



Assemblea

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**ALLEGATI**

**ASSEMBLEA**

209<sup>a</sup> seduta pubblica

giovedì 18 luglio 2024

Presidenza del vice presidente Castellone,

indi del vice presidente Rossomando

e del presidente La Russa

**INDICE GENERALE**

<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i> .....	5
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta) ....</i>	45
<i>ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo).....</i>	123

## INDICE

## RESOCONTO STENOGRAFICO

## DISEGNI DI LEGGE

## Seguito della discussione:

(1161) *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 (Relazione orale):*

**Approvazione, con modificazioni, con il seguente titolo: 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:**

PRESIDENTE..... 5

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUI FATTI ACCADUTI PRESSO LA COMUNITÀ «IL FORTETO»**

Composizione..... 6

## DISEGNI DI LEGGE

## Ripresa della discussione del disegno di legge n. 1161:

PRESIDENTE..... 6, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 24, 30  
 MAGNI (*Misto-AVS*)..... 6, 13, 28  
 LORENZIN (*PD-IDP*)..... 6  
 PIRRO (*M5S*)..... 7, 11  
 CASTELLONE (*M5S*)..... 8, 9, 10, 18  
 MAZZELLA (*M5S*)..... 9, 17, 32  
 ZAMBITO (*PD-IDP*)..... 9, 13  
 NATURALE (*M5S*)..... 11  
 GUIDOLIN (*M5S*)..... 11, 16  
 ZULLO, *relatore*..... 12, 18  
 GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute* 12, 19  
 ZAFFINI (*FdI*)..... 12, 40  
 SBROLLINI (*IV-C-RE*)..... 13, 16  
 PATTON (*Aut (SVP-PATT, Cb)*)..... 13  
 BIANCOFIORE (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). 13  
 CANTÙ (*LSP-PSd'Az*)..... 15, 35  
 GARAVAGLIA (*LSP-PSd'Az*)..... 16  
 GELMINI (*Misto-Az-RE*)..... 16, 20, 21  
 MURELLI (*LSP-PSd'Az*)..... 17, 19  
 DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*)..... 19, 20, 24  
 CALANDRINI (*FdI*)..... 20  
 GUIDI (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*)..... 22  
 RENZI (*IV-C-RE*)..... 25  
 SILVESTRO (*FI-BP-PPE*)..... 30, 31  
 ZAMPA (*PD-IDP*)..... 37

## SULLA SCOMPARSA DI PUBLIO FIORI

PRESIDENTE..... 42

## DISEGNI DI LEGGE

## Ripresa della discussione del disegno di legge n. 1161:

PRESIDENTE..... 43

**ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA DI MARTEDÌ 23 LUGLIO 2024..... 44**

## ALLEGATO A

**DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE N. 1161**

Articolo 1 del disegno di legge di conversione ..... 45

Allegato recante le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 46

Articolo 1 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 53

Emendamenti..... 55

Articolo 2 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 57

Emendamenti e ordine del giorno..... 60

Articolo 3 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 69

Emendamenti e ordini del giorno ..... 73

Articolo 4 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 92

Emendamenti e ordine del giorno..... 93

Articolo 5 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 99

Emendamenti e ordini del giorno ..... 100

Articolo 6 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 111

Emendamenti e ordine del giorno..... 112

Articolo 7 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 116

Emendamenti..... 118

Articolo 7-bis del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 120

Emendamenti..... 120

Articolo 8 del decreto-legge nel testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione ..... 122

## ALLEGATO B

## PARERI

Pareri espressi dalla 5a Commissione permanente sul disegno di legge n. 1161 e sui relativi emendamenti..... 123

*N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.*

**CONGEDI E MISSIONI** ..... 123

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIE-  
STA SUI FATTI ACCADUTI PRESSO LA COMU-  
NITÀ «IL FORTETO»**

Composizione..... 124

**DISEGNI DI LEGGE**

Annunzio di presentazione ..... 124

Assegnazione..... 124

Presentazione del testo degli articoli ..... 124

**GOVERNO**

Trasmissione di atti e documenti..... 125

**CORTE DEI CONTI**

Trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di  
enti ..... 125

**INTERROGAZIONI**

Annunzio di risposte scritte..... 126

Interrogazioni..... 126

Con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del  
Regolamento ..... 131

Da svolgere in Commissione ..... 137

Da svolgere in Commissione, nuova assegnazione.. 138

## RESOCONTO STENOGRAFICO

### Presidenza del vice presidente CASTELLONE

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,35*).

Si dia lettura del processo verbale.

PAGANELLA, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato, nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

#### **Seguito della discussione del disegno di legge:**

**(1161) 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 (Relazione orale) (ore 9,37)**

**Approvazione, con modificazioni, con il seguente titolo: 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**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 1161.

Ricordo che nella seduta di ieri il relatore ha svolto la relazione orale e hanno avuto luogo la discussione generale e la replica del relatore.

In attesa del parere della Commissione bilancio, sospendo la seduta.  
(*La seduta, sospesa alle ore 9,37, è ripresa alle ore 10,31*).

Colleghi, avverto che la 5ª Commissione ha terminato i lavori, ma sta scrivendo materialmente il parere, pertanto sospendo nuovamente la seduta.

(*La seduta, sospesa alle ore 10,31, è ripresa alle ore 10,50*).

### **Commissione parlamentare di inchiesta sui fatti accaduti presso la comunità «Il Forteto», composizione**

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente del Senato e il Presidente della Camera dei deputati hanno proceduto alla nomina dei componenti della Commissione parlamentare di inchiesta sui fatti accaduti presso la comunità «Il Forteto». L'elenco dei componenti è pubblicato in allegato al Resoconto della seduta odierna.

### **Ripresa della discussione del disegno di legge n. 1161 (ore 10,51)**

PRESIDENTE. Avverto che è pervenuto alla Presidenza - ed è in distribuzione - il parere espresso dalla 5ª Commissione permanente sulla quasi totalità dei testi, che verrà pubblicato in allegato al Resoconto della seduta odierna. Pertanto, procediamo con l'esame degli emendamenti sui quali l'*iter* della Commissione bilancio si è concluso.

La Presidenza, conformemente a quanto stabilito nel corso dell'esame in sede referente, dichiara improponibili, ai sensi dell'articolo 97, comma 1, del Regolamento, per estraneità di materia rispetto ai contenuti del decreto-legge, gli emendamenti 01.1, 3.10, 3.102 (già 3.15), 3.35 (testo 2), 3.105 (già 3.49), 4.0.1 e 5.0.15. Dichiara altresì improponibile l'emendamento 5.0.100.

Passiamo all'esame dell'articolo 1 del disegno di legge, nel testo proposto dalla Commissione.

Se siete d'accordo, colleghi, proporrei di procedere all'illustrazione degli emendamenti e degli ordini del giorno riferiti a tutti gli articoli del decreto-legge, che invito i presentatori ad illustrare. Se non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

MAGNI (*Misto-AVS*). Signor Presidente, intervengo per illustrare l'emendamento 2.3, con il quale si propone nuovamente di sopprimere, come già fatto in precedenza, l'intero articolo 2, in quanto, come ho cercato di spiegare ieri, sostanzialmente la proposta che emerge si traduce in un mero aumento di burocrazia, che porterà ad un incremento dei conflitti, da una parte, e della burocrazia, dall'altra, senza dare alcuna risposta alle esigenze dei cittadini.

LORENZIN (*PD-IDP*). Signor Presidente, noi abbiamo una proposta alternativa, ovviamente, all'articolo 2, che agisce sia sull'offerta sia sulla domanda sanitaria, che è evidente che è stato un po' il *clou* di questo provvedimento e che sancisce anche oggettivamente il fallimento del provvedimento sulle liste d'attesa. Abbiamo assistito a un conflitto istituzionale senza precedenti tra la Conferenza Stato-Regioni e il Governo, che ha portato di fatto a uno svuotamento del cuore di un provvedimento che, d'altra parte, è nato senza un sostanziale apporto finanziario che permettesse anche soltanto di attuare le misure che il provvedimento dichiara, con sette decreti attuativi

previsti che vanno alle calende greche, tre dei quali addirittura senza neanche una data di scadenza.

Quindi, di fatto, questo provvedimento purtroppo avrà un esito solo, cioè che per i cittadini italiani non cambierà niente.

Sull'articolo 2, in particolare, la mediazione (se così si può chiamare) uscita fuori dalla Commissione su proposta del Governo di fatto crea soltanto un nuovo organismo burocratico all'interno del Ministero della salute, per cui si farà un nuovo dirigente e verranno assunte nuove persone, che di fatto va a sovrapporsi a organismi già esistenti, che potevano essere rafforzati e utilizzati per il raggiungimento del monitoraggio dei dati e del funzionamento delle attività delle Regioni.

Soprattutto, all'articolo 2 si sancisce politicamente che ci sono due anime in questo Governo: una che procede, da un lato, sull'autonomia differenziata (d'altra parte, votata dalla maggioranza) e l'altra che invece lavora sull'accentramento delle funzioni a livello statale, costruendo una contrapposizione istituzionale e costituzionale che pagano i cittadini, perché, a quasi due anni dall'inizio di questa legislatura, non abbiamo ancora sul tavolo una riforma della sanità che risponda ai bisogni del Paese dopo il Covid (*Applausi*); non abbiamo una riforma sul personale sanitario; non abbiamo una riforma sui salari del personale sanitario; non abbiamo una riforma sui tempi di lavoro; non abbiamo una riforma sulle specializzazioni e ci troviamo ancora una volta con gli *slogan* della campagna elettorale, che però è finita e quello che rimane è un provvedimento vuoto. (*Applausi*).

PIRRO (*M5S*). Signora Presidente, mi auguro di ricevere aperture da parte della maggioranza rispetto agli emendamenti che ho presentato all'articolo 3, perché, ad esempio, l'emendamento 3.35 riguarda la possibilità di istituire delle linee guida nazionali con gli *standard* minimi per la redazione dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico, che credo sia un obiettivo comune di tutti. Si tratta di un emendamento che non comporta costi aggiuntivi, ma che porterebbe solo miglioramenti nella vita dei pazienti affetti da patologie oncologiche, che si ritrovano (come sempre, purtroppo, per quanto riguarda la sanità), a vedere azioni a macchia di leopardo e diversificate da una Regione all'altra con notevole aggravio per loro e i loro *caregiver* per quanto attiene alla prenotazione di esami, visite, controlli, terapie e chi più ne ha più ne metta. Con linee guida chiare da parte del Ministero potremmo quindi agevolare la vita di questi cittadini, che di problemi ne hanno già abbastanza, e questo dovrebbe essere un obiettivo comune.

