e che non raggiunga quello degli infermieri laureati (diploma superiore più laurea triennale), al fine di svolgere tutte quelle mansioni infermieristiche di primo livello anche in ordine alla somministrazione della terapia prescritta al paziente;

impegna il Governo:

1) ad adottare tutte le iniziative di propria competenza finalizzate a delineare una normativa quadro che istituisca il profilo professionale di Assistente infermiere quale operatore di interesse sanitario secondo la legge 1° febbraio 2006, n.43, prevedendo il conseguimento del titolo attraverso un percorso educativo completo che avvenga nel triennio formativo finale delle scuole superiori ovvero mediante un percorso didattico dedicato che preveda un piano di studi e un tirocinio formativo per la formazione degli assistenti infermieri;

2) ad adottare tutte le iniziative di propria competenza volte ad assicurare che nel riconoscimento dei titoli degli operatori sanitari stranieri che operano in Italia siano debitamente valutate e assicurate le competenze affinché sia garantita la piena parificazione della preparazione.

G3.102

MURELLI, CANTÙ, MINASI

Il Senato,

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

premesso che:

la legge 26 giugno del 2024 n. 86 reca Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione;

l'articolo 2 della predetta legge illustra il procedimento mediante il quale vengono approvate le intese fra lo Stato e la Regione interessata all'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

impegna il Governo:

ad adottare tutte le iniziative di propria competenza finalizzate a prevedere che le Regioni che abbiano ottenuto ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma della Costituzione nell'ambito delle materie dell'istruzione, della ricerca scientifica e della tutela della salute e hanno stipulato con il Governo le intese di cui all'artico-

lo 2 della legge 26 giugno 2024, n. 86, conseguentemente approvate in sede parlamentare, procedano in via autonoma, entro il 30 giugno di ogni anno, a determinare il numero globale degli specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, tenuto conto dell'obiettivo di migliorare progressivamente la corrispondenza tra il numero degli studenti ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia e quello dei medici ammessi alla formazione specialistica, nonché del quadro epidemiologico, dei flussi previsti per i pensionamenti e delle esigenze di programmazione della singola regione con riferimento alle attività del Servizio sanitario regionale.

G3.103

CALENDA, GELMINI, LOMBARDO, VERSACE

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge di conversione A.S. 1161-A,

premessò che:

il Servizio sanitario nazionale è in una crisi strutturale, che rischia di diventare irreversibile, con profonde ricadute sulla qualità e sull'aspettativa di vita di milioni di persone;

tra le diverse criticità che affliggono il nostro SSN, non possono non richiamarsi: le lunghe liste d'attesa, esplose nella fase pandemica, che ha di fatto ritardato o sospeso la presa in carico di molti pazienti per altre patologie e per attività di prevenzione; l'ingente spesa privata dei cittadini, che ha raggiunto più di 40 miliardi all'anno, comprensivi del costo per servizi socio-sanitari necessari per gestire patologie croniche, con un'incidenza della spesa sanitaria *out of pocket* del 22 per cento rispetto a una media europea del 15 per cento (dati Eurostat); la carenza di personale e, non ultima, l'assenza di investimenti e programmi di spesa di prospettiva nel settore;

per quanto concerne le liste d'attesa, in particolare, il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 ha stabilito i tempi massimi d'attesa che le regioni si sono impegnate a rispettare per le prestazioni ambulatoriali, visite specialistiche e prestazioni strumentali, definendoli secondo criteri di priorità: «urgente» (U), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; «breve» (B) da eseguire entro 10 giorni; «differibile» (D) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; «programmata» (P) da eseguire entro 120 giorni;

dette tempistiche risultano costantemente disattese e rappresentano plasticamente anche la forte disomogeneità nell'efficacia del SSN su tutto il territorio nazionale: esse non vengono rispettate, in media, una volta su tre (nelle regioni del Nord) e due volte su tre (nelle regioni del Sud); i dati mostrano che si arriva ad attendere fino a 24 mesi per una mammografia, 12 per una Tac, 6 per una risonanza magnetica;

il Rapporto BES curato da ISTAT sottolinea come nel 2023 circa 4,5 milioni di persone abbiano rinunciato a visite ed esami diagnostici e/o specialistici per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, un dato che è raddoppiato rispetto al periodo pre-pandemico;