L'emendamento 3.104 è sostanziale rispetto all'obiettivo di questo decreto-legge, perché prevede che nel momento in cui un cittadino presenta una richiesta di prestazione a un'azienda sanitaria, sia questa a farsi carico dell'onere di trovare un appuntamento, nel rispetto delle tempistiche del codice di priorità stabilito dalla prescrizione medica, che è quanto di più logico. (*Brusio*).

PRESIDENTE. Collegli, vi prego di ridurre il brusio, perché è davvero complicato ascoltare chi parla.

PIRRO (*M5S*). Ciò è quanto di più logico possa accadere, laddove l'azienda è obbligata per legge al rispetto delle tempistiche. Bastava questa semplicissima norma a risolvere i problemi dei cittadini italiani.

Infine, l'emendamento 3.105, a mia prima firma, va sempre nella stessa direzione e, oltre a non costare allo Stato - udite, udite - può addirittura comportare dei risparmi.

Tale emendamento prevede che, laddove i direttori generali non rispettino l'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa, abbiano quantomeno una riduzione della retribuzione di risultato.

### **Presidenza del vice presidente ROSSOMANDO (ore 11)**

(*Segue PIRRO*). I risultati principali che deve garantire il direttore di un'azienda sanitaria non sono infatti tanto di natura economica quanto in termini di prestazioni erogate ai cittadini e allora cosa c'è di più semplice che prevedere che, laddove non raggiungano il risultato di ridurre le liste d'attesa o di esiti di salute dei cittadini assistiti dalle proprie aziende, abbiano non dico tanto, ma quantomeno un 30 per cento di riduzione di questa retribuzione di risultato? Mi sembrano norme di tale buon senso che mi auguro di vedere uno spiraglio nel relatore e nel Governo in merito all'accoglimento di queste proposte, a mio avviso così sensate e utili ai cittadini italiani, di cui tutti ci dovremmo preoccupare, ma di cui forse non ci preoccupiamo abbastanza. (*Applausi*).

CASTELLONE (*M5S*). Signor Presidente, vorrei illustrare l'emendamento 3.102. Questa sollecitazione in realtà è arrivata durante le audizioni. Vorrei evidenziare come non solo questo Governo non abbia ascoltato e non abbia recepito praticamente nulla del lavoro che le opposizioni hanno provato a fare, come sempre in modo costruttivo, in Commissione, ma non abbia recepito neppure gli spunti arrivati dalle audizioni che abbiamo fatto. Mi chiedo quindi a cosa serve... (*Brusio*).

PRESIDENTE. Colleghi, è complicato proseguire i nostri lavori in questo modo. Il vice presidente Castellone ha una voce stentorea, però fatico anch'io ad ascoltarla. Vi invito pertanto ad abbassare sensibilmente il brusio (l'invito è ovviamente rivolto a tutta l'Assemblea).

CASTELLONE (*M5S*). Tale emendamento è stato suggerito durante le audizioni e, come dicevo, il Governo non ha ascoltato neppure i pareri di chi è venuto in audizione a manifestare qualche perplessità. Si tratta, tra l'altro, di un emendamento a costo zero. Capisco che siano state bocciate proposte che prevedevano una spesa, ma per gli emendamenti a costo zero come questo davvero mi chiedo il motivo della mancata presa in considerazione.

Qui si dice che per rinnovare l'accreditamento del privato che opera in ambito sanitario bisogna prevedere un prerequisito, e cioè che quel privato abbia rinnovato i contratti del personale sanitario. Ci sono strutture priva-

te che lavorano con personale che ha un contratto scaduto vent'anni fa. Cosa costava dire che per accreditare il privato serve quantomeno che esso paghi in maniera dignitosa il personale sanitario? (*Applausi*). Non venite a raccontarci che per voi il personale sanitario è una priorità. Se non prevedete nemmeno che per accreditare il privato serva rinnovare contratti scaduti vent'anni fa, mi chiedo in che modo intendiate valorizzare il personale sanitario. (*Applausi*).

MAZZELLA (*M5S*). Signor Presidente, l'ordine del giorno G4.100 considera la possibilità di istituire le Pancreas Unit, centri specializzati nella cura dei tumori del pancreas che hanno una struttura organizzativa multidisciplinare. Faccio notare a tutti che dalle ultime statistiche a livello europeo quello del pancreas è il tumore che sta avendo la maggiore diffusione su tutto il territorio europeo, probabilmente anche condizionato dai nostri stili di vita.

In ogni caso, questo tipo di tumore ha bisogno di una particolare cura, soprattutto a livello chirurgico. In Italia ci sono centri per le Pancreas Unit, ma non sono diffusi su tutto il territorio. Ho colto la sensibilità di tutta la 10ª Commissione, ma soprattutto del nostro presidente Franco Zaffini, che con noi ha realizzato un percorso per cercare di sollecitare Agenas alla realizzazione di linee guida per le Pancreas Unit. Ci tengo quindi a sottolineare la sensibilità di tutti e, quando voteremo, spero che tutti i senatori e tutte le senatrici possano aggiungere la firma a quest'ordine del giorno. (*Applausi*).

CASTELLONE (*M5S*). Signora Presidente, intervengo per illustrare l'emendamento 4.0.100, anch'esso senza oneri di spesa, con il quale si chiede di risolvere un *vulnus* normativo che abbiamo in questo Paese. Forse non tutti sanno che abbiamo medici specializzati in cure primarie e territoriali che sono gli unici specialisti non in grado di operare in tutti gli ambiti in cui si formano. La scuola di specializzazione da cui provengono è stata creata più di vent'anni fa; due decreti interministeriali ne hanno stabilito gli ambiti formativi e hanno statuito che questi specialisti in cure primarie si formano anche per operare nell'ambito della medicina generale, seguendo tra l'altro *standard* formativi europei.

Ebbene, poiché c'è un potente sindacato di medicina generale che evidentemente si oppone a che questi specialisti possano operare nell'ambito della medicina generale, noi stiamo impedendo a medici già formati di essere impiegati per lavorare nella medicina generale, settore in cui, tra l'altro, c'è una carenza importante di professionisti. Qui si chiedeva di colmare questo *vulnus* normativo. Spero davvero che i pareri del relatore e del Governo siano favorevoli a questo emendamento, che è assolutamente necessario, perché qui abbiamo professionisti che stanno subendo da vent'anni una mortificazione che impedisce loro di lavorare nell'ambito in cui si sono formati. (*Applausi*).

ZAMBITO (*PD-IDP*). Signora Presidente, abbiamo presentato un emendamento che non avevamo presentato in Commissione, il 5.102, per-

ché in Conferenza Stato-Regioni il Governo si era reso disponibile a modificare il comma 2 dell'articolo 5, che prevede le modalità per determinare il fabbisogno di personale sanitario nelle singole Regioni. Nel decreto-legge è riportato che lo si fa attraverso un decreto ministeriale. Ogni Regione individua il fabbisogno e lo comunica al Ministero, che emana il decreto. Ma come si fa? Ogni Regione deve aspettare che tutte le altre siano pronte per fare un unico decreto? Oppure se ne fa uno per ogni singola Regione?

Ma non è finita qua. Dopo aver approvato il fabbisogno di personale, si deve emanare un altro decreto per autorizzare la spesa. A me sembra che la volontà del Governo di abbattere effettivamente il tetto di spesa per il personale sanitario sia fittizia e lo dimostra proprio questa cosa.

Oltretutto, noi siamo stati bloccati in Commissione per giorni e giorni proprio su questa diatriba fra Regioni e Governo. L'articolo 2 è stato modificato. Aspettavamo anche la modifica dell'articolo 5 proprio su questo punto, modifica che non è arrivata. Per questo abbiamo presentato l'emendamento soppressivo di questo ultimo pezzo del comma 2, perché riteniamo che ricorrere continuamente a decreti per stabilire il fabbisogno e poi individuare la spesa sia un modo per arrivare alle calende greche e non ottenere niente. (*Applausi*).

CASTELLONE (*M5S*). Signora Presidente, illustro i due ordini del giorno presentati all'articolo 5, che sono il G5.100 e il G5.101.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno G5.100, la *ratio* è sempre quella di reperire personale sanitario, soprattutto medico, già disponibile da utilizzare per accorciare le liste d'attesa, agendo in particolare su due ambiti. Abbiamo presentato emendamenti in materia, ma anche un ordine del giorno che sostanzialmente dice la stessa cosa, ossia propone di eliminare il vincolo che oggi impedisce ai medici in formazione specialistica di esercitare anche la libera professione intramuraria negli ospedali. Infatti, se noi togliessimo quel vincolo - quantomeno, per esempio, per i medici specializzandi al quarto o quinto anno - potremmo avere personale disponibile per accorciare le liste d'attesa. I medici lo chiedono da moltissimo tempo. Tra l'altro, ci chiedono giustamente anche di trasformare il loro contratto, che è di formazione, in uno di formazione-lavoro, visto che questi medici in formazione fanno turni veri e propri e quella non è formazione, ma lavoro. Mi rendo conto che per trasformare un contratto di formazione in uno di formazione-lavoro serve una copertura finanziaria, ma tale copertura non serve per eliminare l'incompatibilità e permettere loro di operare come liberi professionisti, quindi è una cosa che si può fare.

Il secondo ordine del giorno, invece, si occupa di un settore che voi continuate a dimenticare, quello dell'emergenza-urgenza territoriale (il 118 e le ambulanze). Questi sono gli unici operatori sanitari per i quali non è previsto nessun riconoscimento del rischio biologico e lavorativo. Eppure il personale che lavora nell'emergenza-urgenza territoriale, sulle ambulanze, è esposto ad altissimi rischi. Questi sono gli operatori che ci aiutano a gestire le emergenze, i terremoti o le alluvioni. Ma com'è possibile che per questi medici, che operano in altissime condizioni di rischio, per questi infermieri

e per questi volontari non siano riconosciuti il rischio biologico e il rischio ambientale?

Tra l'altro, a questi operatori non è riconosciuto neppure lo sgravio - pari al 15 per cento - che in questo decreto-legge avete riconosciuto agli altri operatori sanitari. Quindi vi stiamo chiedendo di inserire anche questi operatori sanitari che invece continuate a dimenticare. Spero che ci sia un'apertura di relatore e Governo su questo tema. *(Applausi)*.

PIRRO *(M5S)*. Signora Presidente, uno dei pochi aspetti positivi, se vogliamo trovare qualcosa di positivo in questo decreto-legge, è che quantomeno ci sia un articolo dedicato alla salute mentale, spesso ultima cenerentola della sanità, con tantissimi problemi, questioni e nodi da risolvere.

Una delle cose più sentite da chi si occupa del tema e da chi tutti i giorni passa la vita a gestire persone affette da problemi di salute mentale è avere a disposizione dei centri polifunzionali che possano prendere in carico e occuparsi delle persone con questo genere di difficoltà a 360 gradi, in una maniera appunto multidisciplinare, che è un termine che usiamo sempre di più quando parliamo di salute e sanità.

La richiesta che arriva da tutte le associazioni, da tutti i pazienti, è di avere la possibilità di un approccio multidisciplinare. Ciò è ancor più valido quando si tratta di persone con problemi di natura mentale. Allora, bastava poco per dare un segnale vero a chi ha tanti problemi relativi a questa sfera: accettare un emendamento di indirizzo, perché di ciò si tratta in questo articolo, semplicemente di linee di indirizzo. Eppure, anche su cose di buonsenso come questa, in Commissione, è stato dato parere contrario.

Io mi auguro che, arrivato all'attenzione di quest'Assemblea, il tema possa avere la dignità e il rispetto che merita e l'attenzione da parte di tutti noi.

NATURALE *(M5S)*. Signor Presidente, intervengo sull'ordine del giorno G6.100, per portare all'attenzione del Governo quella che è una tecnica avanzata per il trattamento dei tumori, cioè la protonterapia per tumori localizzati in aree critiche e difficilmente raggiungibili con le tecniche tradizionali di radioterapia. Si parla di tecniche speciali anche per i bambini.

Al Sud non c'è alcun centro che adotti questa tecnologia. Quindi, si vuol sensibilizzare il Governo affinché si stanziino delle risorse e si creino accordi di collaborazione tra le Regioni affinché nel Sud Italia vi sia un trasferimento di conoscenze e tecnologie su questa importante modalità di trattamento dei tumori. *(Applausi)*.

GUIDOLIN *(M5S)*. Signor Presidente, vorrei illustrare l'emendamento 7.10. Laddove la maggioranza ha individuato nelle prestazioni aggiuntive uno strumento per risolvere il problema delle liste d'attesa, non si capisce perché questo emendamento, come anche altri simili, non vengano presi in considerazione, dal momento che essi vanno semplicemente ad evitare che si perda il beneficio del taglio del cuneo fiscale introdotto nell'ultima legge di bilancio, con il superamento della soglia dei 2.600 euro.

Chiedo appunto alla maggioranza di riflettere nuovamente su questo punto. C'è molto personale coinvolto da questa penalizzazione e, quindi, credo che faremo un favore a tutti. (*Applausi*).

PRESIDENTE. I restanti emendamenti e ordini del giorno si intendono illustrati.

Invito il relatore e il rappresentante del Governo a pronunziarsi sugli emendamenti e sugli ordini del giorno in esame.

ZULLO, *relatore*. Signor Presidente, esprimo parere contrario sugli emendamenti 1.6, 1.100, 2.3, 2.5, 2.6, 2.100, 2.101, 2.102, 2.103, 2.104, 2.105, 2.106, 2.107, 2.108, 2.109, 2.110, 2.111, 2.112, 2.113, 2.114, 2.115, 2.116, 2.117, 3.1, 3.2, 3.100, 3.5, 3.9, 3.101, 3.25, 3.27, 3.28, 3.38, 3.40, 3.103, 3.104, 3.106, 3.107, 3.108, 4.1, 4.11, 4.100, 4.0.23, 4.0.100, 5.100, 5.4, 5.7, 5.8, 5.101, 5.10, 5.11, 5.16, 5.17, 5.102, 5.23, 5.33, 5.0.101, 6.3, 6.5, 7.100, 7.101, 7.102, 7.10, 7.14, 7.15, 7.16, 7-*bis*.0.100 e 7-*bis* 0.101. L'emendamento 7-*bis*.100 è accantonato.

Sull'ordine del giorno G2.100 esprimo parere favorevole con riformulazione dell'impegno. La riformulazione è la seguente: «a valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di».

Sull'ordine del giorno G3.100 esprimo parere favorevole previa riformulazione dell'impegno in: «a valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di (...)». Sugli ordini del giorno G3.101 e G3.102 esprimo parere favorevole con riformulazione dell'impegno in «a valutare l'opportunità di (...)». Sull'ordine del giorno G3.103 esprimo parere contrario.

Sull'ordine del giorno G4.100 esprimo parere favorevole con riformulazione dell'impegno in: «a valutare l'opportunità di (...)».

Sugli ordini del giorno G5.100 e G5.101 esprimo parere contrario.

Sull'ordine del giorno G6.100 esprimo parere favorevole con riformulazione dell'impegno in: «a valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di (...)».

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Esprimo parere conforme a quello del relatore.

ZAFFINI (*Fdi*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAFFINI (*Fdi*). Signora Presidente, apprezzato il parere favorevole del rappresentante del Governo, vorrei sottoscrivere l'ordine del giorno G4.100, a firma del collega Mazzella ed altri, sulle *pancreas unit*. È un tema molto importante e sentito, sicuramente all'attenzione della Commissione e del Ministro.

Auspico quindi, con questa sottoscrizione, che possa essere inserito in uno dei prossimi provvedimenti, in modo da dare corso a questa prospettiva assolutamente condivisibile.

Quindi, ringrazio il collega Mazzella a nome di tutto il Gruppo Fratelli d'Italia.

MAGNI (*Misto-AVS*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAGNI (*Misto-AVS*). Signora Presidente, intervengo su due cose. Intanto, l'emendamento 5.7 è stato saltato e vorrei sapere se il parere era contrario o favorevole. Credo contrario, ma non ci è stato comunicato.

In secondo luogo vorrei sottoscrivere, a nome del Gruppo, l'ordine del giorno G4.100, a prima firma del senatore Mazzella.

ZAMBITO (*PD-IDP*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAMBITO (*PD-IDP*). Signor Presidente, intervengo brevemente solo per comunicare l'intenzione di tutto il Gruppo Partito Democratico di sottoscrivere l'ordine del giorno G4.100, a prima firma del senatore Mazzella. (*Applausi*).

SBROLLINI (*IV-C-RE*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SBROLLINI (*IV-C-RE*). Signor Presidente, anche noi come Gruppo Italia Viva sottoscriviamo l'ordine del giorno G4.100. (*Applausi*).

PATTON (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PATTON (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Signor Presidente, anche il Gruppo Autonomie chiede di sottoscrivere l'ordine del giorno G4.100. Inoltre, insieme al senatore Spagnoli, sottoscriverei l'ordine del giorno G 3.101, a prima firma del senatore Garavaglia, se il collega è d'accordo.

PRESIDENTE. Senatore Garavaglia, accetta la sottoscrizione dell'ordine del giorno?

GARAVAGLIA (*LSP-PSd'Az*). Sì, signor Presidente, l'accetto.

BIANCOFIORE (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCOFIORE (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). Signor Presidente, anche il Gruppo Civici d'Italia-Noi Moderati chiede di sottoscrivere l'ordine del giorno G4.100.

PRESIDENTE. Procediamo con le votazioni.

L'emendamento 01.1 è improponibile.

Metto ai voti l'emendamento 1.6, presentato dal senatore Mazzella e da altri senatori.

**Non è approvato.**

DE CRISTOFARO (*Misto-AVS*). Chiediamo la controprova.

PRESIDENTE. Ordino la chiusura delle porte. Procediamo alla controprova mediante procedimento elettronico.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.100, presentato dalla senatrice Sbroliini.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.3, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Gli emendamenti da 2.5 a 2.105 sono improcedibili.

Metto ai voti l'emendamento 2.106, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.107, presentato dalla senatrice Furlan e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Gli emendamenti da 2.108 a 2.110 sono improcedibili.

Metto ai voti l'emendamento 2.111, presentato dalla senatrice Furlan e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.112, presentato dal senatore Durnwalder e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'emendamento 2.113 è improcedibile.

Metto ai voti l'emendamento 2.114, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.115, presentato dal senatore Durnwalder e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.116, presentato dal senatore Mazzella e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'emendamento 2.117 è improcedibile.

Senatrice Cantù, accoglie la proposta di riformulazione dell'ordine del giorno G2.100?

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Signora Presidente, la accetto.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G2.100 (testo 2) non verrà posto ai voti.

Gli emendamenti 3.1 e 3.2 sono improcedibili.

Metto ai voti l'emendamento 3.100, presentato dalla senatrice Sbroliini, identico all'emendamento 3.5, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Gli emendamenti 3.9, 3.101 e 3.25 sono improcedibili, mentre gli emendamenti 3.10 e 3.102 sono improponibili.

Metto ai voti l'emendamento 3.27, presentato dal senatore Mazzella e da altri senatori.

**Non è approvato.**

VERINI (*PD-IDP*). Chiediamo la controprova.

PRESIDENTE. Ordino la chiusura delle porte. Procediamo alla controprova mediante procedimento elettronico.

Colleghi, annulliamo la procedura, perché c'è un problema tecnico, tanto le porte sono chiuse e, quindi, non temiamo alcunché.

Procediamo nuovamente alla controprova mediante procedimento elettronico.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 3.28, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'emendamento 3.35 è improponibile.

Metto ai voti l'emendamento 3.38, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Gli emendamenti 3.40 e 3.103 sono improcedibili.

Metto ai voti l'emendamento 3.104, presentato dalla senatrice Pirro e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'emendamento 3.105 è improponibile.

Metto ai voti l'emendamento 3.106, presentato dal senatore Magni e da altri senatori, identico agli emendamenti 3.107, presentato dalla senatrice Zampa e da altri senatori, e 3.108, presentato dal senatore Mazzella e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Sull'ordine del giorno G3.100 vi è una proposta di riformulazione volta ad inserire ««a valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di (...)»». I proponenti fanno cenno di accogliere la riformulazione. Pertanto, essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G3.100 (testo 2) non verrà posto ai voti.

Anche sull'ordine del giorno G3.101 vi è una proposta di riformulazione volta ad inserire «a valutare l'opportunità di». Senatore Garavaglia, accetta la riformulazione?

GARAVAGLIA (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, anche se a volte la riformulazione «a valutare l'opportunità di» risulta essere ai limiti dell'offesa, la accogliamo, invitando però il Governo a valutare molto attentamente la proposta, perché la porteremo avanti velocemente. (*Applausi*).

SBROLLINI (*IV-C-RE*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SBROLLINI (*IV-C-RE*). Signora Presidente, a nome del Gruppo Italia Viva, sottoscrivo l'ordine del giorno G3.101.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

GUIDOLIN (*M5S*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUIDOLIN (*M5S*). Signor Presidente, sottoscrivo, a nome del mio Gruppo, l'ordine del giorno G3.101, chiedendo al contempo che esso venga preso in considerazione dal Governo perché potrebbe dare una grossa mano per risolvere il problema della carenza infermieristica e per omogeneizzare le mansioni all'interno dei reparti.