elaborando i più recenti dati a disposizione diffusi dal Ministero della Salute, si stima che nel 2023 risultavano ancora in attesa almeno 10 milioni di prestazioni arretrate;

il problema delle liste di attesa è connesso alla carenza di medici e infermieri negli ospedali: dal 2010 il personale a tempo indeterminato impiegato nel Servizio sanitario nazionale è diminuito di 25.641 unità (di cui circa 8.000 infermieri) e l'Ufficio parlamentare di bilancio ha evidenziato come la situazione dei servizi di pronto soccorso - e non solo - risulti ormai difficilmente sostenibile; anche per quanto riguarda gli infermieri, il tasso di infermieri attivi in rapporto alla popolazione residente è sensibilmente più basso rispetto alla media europea;

secondo le stime di SalutEquità nei prossimi anni la carenza di personale sanitario può stimarsi in circa 25.000 medici e 63.000 infermieri, indebolendo ulteriormente un sistema sanitario che, in ragione della crisi della natalità, sarà chiamato a rispondere a una popolazione che nel 2050 sarà costituita, per circa l'8 per cento, da persone con più di 85 anni;

la difficoltà di immettere nuovo personale in ruolo è dovuta anche alla scarsa attrattività economica di alcune professioni sanitarie e infermieristiche, che portano sia al depauperamento dell'organico che al mancato avvio dei percorsi di specializzazione medica universitaria nei settori più scoperti, pregiudicando l'erogazione delle relative prestazioni per i pazienti;

sia gli stipendi dei medici che quelli degli infermieri sono ben lontani da quelli degli altri grandi Paesi europei, con una differenza rispetto alla media OCSE rispettivamente di 350,00 e 580,00 euro al mese;

in questo contesto drammatico per la sanità italiana, il Governo, con la legge 30 dicembre 2023, n. 213, ha scelto di utilizzare le scarse risorse a disposizione per finanziare misure temporanee e elettorali come il taglio del cuneo fiscale e l'accorpamento dei primi due scaglioni IRPEF, per un costo complessivo di circa 14 miliardi di euro solo per il 2024, diminuendo al contempo la spesa sanitaria in termini reali, che è passata dal 6,6% del PIL nel 2023 al 6,4% nel 2024, con la previsione, inoltre, di una progressiva diminuzione anche negli anni successivi, quando la spesa sanitaria in rapporto al PIL arriverà al 6,2% nel 2027, un valore inferiore a quello di venti anni fa;

il 21 novembre 2023 Azione ha presentato una serie di proposte al Governo in vista della legge di bilancio, invitandolo a convogliare le risorse disponibili sulla sanità, per un importo complessivo di circa 10 miliardi di euro, utili a finanziare un piano straordinario per la riduzione delle liste di attesa, aumentare gli stipendi del personale sanitario per allinearli alla media OCSE, assumere nuovi medici e infermieri ed adeguare il Fondo Sanitario Nazionale all'inflazione;

il piano straordinario per la riduzione delle liste di attesa proposto da Azione e non preso in considerazione in un primo momento dal Governo è poi confluito in maniera quasi integrale nel decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, ora in conversione in Parlamento, manifestando una presa di coscienza, seppur tardiva, da parte del Governo dell'urgenza del problema;

il decreto-legge in questione, pur presentando un impianto molto simile al piano straordinario per la riduzione delle liste di attesa, non prevede nuovi finanziamenti per la realizzazione del piano, il cui costo è stimato in circa 2 miliardi di euro: le misure sono finanziate, infatti, solo con residui di spesa, peraltro di dubbia consistenza, rispetto a fondi già stanziati dalla legge di bilancio 2024 (articolo 1, commi 232 e 233, legge 30 dicembre 2023, n. 213), con una disponibilità effettiva di importo incerto e comunque, nella migliore delle ipotesi, non superiore ai 500 milioni di euro;

anche il Servizio bilancio del Senato ha sottolineato che i fondi previsti dal decreto-legge come copertura dell'art. 3, comma 10, potrebbero già essere stati destinati ad altri scopi, non essendo stati vincolati a spese specifiche fino all'entrata in vigore del decreto;