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Signor Presidente, sottoscrivo l'ordine del giorno G3.101.

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

Il senatore Garavaglia accetta le sottoscrizioni.

Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G3.101 (testo 2) non verrà posto ai voti.

Anche sull'ordine del giorno G3.102 vi è una proposta di riformulazione con l'inserimento di «a valutare l'opportunità di». Senatrice Murelli, accoglie la riformulazione?

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Sì, Presidente.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G3.102 (testo 2) non verrà posto ai voti.

Sull'ordine del giorno G.3.103 è stato espresso un parere contrario.

Senatrice Gelmini, insiste per la votazione dell'ordine del giorno G3.103?

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Sì, signora Presidente.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno G3.103, presentato dal senatore Calenda e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 4.1, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 4.11, presentato dalla senatrice Zampa e da altri senatori.

**Non è approvato.**

L'emendamento 4.100 è improcedibile.

Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G4.100 (testo 2) non verrà posto ai voti.

MAZZELLA (*M5S*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAZZELLA (*M5S*). Signora Presidente, vorrei ringraziare tutti i Gruppi politici che hanno sottoscritto questo ordine del giorno e il Governo, nella persona del sottosegretario Gemmato, per la sensibilità dimostrata. Grazie per aver ritenuto importante sottoscriverlo. (*Applausi*).

PRESIDENTE. L'emendamento 4.0.1 è improponibile.

Gli emendamenti da 4.0.23 a 5.11 sono improcedibili.

Metto ai voti la prima parte dell'emendamento 5.16, presentato dal senatore Magni e da altri senatori, fino alle parole: «previo confronto con le».

**Non è approvata.**

Risultano pertanto preclusi la restante parte e l'emendamento 5.17.

Gli emendamenti da 5.102 a 5.33 sono improcedibili.

Passiamo agli ordini del giorno riferiti all'articolo 5.

CASTELLONE (M5S). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CASTELLONE (M5S). Signora Presidente,

poiché da interlocuzioni con il presidente Zaffini ho capito che in realtà non c'era contezza del fatto che i due ordini del giorno all'articolo 5 non sono stati presentati in Commissione e sono stati depositati per la prima volta in Aula, vorrei chiedere al relatore un approfondimento del parere su di essi, magari prevedendo la riformulazione dell'impegno «a valutare l'opportunità di». Questi due ordini del giorno affrontano due argomenti molto importanti.

Il primo chiede di poter utilizzare personale medico già disponibile, e in particolare i medici specialisti, nelle cure primarie, affinché possano operare nell'ambito della medicina generale e di poter prevedere che i medici specializzandi facciano anche libera professione. C'è sempre stata un'apertura anche da parte dello stesso Ministro verso questo tema e, quindi, almeno valutiamo l'opportunità di lavorarci in futuro.

Il secondo ordine del giorno, G 5.100, chiede invece di immaginare per i medici e per gli operatori che operano nell'ambito della urgenza territoriale che vengano valorizzati non solo come figura professionale - oggi sono gli unici per i quali non è previsto il rischio biologico e il rischio ambientale - ma in futuro anche dal punto di vista contrattuale.

Chiedo se è possibile al relatore e al Governo un approfondimento aggiuntivo sul parere che hanno espresso, che magari è legato al fatto che questi ordini del giorno non sono stati trattati in Commissione.

PRESIDENTE. La richiesta della senatrice Castellone è chiara. Chiedo al relatore se intende rispondere o se ritiene necessario accantonare i due ordini del giorno.

ZULLO, *relatore*. Signor Presidente, per quanto riguarda l'emendamento G5.100, il parere è favorevole, previa riformulazione dell'impegno, inserendo le parole: «a valutare di».

Per quanto riguarda l'emendamento G5.101 permane la contrarietà del parere.

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, esprimo parere conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G5.100 (testo 2) non verrà posto ai voti.

Metto ai voti l'ordine del giorno G5.101, presentato dalla senatrice Castellone e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Gli emendamenti 5.0.15 e 5.0.100 sono improponibili.

L'emendamento 5.0.101 è improcedibile.

Metto ai voti l'emendamento 6.3, presentato dal senatore Magni e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 6.5, presentato dalla senatrice Pirro e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Senatrice Naturale, accetta la riformulazione dell'ordine del giorno G6.100?

NATURALE (*M5S*). Sì, Presidente, l'accetto.

PRESIDENTE. Essendo stato accolto dal Governo, l'ordine del giorno G6.100 (testo 2) non verrà posto ai voti.

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Signora Presidente, chiediamo di sottoscrivere l'ordine del giorno G6.100 (testo 2).

PRESIDENTE. La Presidenza ne prende atto.

Gli emendamenti da 7.100 a 7.16 sono improcedibili.

DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Signora Presidente, mi risulta ancora in valutazione una formulazione alternativa del testo dell'emendamento 7-bis.100, il cui esame era rimasto sospeso da parte della 5ª Commissione. Non so se ci sia la possibilità di sospendere cinque minuti la seduta per valutarla; in caso contrario, ritirerei l'emendamento.

PRESIDENTE. Chiedo al presidente della Commissione bilancio, senatore Calandrini, se ci sono novità al riguardo.

CALANDRINI (*FdI*). Signora Presidente, sì, ci sono novità. Il parere è arrivato. Sull'emendamento vi era un invito al ritiro da parte del Governo, ma mi sembra corretto sentire il senatore Durnwalder, che ne era il primo firmatario.

DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Signor Presidente, se al Governo non risultano formulazioni alternative accoglibili, allora ritiro l'emendamento.

PRESIDENTE. L'emendamento 7-bis.100 è stato dunque ritirato. Gli emendamenti 7-bis.0.100 e 7-bis.0.101 sono improcedibili.

Passiamo alla votazione finale.

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Signor Presidente, pochi temi come la sanità minano in profondità la fiducia fra lo Stato e i cittadini e pochi temi, come le interminabili liste d'attesa, suscitano indignazione e rabbia. Pensiamo tutti che sia inaccettabile il trascorrere di mesi, qualche volta di anni, prima di poter fare una TAC o una mammografia.

Tutto questo, ovviamente, come ci ricordano i medici, ha un effetto economico e anche sul tema della prevenzione e sulla salute dei cittadini. È quindi evidente che il diritto alla salute rappresenta la prima preoccupazione dei cittadini. Di fronte ai cambiamenti strutturali, come l'invecchiamento della popolazione e i ritardi interminabili dopo il Covid-19, tutto questo porta alla necessità e all'urgenza di una riorganizzazione della sanità.

I risultati sono sotto gli occhi di tutti e, poiché siamo intellettualmente onesti, non attribuiamo la responsabilità di questa vera e propria emergenza solo a questo Governo e, anche dai banchi dell'opposizione, proviamo a fare la nostra parte.

Come ha ricordato recentemente la Corte dei Conti, la spesa sanitaria *pro capite* è la metà di quella tedesca e purtroppo la previsione per i prossimi anni parla di un definanziamento della sanità, così com'è evidente a tutti la scarsità di risorse umane: è diminuito di 25.000 unità il servizio sanitario nazionale.

Questi dati, con questa scarsità di risorse economiche ed umane, e la sfida di rivedere e di ripensare la sanità imporrebbero in quest'Aula magari un po' di silenzio, signor Presidente. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha assolutamente ragione, senatrice Gelmini, la interrompo un momento, ma tanto le restituisco il tempo.

Colleghi, siamo alle dichiarazioni di voto. Non è sanzionata la mancata presenza in Aula, anche se questa sarebbe auspicabile. Chi non intende ascoltare è pregato di allontanarsi; diversamente, di abbassare il volume e consentire a tutti noi di seguire il dibattito in Aula.

GELMINI (*Misto-Az-RE*). Grazie, signora Presidente.

Come dicevo, di fronte a questo quadro, credo che la politica sia chiamata ad evitare contrapposizioni sterili e a mettere davvero da parte ogni forma di partigianeria e di ideologia per provare a trovare delle soluzioni. D'altronde, il nostro non è l'unico Paese alle prese con questa sfida: è toccato in Gran Bretagna al Governo di Tony Blair, che ha dovuto affrontare una riforma della sanità e lo ha fatto sicuramente stanziando più risorse, ma al tempo stesso puntando sull'integrazione dei servizi, su una maggiore formazione da parte degli operatori sanitari, sulla valutazione delle *performance* e anche sul maggior coinvolgimento dei privati.

Purtroppo in Italia le cose stanno andando diversamente. Abbiamo assistito a una tensione con le Regioni, anche con quelle che hanno lo stesso colore politico della maggioranza. Il principio ispiratore di questo provvedimento lo ha ricordato ieri Carlo Calenda e noi lo condividiamo. La volontà di abbattere le liste d'attesa è ovviamente un fatto sacrosanto, però è chiaro che il decreto-legge in esame mette in ordine alcuni interventi che sarebbero anche di buon senso; lo ha sottolineato durante le audizioni Walter Ricciardi, che ha giustamente ricordato come non basti l'aumento delle risorse, ma serva incrementare il personale, migliorare la gestione, puntare sulla telemedicina, sulle cartelle cliniche elettroniche e anche - perché no - sull'intelligenza artificiale e su un maggior coordinamento tra gli ospedali e il territorio. Queste misure quindi non solo da noi sono condivise, ma durante l'*iter* della precedente legge di bilancio, come Azione, avevamo avanzato esattamente le stesse proposte.

Cosa non ci convince e cosa non funziona all'interno del provvedimento? Sappiamo tutti che per abbattere le liste d'attesa servono almeno due miliardi, in un contesto nel quale è ormai quasi certo il ritorno dei vincoli rigidi del Patto di stabilità. Se questo decreto-legge è stata la risposta del Governo e della maggioranza, è chiaro che stanziare un quarto delle risorse necessarie per abbattere le liste d'attesa non è quello che ci saremmo aspettati.

Consentitemi però di dire che la retorica opposta, quella utilizzata dall'opposizione e dal Partito Democratico, non ci convince. L'abbiamo fatto tutti, ma qualche volta credo che su un tema così serio come questo si debba evitare di costruire da parte dell'opposizione coperture che di fatto sono sostanzialmente molto difficili, se non impossibili. Noi pensiamo che, tra la scarsità delle risorse stanziate dalla maggioranza e la moltiplicazione dei pani e dei pesci da parte dell'opposizione, quest'Assemblea dovrebbe fare un supplemento di riflessione e anche con dei sacrifici, perché è chiaro che trovare queste risorse non è facile. Se però pensiamo davvero che quello alla salute sia il primo diritto che la Carta costituzionale garantisce, allora qualcosa in più bisogna fare e questo provvedimento sicuramente non basta. Siamo quindi chiamati tutti a trovare delle risorse; noi come Azione lo ab-

biamo fatto, pescando anche da un provvedimento doloroso, perché il taglio al cuneo fiscale per noi è una cosa seria. Se però le risorse non ci sono, due miliardi si possono prendere anche dal taglio del cuneo pur di evitare e di contrastare le liste d'attesa. Se poi ci sono risorse che avanzano sul reddito di cittadinanza, utilizziamo quelle prima di incidere sul taglio del cuneo, ma utilizziamo coperture vere e diamo ai cittadini risorse vere per abbattere le liste d'attesa.

Noi purtroppo pensiamo che questo provvedimento, che nelle linee di indirizzo sarebbe pure simile alle proposte di Azione, non raggiunga il risultato, quindi esprimeremo voto contrario.

Rimaniamo però pronti, pur dai banchi dell'opposizione, a sostenere vere coperture, perché abbattere le liste d'attesa non è solo conforme alla Costituzione, ma è un dovere in un Paese che invecchia, viene dalla pandemia e dal Covid e ha diritto, da parte della politica, alla serietà e ad impegni concreti. (*Applausi*).

GUIDI (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUIDI (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*). Signora Presidente, colleghi e colleghe, membri carissimi del Governo, non posso iniziare il mio intervento parlando in termini generali, quindi parto da me, non per narcisismo, ma perché credo che alcuni sentimenti che hanno vissuto con me per tanti anni - a proposito, auguri al presidente La Russa - mi permettono, con l'umiltà che non ho sentito mai ieri dai membri dell'opposizione, di fare alcune considerazioni che arrivano ad oggi.

Ho sentito dire oggi che la Germania complessivamente spende più di noi. Non è questo che conta, quello che conta è spendere bene. In Germania credo che esistano ancora i manicomi e non esiste una reale integrazione scolastica. Perché ne parlo? Perché io, pur essendo belloccio, bravino e ora pure abbronzato, riuscivo a camminare dopo tanti anni, ma sono stato rifiutato a scuola fino al liceo e sono riuscito a vivere a spese dei miei parenti. Mia mamma, Leonilde, una grande leonessa, comprò e mise in cucina un banco per me. Tra l'altro era pure azzurro, non giallorosso, ma io ricordo con orrore quel banco, perché mentre stavo lì a patire la solitudine, sentivo per strada, nel quartiere Flaminio, sciamare i miei colleghi, piccoli alunni, ridere, scherzare, fare le botte e imparare il gioco meravigliosamente crudele della vita. A me quel cavolo di banco azzurro mi è rimasto impresso, lo ricordo tutte le sere. Poi ho avuto qualche piccolo successo e qualche piccolo momento di vita vera, anche oggi, ma le ferite create da quel banco fasullo non me le ha mai levate nessuno, nemmeno oggi che ho il grande onore di parlare come membro del Senato in quest'Aula, perché certe realtà che ti si negano ti rimangono per sempre.

Allora io sono orgoglioso di questo Paese che combatte contro il sorvegliare e il punire e che cerca di sostenere la scuola di tutti per tutti,

perché, se cominciamo a delegittimare e a delegittimarci, che ruolo abbiamo? (*Brusio. Richiami della Presidente*).

E arrivo a ieri, sempre ritenendomi orgogliosissimo di vivere e di aver fatto il medico, io che ho subito torti anche dai medici.

Le giuro, signor Presidente, che non è stato facile laurearmi e specializzarmi alla Cattolica, perché sempre veniva fatto il sorrisino, anche da chi mi dava il 30 e lode, che forse pensava che mi si stesse dando la licenza di uccidere, come se mi proponessi di fare il neurochirurgo, che non credo sia possibile.

Dal centro della mia infanzia arrivo a ieri, quando ho sentito qualcosa di incredibile, inaccettabile e, se vogliamo, di sciocco: un attacco totale della minoranza a qualcuno di noi definendoci brutti, sporchi e cattivi, ma dando - l'ho seguito con attenzione, anche se nel rispetto delle minoranze, con un po' di preoccupazione e di ribrezzo - pochissimi suggerimenti. C'è stato persino l'attacco del senatore Magni - che, chiamandosi Celestino, potrebbe essere più dolce e urlare di meno, perché non ce n'è bisogno per avere ragione - a tre emendamenti della maggioranza per migliorare la possibilità di donare il sangue attraverso l'Associazione volontari italiani del sangue (AVIS). Forse ci vorrebbe lo psichiatra più che il politico, in questo caso.

Oggi è andata un pochino meglio, c'è un clima leggermente più positivo. Perché dico questo? Perché non si può delegittimare senza proporre, dicendo che questo provvedimento è uno *spot* elettorale: a parte che non è vero, ma si vota talmente spesso che qualsiasi provvedimento purtroppo diventa, per coincidenza anche non voluta, uno *spot* elettorale. Vogliamo cominciare a entrare nel merito, colleghi? (*Applausi*). Proponiamo cose alternative. Io faccio il medico, posso criticare il collega per una terapia, persino la psicoterapia la considero in certi casi, pur praticandola, un momento di oppressione invece che di liberazione, a seconda di chi la fa. Ho un po' la puzza sotto il naso e mi sono fatto qualche avversario, ma mai nemico. Forse è questo quello che ieri mi è venuto in mente con più forza. Ma perché, se si pensa in maniera diversa - mi viene il dubbio che non si pensi affatto, ma lasciamo stare - l'avversario deve diventare un nemico da delegittimare ad ogni costo? Persino il mio scooterino tanto carino può diventare un momento di oppressione per chi non sa capire quanto mi costa non usare più le mie gambe che per cinquant'anni e forse più ho usato, avendo il privilegio - questo sì - di essere fra i primi ad avere la fisioterapia in Italia negli anni Quaranta e Cinquanta.

Colleghi, quasi tutto quello che è in corso di discussione appartiene all'apparato regionale di devoluzione (giusto o sbagliato che sia: se è sbagliato, assumetevne la responsabilità). Ma se il Governo Meloni, che condivido con il cuore, si è preso l'impegno di ridiscutere e riproporre in maniera realistica e concreta, certo sapendo benissimo la complicatezza di quello che si vuole discutere, chi ce l'ha fatto fare?

Ce l'ha fatto fare il voler riproporre con forza, anche con dolore, un argomento essenziale, perché - e lo dice uno che non si è negato qualche malattia, oltre alla cura degli altri - l'attesa è qualcosa di incredibilmente negativo. Questo non lo dicono solo le associazioni che stimo, ma anche io stesso.

Avviandomi alla conclusione, signora Presidente, anche se ho perso un pochino più di tempo per cercare di superare il brusio, sempre affettuoso nei miei confronti, credo che dobbiamo rispettare la proposta del Governo, delle Commissioni e dei colleghi Zaffini e Zullo, che sono amici cari, perché dobbiamo riproporre con coraggio e non con delegittimazione sciocca l'argomento dell'attesa, perché ripropone l'intero assetto della sanità, della salute e della prevenzione in questo periodo post-pandemico su cui vorrei tornare a riflettere.

Mi avvio a concludere, anche perché la voce comincia a mancarmi per l'emozione: sono molto emozionato ogni volta che parlo in quest'Aula (*Applausi*), perché credo che qualcuno mi ascolti; magari mi delegittima, ma è sempre un momento di storia, che forse rivedranno i miei figli. Scusate, sono un po' rimbambito, poi il senatore Zaffini mi sta guardando: mi era antipatico, ma è diventato il mio migliore amico e anche un po' terapeuta. Lo rivedranno i miei figli, l'attuale moglie, persone che non conoscerò mai, forse quelle che contano di più: non ti conoscono, non ti votano e non ti dovranno mai dire grazie (perché anche dire grazie è un ricatto). Ma io oggi mi sento libero di parlare con voi, sapendo che qualcuno mi apprezzerà; tanti mi dimostreranno di essere contrari e li ringrazio, perché essere contro un disabile è sempre un momento di parificazione senza pietismo (quello che non ha Maria Giovanna quando è dura con me: insomma, mi picchia e cerco di evitarlo, perché è più alta di me e più forte).

Signora Presidente, ogni mattina il gallo canta, fa chicchirichì e dice: vedi quanto sono potente? Il sole sorge perché dico chicchirichì. Ragazzi, amici e amiche, non fate chicchirichì. Collaboriamo insieme, anche dimostrando di non apprezzare certi momenti, ma senza deliri di onnipotenza, che fanno male a tutti, e senza - concludo davvero e mi scuso - vedere l'avversario come un nemico, perché io non ci sto: all'avversario che mi dimostra di essere tale io do una carezza, ma se mi vede come un nemico, io gli do un cazzotto e so come farlo. Grazie Presidente e viva la vita. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Senatore Guidi, posso rassicurarla sul fatto che la Presidenza è custode del dibattito dell'Assemblea, delle libertà e, ovviamente, anche della vivacità del dibattito.

DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DURNWALDER (*Aut (SVP-PATT, Cb)*). Signor Presidente, quello delle liste d'attesa è uno dei problemi più gravi del nostro sistema sanitario. Negli ultimi anni, in numerose Regioni italiane, i tempi d'attesa per visite specialistiche, esami diagnostici e prestazioni ambulatoriali si sono dilatati a dismisura. Per queste ragioni, se da un lato condividiamo l'obiettivo di ridurre i tempi d'attesa, dall'altro non condividiamo il metodo alla base di questo provvedimento.

Serviva un confronto preventivo con le Regioni e le Province autonome. Si è deciso invece di calare dall'alto, nella forma di un decreto-legge, decisioni che poco si conciliano con la natura regionalista del Servizio sanitario e il principio di leale collaborazione che dovrebbe contraddistinguere il rapporto tra lo Stato e le Regioni.

In particolare, con l'articolo 2 si stava andando a intaccare una competenza che è in capo alle Regioni, quasi con un paradosso: da un lato l'autonomia differenziata, dall'altro una legge su una materia così sensibile con un deciso profilo centralista. Questo è stato ancora più grave per le Regioni e le Province autonome, le quali - va sottolineato - provvedono autonomamente al finanziamento del sistema sanitario con risorse interamente provenienti dal proprio bilancio. In tal senso, è doveroso ricordare in quest'Aula la sentenza n. 80 del 2007 della Corte costituzionale, la quale indica espressamente che le funzioni di verifica delle liste d'attesa rientrano nella potestà legislativa ed amministrativa attinente al funzionamento e alla gestione di istituzioni ed enti sanitari, attribuita alle Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il confronto successivo, con l'accoglimento di alcuni nostri emendamenti, è riuscito a mitigare il rischio di una lesione delle prerogative delle autonomie speciali. Le nostre competenze vengono salvaguardate, anche se permangono ancora alcune criticità.