il Servizio bilancio del Senato evidenzia, inoltre, come gli stessi fondi previsti come copertura dell'art. 3, comma 10, e vincolati a tale misura, siano anche indicati come copertura dell'art. 4, comma 1, generando un'evidente antinomia con il vincolo fissato precedentemente;

sempre in riferimento all'art. 4, il Servizio bilancio del Senato sottolinea, altresì, come il testo non preveda limiti temporali, mentre la copertura della misura è relativa solo all'anno 2024, in violazione dell'art. 81 Cost.;

nel presentare il Documento di Economia e Finanza ad aprile 2024, il ministro dell'Economia ha ribadito come per questo Governo sia una priorità per la prossima legge di bilancio il rifinanziamento del taglio del cuneo fiscale e dell'accorpamento dei primi due scaglioni IRPEF;

a giugno 2024 la Commissione UE ha attivato la procedura di infrazione per deficit eccessivo nei confronti dell'Italia, che comporterà una correzione dei conti per lo 0,5-0,6% del PIL ogni anno, circa 10-11 miliardi, fino a quando il rapporto tra deficit e pil non scenderà sotto al 3%;

impegna il Governo:

a non rinnovare nella prossima legge di bilancio il finanziamento del taglio del cuneo fiscale e l'accorpamento dei primi due scaglioni IRPEF, destinando tutte le risorse risparmiate all'incremento della spesa sanitaria, per finanziare le misure per la riduzione delle liste di attesa previste all'art. 3, comma 10, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, con almeno 2 miliardi di euro, aumentare gli stipendi del personale sanitario per allinearli alla media OCSE, assumere nuovi medici e infermieri ed adeguare il Fondo Sanitario Nazionale all'inflazione;

in alternativa, a proporre coperture diverse, ma reali e non fittizie, per importi effettivamente corrispondenti agli interventi necessari in campo sanitario;

a coinvolgere, prima della predisposizione della prossima legge di bilancio, le opposizioni in un confronto politico-parlamentare sui progetti in grado di rispondere in modo concreto alla crisi strutturale del sistema sanitario nazionale, a partire dall'individuazione delle fonti di finanziamento e delle riforme organizzative necessarie per rendere effettivo l'esercizio del diritto alle cure da parte dei cittadini.

EMENDAMENTI

Art. 4

4.1

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Sopprimere l'articolo.

4.11

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

Sostituire il comma 2 con il seguente:

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

4.100 (già 4.16)

SBROLLINI

Apportare le seguenti modificazioni:

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

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

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

ORDINE DEL GIORNO

G4.100

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

Il Senato

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

premesso che

l'articolo 4 reca "*Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche*";

l'adenocarcinoma del pancreas è la patologia tumorale con la peggiore prognosi tra le neoplasie solide, se si considera che - secondo l'*American National Cancer Institute's Surveillance* - la sopravvivenza a 5 anni è del 12.5%, ed è destinata a diventare la 2° causa di morte per tumore nel mondo entro il 2030. In Italia, questa patologia - che nel 2023 ha contato circa 14.800 nuove diagnosi - è la 3° causa di morte per tumore, dopo il carcinoma polmonare e quello del colon retto;

considerato che

le *Pancreas Units* sono 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 i risultati clinici;

il nostro paese si è distinto per la creazione di centri di riferimento volti a offrire ai pazienti un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, erogati da centri con adeguate tecnologie e personale competente con alti volumi di trattamento;

secondo i dati forniti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), il 40% dei pazienti residenti nel Sud Italia (con picchi fino al 76% dei pazienti residenti in Calabria), si sono spostati verso i centri ad alto impatto e standard preoperatorio, operatorio e post-operatorio delle regioni settentrionali, con l'obiettivo di migliorare la bontà degli esiti in termini di riduzione di mortalità;

atteso che molte regioni meridionali mostrano tassi di mortalità operatoria inaccettabili, urgono criteri rigorosi di selezione dei centri al fine di garantire i migliori esiti, che devono combinarsi con la programmazione sanitaria della Regioni. Pertanto, attesa la necessità di regolamentare l'erogazione delle cure per il tumore del pancreas, il documento "*Modello organizzativo e requisiti minimi per la costituzione delle reti regionali delle Pancreas Unit*" redatto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, suggerisce ad ogni regione/P.A. di prevedere la non-rimborsabilità dell'intervento chirurgico quando questo viene eseguito al di fuori dei centri identificati", disponendo che se i centri identificati al momento non possono garantire sufficienti parametri di qualità, le regioni dovranno prevedere una specifica formazione per gli specialisti di questi centri. Le regioni che risultano attualmente sprovviste