Per questo motivo, abbiamo ripresentato in Aula emendamenti all'articolo 2 per l'esplicita esclusione delle autonomie speciali e sulla clausola di salvaguardia rinforzata, che purtroppo non sono stati accolti.

Presidente, per affrontare davvero il problema delle liste d'attesa servono risorse e personale; senza di essi il riconoscimento e il rimescolamento della *governance* o l'esercizio di indebite pressioni sulle Regioni sono solo un gioco a somma zero. Nella nostra terra siamo ogni giorno impiegati per garantire una sanità pubblica sempre all'altezza e questo nonostante il problema, ormai cronico, di carenza di personale medico e paramedico. Ringraziamo il relatore, il Presidente della Commissione e il Governo per le migliori al testo e per il clima di attenzione e ascolto che c'è stato questa settimana in Commissione.

Come lei sa, Presidente, nel nostro Gruppo convivono sensibilità e provenienze politiche differenti, pertanto ciascuno di noi esprimerà liberamente il proprio voto sul provvedimento al nostro esame. (*Applausi*).

RENZI (*IV-C-RE*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RENZI (*IV-C-RE*). Signora Presidente, signori Sottosegretari, onorevoli colleghi, il tema della sanità meritava un dibattito più alto di quello che abbiamo fatto, non tanto noi in Parlamento, in Senato, nelle Commissioni, ma noi come soggetti politici. Ho molta stima del senatore Guidi, che però si è lamentato del fatto che abbiamo definito uno *spot* elettorale un decreto-legge sulle liste d'attesa annunciato ai TG nella settimana precedente alle

elezioni europee: siamo stati fin troppo buoni. Infatti i dottori, gli infermieri, i malati e coloro i quali ricevono una diagnosi... (*Brusio*).

PRESIDENTE. Mi scusi, senatore Renzi, senatore Paroli, rischiamo di sentire più lei che il senatore Renzi.

RENZI (*IV-C-RE*). Signora Presidente, ha un compito incredibile: cercare di migliorare e di portare alla buona educazione il senatore Lotito è un'operazione alla quale neanche la Presidenza del Senato potrà mai arrivare. Quindi apprezzo il suo tentativo di chiedere a Lotito di essere una persona...

PRESIDENTE. Però stavolta è incolpevole.

RENZI (*IV-C-RE*). Lotito è quello sopra, quindi tranquilli, non è un problema. È però la dimostrazione, in una foto, di quello che sta facendo questa maggioranza: utilizza il tema della sanità per prendere un voto, ma non affronta le questioni reali, facendolo a fronte di una disponibilità di tutte le opposizioni, in modo diversificato, a dare davvero una mano su questi temi. Non lo avete fatto, colleghi, e avete scelto la strada della propaganda.

Dall'altro lato, signora Presidente, questo atteggiamento populista è confermato da chi dice - in questo caso, dall'opposizione - che negli ultimi vent'anni tutti i Governi hanno tagliato. Siamo in presenza di un dibattito falso, di una *fake news* trasformata in dibattito parlamentare. Non è vero che le liste d'attesa si risolvono con questo decreto-legge e non è vero che negli ultimi vent'anni tutti i Governi hanno tagliato. È vero invece il contrario, cioè che tutti i Governi hanno investito di più, magari non a sufficienza, magari non quanto vi sarebbe stato bisogno, ma tutti i Governi hanno messo più soldi. Solo che, nel dibattito politico, il racconto è sempre lo stesso.

Faccio degli esempi concreti. Quando nel 2014-2015 la collega Lorenzin, allora Ministra, mise un miliardo di euro in più sul fondo sanitario, quel miliardo di euro in più sapete su cosa andò? Sul fondo farmaci innovativi. Sapete cos'è quel fondo farmaci innovativi? È il fondo che finanzia la risoluzione dei problemi - lo sottolineo - per i malati di epatite C. Diamo dei numeri, per fare un dibattito serio, anziché i vostri *slogan*: 237.000 persone sono guarite dall'epatite C, perché fu stato messo un miliardo di euro su quel fondo. Allora siete populistici a dire che non si sono messi soldi in più. E sono populistici anche quelli che, dall'opposizione, dicono che tutti i Governi hanno tagliato e adesso arrivano loro. Non è così. Tutti i Governi hanno messo più soldi; il punto è dove sono stati messi. Ancora una volta, volete fare uno sforzo per essere un pochino all'altezza delle aspettative dei malati, degli infermieri e dei medici? Il punto è come si spendono questi soldi.

Report dell'Università Bocconi, centralizzazione degli acquisti: è un'operazione lanciata dall'ex collega Gutgeld, allora commissario per la revisione della spesa. Viene lanciata nel 2014 ed entra in vigore nel 2016-2019. Nel 2016-2019 i bandi per l'acquisto di prodotti nel mondo della sanità valgono 116 miliardi di euro. Grazie alla razionalizzazione - che vuol dire centralizzazione - c'è un risparmio del 23 per cento (cioè lo sconto medio

sull'acquisto è del 23 per cento). Quando lo faceva il singolo ospedale, lo sconto medio era del 4 per cento. Capite cosa significa questo? Significa che ci sono circa 6-7 miliardi di euro all'anno di risparmio per lo Stato, che non è che sono messi in bilancio con un segno negativo davanti sulla sanità, ma vengono spesi per altre questioni.

Questo vostro dibattito sul mettere un miliardo in più o un miliardo in meno intanto è falsato, perché basterebbe un qualsiasi normale studente di economia per capire che mettere un miliardo di euro in più quando c'è la deflazione (e spero di non dover spiegare cosa sia), cioè quando sostanzialmente il costo della vita è piatto, è diverso dal mettere un miliardo in più quando c'è l'inflazione. È vero che in questi anni il Governo ha messo più soldi, ma, se l'inflazione solo per la bolletta energetica dell'ospedale si mangia tutto l'aumento, è chiaro che stiamo prendendo in giro i malati, una volta di più. Ed è inutile che il Governo continui a dire "abbiamo messo più soldi di tutti gli altri", perché per forza ogni anno si mettono più soldi: è un aumento, come dire che quest'anno voi siete i *recordman* del debito pubblico; è ovvio, perché ogni anno si aumenta il debito pubblico, ma questo richiedeva un ragionamento serio e non giocare con gli *slogan*, come avete fatto.

Nella parte finale dell'intervento veniamo ad alcune proposte concrete. Il mondo della sanità sta cambiando. Rispetto a dieci o a vent'anni fa, le malattie rare hanno totalmente modificato il proprio impatto sulla vita quotidiana. Negli ultimi tre anni l'età media (l'aspettativa di vita) è cresciuta di un anno. La mortalità - o, meglio, più correttamente, la riduzione della mortalità per le malattie croniche - è del 35 per cento. Oggi chi ha una diagnosi di tumore vive in media molto più a lungo di quello che accadeva vent'anni fa. Capite che questi argomenti, legati all'allungamento dell'età media, portano a un cambio radicale?

Quali sono i nostri punti di forza? La tecnologia, signora Presidente, di cui non si è parlato, se non per *spot*. L'intelligenza artificiale è il nostro alleato più grande nella gestione della sanità. Ci sono Paesi - il Sudafrica, l'India o i Paesi asiatici - che stanno investendo nell'intelligenza artificiale per la gestione degli infarti e oggi almeno 10 milioni di casi di infarti sono gestiti attraverso strumenti di tecnologia e di intelligenza artificiale. L'mRNA, cioè lo strumento che ha permesso il vaccino, è una tecnologia che applicata al tumore o all'HIV può arrivare a risolvere definitivamente il problema di alcuni settori e di alcune forme tumorali.

Il mondo cambia e sapete qual è il Paese più forte in Europa - alla faccia di quelli che raccontano che va tutto male - nel settore farmaceutico e nell'innovazione ad esso applicata? È l'Italia. Negli ultimi vent'anni le aziende italiane - quelle che venivano definite piccole e medie imprese e che dovevano fallire secondo i grandi esperti economici - sono cresciute. Tali aziende sono cresciute e hanno fatto acquisizioni. Guardatevi i *report* di Farindustria. È una realtà che occupa 70.000 persone con gli investimenti diretti e arriva a 150.000 con il primo indotto, quello immediato.

**Presidenza del presidente LA RUSSA (ore 12,32)**

(Segue RENZI). Questi numeri sono usciti dal nostro dibattito perché dovevamo fare un dibattito buono per i TG per dire che riduciamo le liste d'attesa. Ma per ridurre le liste d'attesa devi innanzitutto chiarire a te stesso qual è la riorganizzazione che immagini, quanta tecnologia vuoi mettere e quali investimenti vuoi fare in prospettiva. Da qui a vent'anni, infatti, vivremo tutti più a lungo, o almeno ce lo auguriamo (l'età media sicuramente crescerà) e cambierà totalmente il modello di organizzazione della sanità.

Prima la collega Gelmini raccontava il cambiamento fatto da Tony Blair nella sanità inglese. Proprio qualche giorno fa Tony Blair presentava per il Governo Starmer, il nuovo governo laburista del Regno Unito, un modello in cui l'intelligenza artificiale porta nella prevenzione a migliorare di gran lunga le *performance* e i risparmi, che vanno a favore della media, della classe operaia, di quelli che non ce la fanno più, della *middle class*.

In conclusione, signora Presidente, il mio è un annuncio di voto contrario rispetto a questo provvedimento *spot* del Governo, ma è anche, con il cuore in mano, un invito a questo Senato: quando si parla di sanità, non si parla di un problema come gli altri, perché chi ha un problema sanitario da noi si aspetta risposte all'altezza della propria sfida. Se tu hai un tumore o una diagnosi di Parkinson, non vuoi che il Parlamento si metta a discutere per prendere tre *like* o tre voti in più; ti aspetti che quel Parlamento sia all'altezza dei sogni e delle aspettative degli italiani. Io penso che come organizzazione, come capitale umano, come ricerca, come dimensione industriale e persino come ecosistema legato alla finanza e al *venture capital* legato alla sanità, noi possiamo fare molto di più, però bisogna avere un Parlamento della Repubblica che su questi temi gioca con parole da adulti e non con l'atteggiamento di reciproci *spot* che la maggioranza ha imposto, scegliendo di fare un decreto-legge nella settimana elettorale. Che ci fossero le liste d'attesa, cara Presidente Meloni, ve ne siete accorti soltanto a dieci giorni dalle elezioni? E siccome poi non siete riusciti a trovare un accordo, ci avete fatto passare le giornate in attesa di trovare il vostro accordo sul benedetto articolo 2: siete davvero convinti che quello non fosse uno *spot*?