di un numero adeguato di strutture dovranno identificare i centri di riferimento regionali dove centralizzare sia gli interventi di chirurgia pancreaticata che le altre cure complesse;

il documento citato riporta testualmente: *"per raggiungere risultati migliori in tempi brevi, è auspicabile che vengano adottati processi di "preceptorship" per permettere a specialisti di centri ad alto volume, grazie ad apposite convenzioni, di affiancare gli specialisti locali nell'esecuzione di procedure complesse, nella partecipazione ai meeting multidisciplinari, e nell'adeguata gestione delle complicanze chirurgiche"*. Il documento sottolinea che *"Si auspica inoltre che la Rete delle pancreas unit possa portare avanti anche dei percorsi di screening precoce non invasivo sulla popolazione a rischio per una diagnosi sempre più tempestiva implementando la curabilità del tumore maligno del pancreas"*;

impegna il Governo

al fine di garantire ai pazienti affetti da tumore al pancreas le migliori cure con l'approccio multidisciplinare più completo, a prevedere, nel primo provvedimento utile, l'istituzione delle *Pancreas Unit* e la definizione del modello organizzativo e requisiti minimi per la costituzione delle reti regionali.

EMENDAMENTI

4.0.1

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 4-bis

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

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

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

b) il terzo periodo è sostituito dal seguente: "Il contratto ha durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e può essere pro-

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

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

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

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

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

4.0.23

ZAMBITO, ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 4-bis.

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

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

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

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, adotta un decreto per definire:

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

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

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

4.0.100

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Potenziamento dell'assistenza sanitaria delle cure primarie)

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

Art. 5

5.100

CAMUSSO, ZAMPA, FURLAN, ZAMBITO

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 5

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

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

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

convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dal presente articolo.»

5.4

MAZZELLA, GUIDOLIN, PIRRO

Al comma 1, apportare le seguenti modificazioni:

a) sostituire le parole: «10 per cento» con le seguenti: «20 per cento»;

b) sostituire, ovunque ricorrano, le parole: «5 per cento» con le seguenti «10 per cento»

c) sostituire le parole «fino al 15 per cento» con le seguenti «fino al 30 per cento»

5.8

FURLAN, ZAMPA, CAMUSSO, ZAMBITO

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

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

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

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

individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 250 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026.»

5.101 (già 5.9)

SBROLLINI

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

5.7

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

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

5.10

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

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

5.11

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

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

a) sopprimere le seguenti parole: «A decorrere dall'anno 2025.»;

b) anteporre, prima delle parole: «è adottata», le seguenti: «, da emanarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.».

5.16

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

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

5.17

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA, MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN

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

5.102

ZAMBITO, ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN

Al comma 2, sopprimere l'ultimo periodo.

5.23

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

Al comma 3, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: «Le disposizioni di cui al comma 4, dell'articolo 11, si applicano anche successivamente all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN. Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazio-

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

5.33

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

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

ORDINI DEL GIORNO

G5.100

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Il Senato

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

premessi che

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

l'articolo 5 reca disposizioni per il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario;

l'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, stabilisce che per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria;

la carenza di professionisti sanitari rappresenta un grave problema del Servizio sanitario nazionale e pertanto, bisognerebbe non solo reperire nuove risorse ma valorizzare i medici specializzandi;

considerato che

in relazione alle finalità del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) miranti allo sviluppo delle reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento all'assistenza primaria, nonché al fine di garantire un'adeguata risposta ai crescenti bisogni di salute della popolazione, anche i medici di comunità e cure primarie andrebbero valorizzati;

impegna il Governo

a valorizzare il medico in formazione specialistica prevedendo la possibilità dell'esercizio della libera professione intramuraria e di svolgere prestazioni professionali ed intellettuali, purché al di fuori dell'orario di formazione;

a prevedere che l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) sia consentito, oltre che ai medici in possesso del diploma regionale di formazione specifica, anche ai medici in possesso del diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 285 del 5 novembre 2005, e del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie di cui al decreto del Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca e del Ministro della salute 4 febbraio 2015, n. 68.