Allora, giocate da adulti e troverete la nostra collaborazione e la nostra sfida. Se continuate con gli *slogan*, state prendendo in giro noi, perché potete farlo, ma prendete in giro gli infermieri, che avete chiamato "eroi" durante il Covid, i medici, che sono sempre meno, e soprattutto i malati, ma questo non ve lo consentiamo. (*Applausi*).

MAGNI (*Misto-AVS*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAGNI (*Misto-AVS*). Signor Presidente, onorevoli colleghi, sul decreto-legge al nostro esame mi sono espresso ieri usando una certa terminologia, che tendo a riconfermare oggi. Ognuno di noi interviene con i suoi argomenti e una cosa posso certamente sottolinearla: ascolto molto le opinioni degli altri, il che non vuol dire ovviamente che sia d'accordo. Lo dico perché magari alcune volte alzo la voce, però questo è il mio modo di fare, quindi

accetto il punto di vista degli altri, ma non sono disponibile ad accettare prediche per come mi comporto.

Detta questa battuta iniziale, vorrei che ragionassimo tra di noi in modo pacato. Questo decreto-legge ha avuto un percorso che, in due anni di legislatura, nessun altro ha avuto, ed è per questo che - lo sottolineo - penso sia un provvedimento inutile. A nostro avviso, infatti, esso non affronta il tema che è molto sentito dai cittadini italiani. I cittadini e le cittadine...

PRESIDENTE. Senatore Renzi, non disturbi. Scherzavo, perché non stava disturbando così tanto. Forse era Lotito che disturbava più di Renzi.

MAGNI (*Misto-AVS*). Posso riprendere?

PRESIDENTE. Prego.

MAGNI (*Misto-AVS*). Dicevo che le liste d'attesa è uno dei temi più sentiti: come sapete tutti, ci sono comitati, iniziative, raccolta di firme. Tendenzialmente in questi anni il sistema sanitario è scivolato su questo terreno in particolare ed è entrata la sanità privata. Parliamoci chiaro: vogliamo discutere seriamente? Ad esempio, non ho sentito una parola in questa discussione sul ruolo dei medici di famiglia. Forse sono io che sono anziano, ma le persone della mia età sanno che i medici di famiglia fino a pochi anni fa sostanzialmente erano quasi tutto per quanto riguarda il rapporto con il paziente, e molto spesso erano loro a fare delle diagnosi. Oggi vai dal medico, ti fa la ricetta e ti dice di andare a fare l'ecografia o altre cose. Questo perché si è svuotato il ruolo dei medici di famiglia. Tutti sanno che c'è la questione dei presidi ospedalieri, che si sono ridotti e si va in questa direzione.

Circa la piattaforma che viene istituita, io sono perché se ne discuta, perché a me sono capitati personalmente due casi: mi sono fatto male e due giorni dopo nell'ospedale del mio territorio non erano in grado di sapere quali analisi e radiografie mi avevano fatto due giorni prima a Padova, ed io sono andato a Lecco; nel secondo caso, dovevo spostare una residenza tra Lecco e Como, che sono confinanti, ma non funziona il sistema. So benissimo che queste sono lungaggini del sistema sulle liste d'attesa.

Si vogliono colpevolizzare i cittadini? Ho sentito degli interventi in cui si affermava che i cittadini prenotano le visite e poi non le disdicono. Quindi bisogna punirli? Forse bisogna avere un sistema che risolva problemi del genere.

C'è però un fatto preliminare che va affrontato: ogni Regione ha il suo sistema, il suo modo di operare, *ergo* bisogna affrontare quel tipo di tema. Non penso che adottando un punto di vista impositivo si risolvano i problemi. La proposta che era prevista dall'articolo 2, che poi è stata modificata e riformulata, prevedeva una funzione nazionale che aveva il controllo su tale questione.

Vogliamo affrontare il problema di ridurre le liste d'attesa? C'è la telemedicina. Si diceva prima: come utilizziamo la tecnologia? Quale indirizzo diamo? Mi paiono cose molto importanti. Non sono un medico e, quindi, non mi permetto di fare osservazioni al riguardo, ma ho seguito molte audi-

zioni e tutti hanno detto che, per affrontare questo tema, bisogna aumentare il personale. Ripeto che non l'ho detto io. Se abbiamo medici e infermieri che vanno all'estero, ci sarà una ragione: probabilmente sono meglio pagati, probabilmente hanno un trattamento diverso. E noi pensiamo di risolvere il problema delle liste d'attesa aumentando gli straordinari, facendo lavorare il sabato e la domenica. A me pare un'impostazione sbagliata: è un'opinione, ma posso non essere d'accordo su una cosa che - a mio avviso - non risolverà niente da questo punto di vista?

Si dice che, per fare questo, ci vogliono le risorse. Le risorse si possono trovare, ma si tratta di capire anche in questo caso: spendere meglio è giusto, anzi è corretto e doveroso spendere il meglio possibile, anche perché i soldi sono dei cittadini e delle cittadine italiani, di quelli che pagano le tasse. Quindi, lo Stato deve spendere meglio da questo punto di vista. Però che senso ha? Se uno guarda le classifiche, il ragionamento è sul rapporto tra PIL e spesa sanitaria; tutti lo calcolano così, in Germania, in Francia e in Gran Bretagna, tutti vanno in questa direzione. È chiaro che c'è un andamento, ma è vero che dal 7 per cento passiamo al 6,2 per cento di spesa complessiva, oppure è un'invenzione? È scritto nelle carte previste dal Governo, che hanno dimostrato che si va in questa direzione.

Ripeto: il problema è se noi affrontiamo il tema e cerchiamo ognuno di dare un contributo che va in una certa direzione, oppure pensiamo che basti fare un decreto propagandistico - come ho detto - perché è così; addirittura si affermava che si poteva abbattere il blocco della spesa sanitaria. Questo era scritto ed è stato dichiarato, ma non c'è.

Infine, risponde o no a verità che in questo decreto è uscito un conflitto politico dentro la maggioranza che ci ha occupati una settimana? Tant'è che - l'ho detto anche ieri - un emendamento a mia prima firma e del mio Gruppo era uguale all'emendamento presentato dalla Lega; se avessimo votato, in questo caso sarebbe andato sotto il Governo. Questi sono i problemi.

È per queste ragioni che votiamo convintamente contro il decreto-legge in esame.

SILVESTRO (*FI-BP-PPE*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SILVESTRO (*FI-BP-PPE*). Signor Presidente, colgo l'occasione per farle gli auguri di buon compleanno. (*Applausi*).

PRESIDENTE. La ringrazio. L'applauso, colleghi, è troppo. Approfitto per dire che nella giornata di oggi è anche il compleanno della senatrice Stefani nonché dei senatori Lorefice e Gasparri. Fate l'applauso anche a loro. (*Applausi*). Almeno, mal comune mezzo gaudio.

SILVESTRO (*FI-BP-PPE*). Innanzitutto, bisogna evidenziare che questo decreto-legge ha un merito evidente ed immediato: quello di aver messo al centro dell'attenzione parlamentare il tema delle liste di attesa.

Il decreto-legge entra puntualmente nel merito dei problemi della sanità, che causano le liste d'attesa, proponendo delle soluzioni, alcune immediatamente vigenti, altre che necessitano di disposizioni applicative, altre che vengono anticipate e che faranno parte del complesso di norme che formeranno il pacchetto sanità in occasione della legge di bilancio. È evidente a tutti che la stagione di un sistema complesso come il Servizio sanitario nazionale, assieme a ventuno sistemi regionali, dovrà passare attraverso la manovra per il 2025 e gli anni successivi, perché manifesto a chiunque che il Sistema sanitario pubblico necessita di risorse economiche per essere migliorato.

Anche la riscrittura dell'articolo 2, durante l'esame della Commissione affari sociali, ha dimostrato quanto la dinamica Regioni-Stato sia sempre presente. Le Regioni custodiscono gelosamente le proprie competenze, la sanità necessita di migliori condizioni stipendiali per chi vi lavora, spesso con enorme spirito di dedizione e sacrificio, anche per evitare l'esodo verso l'estero delle figure più qualificate. Ecco che la manovra, che detassa gli straordinari dagli operatori sanitari, certamente va già nella stima della maggiore disponibilità oraria dei medici e infermieri.

Ma il sistema sanitario necessita anche di un complesso intervento di organizzazione degli spazi e delle strutture dedicate alla salute dei cittadini. Al contempo, come abbiamo visto, in alcune Regioni il modello organizzativo del privato convenzionato funziona e, soprattutto, rappresenta un forte stimolo a migliorare quello delle strutture pubbliche. Certamente il tema che rimane è mettere in campo le verifiche più opportune sulle liste d'attesa, anche su segnalazione dei cittadini, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti.

Altro passo in avanti è l'adozione di linee guida omogenee in tutta Italia sui sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione; così come si prevede che vi siano agende dedicate per le prestazioni dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). In tal senso, non si potranno chiudere o sospendere le attività di prenotazione che riguardano i livelli essenziali di assistenza e si pongono le basi per dare garanzia all'erogazione delle prestazioni utilizzando l'attività professionale intramuraria, ma anche il privato accreditato con le tariffe nazionali vigenti.

Bene, come detto, l'imposta sostitutiva del 15 per cento sugli straordinari: è un incentivo concreto e fa sì che ci si trattienga di più in ospedale senza dover perdere buona parte del premio della propria abnegazione. Sappiamo benissimo che l'aliquota marginale, cioè quella più alta, sostanzialmente dimezza il guadagno dello straordinario e quello non è certamente un incentivo a restare in corsia. Come diceva il presidente Berlusconi, c'è un momento dell'anno in cui si smette di lavorare per lo Stato e si comincia a lavorare per sé stessi. Ora si anticipa quel momento, almeno per il personale sanitario. Inoltre, poter lavorare anche il sabato e la domenica significa utilizzare non solo la forza lavoro, ma anche gli spazi e le macchine per la diagnosi in modo più completo. Si mettono quindi a fattore comune una plura-

lità di esigenze. Spesso le strutture e le macchine pubbliche vengono utilizzate per l'attività libero-professionale.

Prevedere un rapporto più equilibrato tra le esigenze dei professionisti, il loro reddito e lo smaltimento delle attività istituzionali è un altro passo in avanti. Si affronta quindi il tema della contrattazione integrativa da parte delle Regioni e delle Province autonome, che potranno valorizzare la professionalità di chi opera in ambito sanitario. Sono previste deroghe per potersi avvalere degli specialisti ambulatoriali già in servizio a tempo indeterminato ed è previsto l'aumento delle paghe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico.