G5.101

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Il Senato

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

premesso che

il decreto-legge in esame reca disposizioni urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;

l'articolo 5 reca disposizioni per il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario;

tutelare il Servizio sanitario nazionale significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza attraverso investimenti adeguati e il potenziamento dell'offerta sanitaria;

la carenza di professionisti sanitari rappresenta un grave problema del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, il personale del sistema emergenza urgenza territoriale e quello operante nei servizi di pronto soccorso rappresentano una grande risorsa che purtroppo non è valorizzata;

impegna il Governo

al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale medico, sanitario e infermieristico del Sistema di Emergenza Territoriale 118 dipendente o convenzionato delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, a definire, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una specifica indennità di natura accessoria correlato al rischio ambientale e biologico;

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

a prevedere che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive dal personale del Sistema di Emergenza Territoriale 118, siano soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

EMENDAMENTI

5.0.15

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 5-bis

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

1. All'articolo 1, comma 2, secondo periodo, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dopo le parole: "dei relativi profili professionali," , inserire le seguenti: "e dagli atti normativi della Conferenza Stato Regioni".»

5.0.100

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 5-bis.

(Misure urgenti in materia di formazione specialistica)

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

a) all'articolo 37:

1) al comma 1, il secondo periodo è sostituito dai seguenti: «Il contratto è finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dal profilo specialistico, in conformità alla normativa dell'Unione europea. Per i medici che si iscrivono agli ultimi due anni di corso, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità a quanto previsto dai protocolli di intesa stipulati tra università e regioni e dagli accordi fra le università e le aziende, attuativi delle predette intese, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulano un contratto annuale di formazione-lavoro finalizzato alla specializzazione, disciplinato dal presente decreto legislativo e dalla normativa per essi vigente, per quanto non previsto o comunque per quanto compatibile con le disposizioni di cui al presente decreto legislati-

vo. Il contratto di formazione-lavoro può essere esteso anche agli anni di corso antecedenti agli ultimi due, laddove le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stanziino finanziamenti aggiuntivi. Il contratto di formazione-lavoro è finalizzato al completamento da parte del medico, individuato quale assistente in formazione, dell'acquisizione delle capacità e delle competenze professionali inerenti al profilo specialistico, in conformità alla normativa dell'Unione europea, prevedendo una compartecipazione alle attività presso una delle strutture della rete formativa, ancorché definita nei limiti del livello di autonomia certificata dal medico tutore. In ogni caso il contratto di formazione specialistica e il contratto di formazione-lavoro non danno diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale o dell'università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti»;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

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

b) all'articolo 40:

1) *al comma 1, le parole:* «assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria» *sono sostituite dalle seguenti:* «comprensivo di eventuale attività di guardia retribuita, fermo restando che il monte ore de-

stinato all'aggiornamento professionale per il medico in formazione specialistica viene valorizzato ai fini dell'attività didattica frontale prevista dal piano formativo. Fatto salvo il rispetto del tempo pieno, viene assicurata:

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

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

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

5.0.101

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 5-bis.

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

1. Al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale medico, sanitario e infermieristico del Sistema di Emergenza Territoriale 118 dipendente o convenzionato delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è definita, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, nei limiti dell'importo complessivo di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2024, una specifica indennità di natura accessoria correlato al rischio ambientale e biologico.

2. Al fine di valorizzare le condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica, dipendente dalle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale operante nei servizi di pronto soccorso ed emergenza urgenza territoriale, l'indennità di esclusività nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale è raddoppiata, nei limiti dell'importo complessivo di 100 milioni di euro annui a decorrere dal 2024.

3. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive dal personale del Sistema di Emergenza Territoriale 118, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento, nei limiti dell'importo complessivo di 15 milioni di euro annui a decorrere dal 2024.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 165 milioni di euro annui a decorrere dal 2024, si provvede mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tal fine, il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presenta alle Camere un rapporto sulla realizzazione delle strategie di contrasto all'evasione fiscale, sui risultati conseguiti nel 2022, specificati per ciascuna regione, e nell'anno in corso, nonché su quelli attesi, con riferimento sia al recupero di gettito derivante dall'accertamento di evasione che a quello attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Sulla base degli indirizzi delle Camere, il Governo definisce un programma di ulteriori misure e interventi normativi finalizzati a implementare, anche attraverso la cooperazione internazionale e il rafforzamento dei controlli, l'azione di prevenzione, contrasto e recupero dell'evasione fiscale allo scopo di conseguire a decorrere dall'anno 2024 un incremento di almeno 165 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024 delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.

Art. 6

6.3

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: «è definito», inserire le seguenti: «, previo confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, ».

6.5

PIRRO, MARTON, CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA

Al comma 1, dopo la lettera c), inserire la seguente:

«c-bis) alla realizzazione di centri polifunzionali per la salute mentale al fine di garantire l'inclusione sociale e il benessere bio-psicofisico e l'integrazione dei percorsi di cura e quelli di carattere riabilitativo;»

ORDINE DEL GIORNO

G6.100

NATURALE, MAZZELLA

Il Senato

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

premesso che:

l'articolo 6 del decreto in esame al fine di dare effettiva attuazione al Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022, rappresenta il primo programma nazionale sul tema salute finanziato da fondi strutturali (Fondo Sociale Europeo Plus e Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale), gestito dal Ministero della salute;

il Programma Nazionale Equità nella Salute (PN), sviluppato anche in coerenza con i contenuti dell'Agenda 2030 e della Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile, interviene nelle 7 Regioni meno sviluppate del Paese: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia per rafforzare i servizi sanitari e rendere più equo l'accesso, anche nell'ottica di sviluppare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali dell'area. In queste Regioni si registrano infatti, rispetto al resto del Paese, minori livelli di soddisfacimento degli *standard* definiti a livello nazionale (cd. LEA, Livelli Essenziali di Assistenza). I dati 2019 del Nuovo Sistema di Garanzia evidenziano, sia per l'area della prevenzione che per quella dell'assistenza territoriale, punteggi inferiori alla media delle Regioni del Centro Nord Italia) e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative nella gestione del servizio sanitario da parte delle rispettive Amministrazioni regionali, tali da richiedere un intervento a livello centrale. Anche la Commissione Europea, nella valutazione dei progressi in materia di riforme strutturali (SWD (2020) 511 final), evidenzia dette disparità regionali;

considerato che

tra le carenze delle regioni del Sud si osservano delle criticità nello *screening* e nella cura delle patologie tumorali. Le regioni del Sud Italia, infatti, presentano una carenza di strutture sanitarie dotate di apparecchiature ad alta tecnologia per trattamento dei tumori, in particolare sono assenti strutture pubbliche presso cui usufruire della protonterapia, creando disparità nell'accesso a cure avanzate rispetto ad altre regioni del Paese;

evidenziato che la protonterapia rappresenta una tecnologia avanzata per il trattamento dei tumori, in particolare per quelli localizzati in aree critiche o difficilmente raggiungibili con le tecniche tradizionali di radioterapia. È fondamentale garantire una distribuzione equa delle risorse sanitarie e delle tecnologie mediche avanzate su tutto il territorio nazionale, al fine di assicurare a tutti i cittadini uguali opportunità di trattamento e cura;

valutato che

l'installazione di apparecchiature per la protonterapia richiede investimenti significativi in termini di infrastrutture, formazione del personale e manutenzione, è necessario un impegno concreto da parte del Governo, in concertazione con le regioni, per facilitare l'accesso a tali tecnologie nelle regioni del Sud Italia, attraverso incentivi economici e politiche mirate;

impegna il Governo:

a stanziare specifiche risorse, anche nel prossimo provvedimento utile, volte all'acquisto e all'installazione di apparecchiature per la protonterapia nelle strutture pubbliche delle regioni del Sud Italia;

a promuovere accordi di collaborazione tra le regioni del Sud Italia, le università, le aziende sanitarie e i centri di eccellenza nazionali e internazionali, al fine di facilitare il trasferimento di conoscenze e tecnologie;

a incentivare la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, prevedendo programmi specifici per medici, tecnici di radioterapia e infermieri coinvolti nella gestione e nell'utilizzo delle apparecchiature per la protonterapia;

a monitorare e valutare periodicamente l'efficacia delle misure adottate, al fine di garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure offerte ai pazienti nelle regioni del Sud Italia;

a promuovere campagne di sensibilizzazione per informare i cittadini sulle opportunità offerte dalla protonterapia e sui centri presso cui è possibile accedere a questo tipo di trattamento.

EMENDAMENTI

Art. 7

7.100 (già 7.4)

SBROLLINI

Apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole «legge 30 dicembre 2023, n. 213» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,»

b) al comma 2, dopo le parole «legge 30 dicembre 2023, n. 213» aggiungere le seguenti: «nonché per lo svolgimento delle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate,»

7.101 (già 7.5)

SBROLLINI

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1-bis. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 41, comma 3, e del prolungamento dell'orario di servizio di cui all'articolo 29, comma 5 dell'Accordo collettivo nazionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre professionalità sanitarie triennio 2019-2021 del 4 aprile 2024, sono soggetti a un'imposta sostitutiva sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.»

7.102 (già 7.7)

SBROLLINI

Al comma 2 inserire, in fine, il seguente periodo: «Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi

previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.».

7.10

GUIDOLIN, MAZZELLA, CASTELLONE, PIRRO

Dopo il comma 2, inserire il seguente:

«2-bis. I compensi di cui al comma 2 non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, valutati in 655.200 euro per l'anno 2024, 1,210 milioni per l'anno 2025, 1,260 milioni per l'anno 2026 e 1,256 milioni a decorrere dall'anno 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

7.14

ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN, ZAMBITO

Al comma 6, lettera d), sostituire le parole: «mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;» *con le seguenti:* «mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;»

7.15

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, Aurora FLORIDIA

Al comma 6, lettera e), sostituire le parole da: «mediante corrispondente riduzione», *fino alla fine della lettera, con le seguenti:* «a valere sulle maggiori entrate rivenienti a decorrere dall'anno 2025 dall'annuale e progressiva eliminazione nella misura del dieci per cento dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui al catalogo istituito presso il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, limitatamente a quelli che non impattano sulla tutela,

costituzionalmente garantita, delle famiglie vulnerabili, della salute e del lavoro.».

7.16

ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN, ZAMBITO

*Alla lettera e), sostituire le parole da: «mediante corrispondente riduzione», fino alla fine della lettera, con le seguenti: «a valere sui risparmi di spesa e le maggiori entrate derivanti dalla rimodulazione e dall'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero delle imprese e del *made in Italy*, individua i sussidi di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221, oggetto di rimodulazione ed eliminazione al fine di conseguire risparmi di spesa o maggiori entrate pari a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.»*

Art. 7-bis

7-bis.100

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 7-bis

(Clausola di salvaguardia)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale e, con riferimento alle regioni e province autonome che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale e provinciale con fondi del proprio bilancio,

anche compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.».

7-bis.0.100 (già 7.0.1)

SBROLLINI

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 7-ter.

(Prestazione aggiuntive per gli operatori sociosanitari)

1. I compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), possono essere erogati anche al personale appartenente al profilo professionale di operatore socio-sanitario come individuato dal provvedimento 22 febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L'operatore socio-sanitario può svolgere tali prestazioni, su base volontaria, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione delle attività istituzionali.

2. La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è definita dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro. Sono fatti salvi accordi di maggior favore a livello aziendale.

3. Anche al personale inquadrato nel profilo di operatore socio-sanitario, in materia di prestazioni aggiuntive, si applica quanto previsto dall'articolo, 7 comma 2, della presente norma.»

7-bis.0.101 (già 7.0.10)

FURLAN, ZAMPA, CAMUSSO, ZAMBITO

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 7-ter

1. I compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera *d*), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), possono essere erogati anche al personale appartenente al profilo professionale di operatore socio-sanitario come individuato dal provvedimento 22 febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L'operatore socio-sanitario può svolgere tali prestazioni, su base volontaria, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione delle attività istituzionali.

2. La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è definita dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro. Sono fatti salvi accordi di maggior favore a livello aziendale.

3. Anche al personale inquadrato nel profilo di operatore socio-sanitario, in materia di prestazioni aggiuntive, si applica quanto previsto dall'articolo 7, comma 2 ,della presente norma.»