Importante - a nostro avviso - è anche la possibilità per le Regioni e gli enti del Servizio sanitario di reclutare personale sanitario con contratto di lavoro autonomo. Viene poi affrontato il tema dei temi, quello della appropriatezza prescrittiva, posto che alcuni studi e *report* ritengono che le prescrizioni non appropriate siano addirittura una ogni tre. Attribuire alle prescrizioni una classe di priorità certamente può contribuire a smaltire le liste. Perfino il maggiore coinvolgimento dei cittadini sarà l'occasione per segnalare i disservizi delle strutture della sanità nella gestione delle liste. Un più puntuale coinvolgimento dei privati accreditati è un'altra via che va certamente percorsa ed è un altro modo per liberare le strutture ospedaliere che forniscono servizi simili.

Abbiamo inoltre apprezzato l'ascolto che la Commissione presieduta dal presidente Francesco Zaffini ha voluto dare agli esperti, alle associazioni dei lavoratori e dei pazienti, che hanno portato ciascuno la propria esperienza utile a completare il quadro normativo per affrontare in modo serio e non demagogico un problema che ogni giorno tocca la pelle dei cittadini.

Valutiamo inoltre positivamente l'accoglimento di diversi articoli proposti da Forza Italia, che ci auguriamo ora trovino attuazione nei prossimi provvedimenti. Ci rendiamo infatti perfettamente conto che alcune misure di questo decreto sono immediatamente operative, che altre invece necessitano delle disposizioni attuative e che altre ancora dovranno essere aggiunte, come peraltro ha già anticipato il ministro Schillaci.

Valutiamo il lavoro fatto finora certamente molto apprezzabile, in quanto segna un fondamentale cambio di passo verso una sanità più efficiente e più equa su tutto il territorio italiano. Per queste ragioni, annuncio il voto favorevole del Gruppo Forza Italia. (*Applausi*).

MAZZELLA (M5S). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAZZELLA (M5S). Signor Presidente, rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, devo confessarvi che ieri durante il dibattito mi sono sentito a disagio, perché ho ascoltato da questa maggioranza che il Sistema sanitario nazionale, tutto sommato, è in buona salute, dato che siamo uno dei Paesi più longevi al mondo e che quello che è stato fatto è il meglio di quello che si poteva fare; anzi, è stato fatto qualcosa che nessuno mai aveva fatto: il finanziamento maggiore in termini assoluti. Si è dimenticato di dire,

però, che è solo in rapporto al PIL che a livello internazionale si comparano i sistemi e che proprio in rapporto al PIL non è prevista alcuna crescita di spesa, ma è previsto un costante e lento sottofinanziamento.

A rafforzare, però, questa visione positiva del Sistema sanitario nazionale, la senatrice Musolino ha citato un sondaggio dell'istituto Piepoli che titolava: decreto liste d'attesa promosso dall'86 per cento degli italiani. Peccato però che la senatrice si è fermata al titolo senza approfondire, senza leggere le risposte che hanno dato gli italiani. Ebbene, il 41 per cento del campione ritiene che una delle tre misure più efficaci sia l'attivazione di un organismo di verifica e controllo presso le ASL per garantire il corretto funzionamento della gestione delle liste d'attesa con poteri di polizia amministrativa e giudiziaria. Proprio su questo punto, però, il ministro Schillaci e il Governo hanno dovuto fare marcia indietro. Il testo che approverete non ha più questo indirizzo, che è uno dei principali motivi per i quali l'opinione pubblica apprezzava questo decreto-legge.

Il secondo punto è che il 33 per cento apprezza questo decreto-legge ritenendo che la piattaforma unica nazionale per le liste d'attesa andrà a monitorare ogni tipo di prestazione. Vero? No, non è così. In audizione abbiamo appreso che le prestazioni, per esempio quelle di reumatologia, non potranno essere monitorate. Più scendiamo nel dettaglio e più emerge una realtà diversa da quella che ci è stata rappresentata qui agiograficamente, beatificando il ministro Schillaci.

Quale sarà il terzo motivo che spinge l'opinione pubblica a essere favorevole verso il decreto-legge in esame? È semplice: la possibilità di fare gli esami diagnostici nei *weekend*. Tutti siamo felici di ciò, ma per questa estensione di lavoro non sono previste nuove assunzioni: gli stessi operatori sanitari, tecnici di laboratorio, infermieri e operatori sociosanitari, gli stessi che hanno l'età media più alta d'Europa lavoreranno anche il sabato e la domenica. (*Applausi*). Ciò rende l'applicazione pratica della misura molto limitata: è uno spot pubblicitario senza personale e senza risorse aggiuntive.

Mi faccio una domanda: se gli italiani avessero saputo che tre delle misure ritenute più efficaci (tre su tre in realtà) non si possono realizzare e certamente non si realizzeranno, quale avrebbe potuto essere il risultato del nuovo sondaggio? Come si sentiranno oggi gli italiani?

Le lunghe liste d'attesa per visite specialistiche ed esami medici - come sappiamo - hanno causato e causano gravi ritardi nell'accesso alle cure: due milioni di persone hanno rinunciato a qualsiasi forma di cura. Purtroppo, l'aver snaturato l'indirizzo e le indicazioni contenute nel decreto-legge e l'aver messo la museruola al ministro Schillaci per tenere buono l'alleato Salvini non promettono nulla di buono per gli italiani, che hanno rinunciato alle cure per lunghi tempi di attesa.

Siamo delusi del fatto che le soluzioni da noi proposte non siano state prese in considerazione e che la problematica della sanità venga affrontata in modo così superficiale. Questa è un'opportunità persa per fare qualcosa di utile al Paese, invece di usare i decreti-legge per fini propagandistici. In sintesi, se non ci fosse stata questa situazione ostativa, avremmo potuto lavorare in Commissione per migliorare il provvedimento; invece siamo stati costretti ad aspettare il parere delle Regioni, che hanno ribadito la gestione re-

gionale della sanità e il ruolo dello Stato nell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Governo ha dovuto cedere alle Regioni nella stesura di una parte fondamentale del decreto-legge, ridimensionando il controllo da parte del Ministro della salute sulle liste d'attesa, evitando così l'invasione di campo. Questa non è già una rappresentazione plastica del conflitto Stato-Regioni che la scelta di un'autonomia regionale differenziata, imposta dalla Lega a questa maggioranza, acuirà ulteriormente?

In prospettiva è evidente che la scelta di concedere maggiore autonomia alle Regioni potrà esacerbare ulteriormente il conflitto Stato-Regioni, indebolendo l'azione dello stesso Esecutivo e, comunque, alimentando ulteriori conflitti tra le Regioni e lo Stato centrale, con possibili ripercussioni sulla coesione e l'unità del Paese.

Un Consiglio dei ministri che licenzia un testo, poi sbugiardato dai Presidenti della Regione, non perde di credibilità? Eppure il presidente Rocca ha dimostrato di voler affrontare il problema reale delle liste d'attesa, che è il potenziamento delle risorse del personale sanitario e la gestione del Fondo sanitario nazionale. Questo ci suggerisce che sta cercando una soluzione concreta e non sta solo facendo dichiarazioni vuote.

Il presidente Rocca, appartenente a Fratelli d'Italia e non certo una persona di sinistra, in Commissione ha chiesto un punto di caduta per affrontare il vero problema delle liste d'attesa, che è quello del potenziamento delle risorse del personale sanitario e della gestione della ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Dove lo dice? Dove si afferma questo? Lo si afferma nel documento della Conferenza Stato-Regioni, dove si scrive nero su bianco che, per avere un'efficace attuazione delle misure di contenimento dei tempi di attesa, è necessario disporre di congrue risorse economico finanziarie aggiuntive e di adeguate risorse umane. Ripeto: lo dicono le Regioni e noi, come Gruppo, abbiamo proposto emendamenti esattamente in linea con queste affermazioni delle Regioni, e cioè l'incremento del Fondo sanitario nazionale, l'istituzione di un fondo per un piano straordinario di assunzioni e di personale medico.

Presidente, per il suo tramite, dica alla presidente Meloni che la diagnosi è corretta, ma la terapia è sbagliata. (*Applausi*). Serve un Piano Marshall di assunzioni per abbattere le liste d'attesa. Basta *spot* propagandistici sulla pelle delle persone. Basta bugie, *slogan*. Manca tutto quello che vi abbiamo detto. Questo provvedimento è un piatto vuoto. Mi chiedo quale credibilità può avere un Governo che - da un lato - sventola la bandiera delle autonomie differenziate, accentuando la disuguaglianza tra le Regioni e - dall'altro lato - propone un provvedimento che nella formulazione originaria - ribadisco - così come uscito dal Consiglio dei ministri, avrebbe realmente ed efficacemente implementato un sistema di governo delle liste d'attesa di livello centrale, superando le attuali frammentarietà dei diversi sistemi regionali, in una cornice di effettività e di efficienza dell'offerta assistenziale e nella tempestività dell'accesso ai LEA, materia indiscutibilmente di competenza esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera *m*).

Il Governo, ostaggio della Lega, ha presentato un emendamento abrogativo dell'articolo 2, nucleo essenziale delle garanzie minime che avrebbero assicurato la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indi-

pendentemente dalla Regione di residenza. Il Ministro della salute ha tentato invano di dare effettiva cogenza a norme che erano già declamate nel piano nazionale di gestione delle liste d'attesa, che ora conserva un potere d'accesso presso le ASL, limitato alla verifica di efficienza e appropriatezza dei LEA, mentre è nata una figura nuova, il responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria, che in sostanza è un vero e proprio parafulmine dell'assessore o dei presidenti della Regione, che provvederà a valutare i conseguenti interventi.

Insomma, un pasticcio: se c'era qualcosa da peggiorare, ci siete riusciti. (*Applausi*). Quindi niente più visite ispettive, come voleva il Ministro; niente più segnalazioni dei cittadini o associazioni di categorie, come voleva anche il Ministro, come volevamo noi e come abbiamo proposto nei nostri emendamenti. Niente più segnalazioni di irregolarità, niente più sanzioni o premi per i responsabili regionali e neanche più la possibilità di revocare l'incarico, solo in caso di mancata nomina del parafulmine RUAS o in caso di ripetute inadempienze. Non si capisce poi quante siano le ripetute inadempienze.

Il Ministro, attraverso l'organismo di verifica e controllo, potrà agire con poteri sostitutivi. Ebbene, l'articolo 32 della Costituzione, citato in quest'Aula, garantisce il diritto alla salute, ma la sua effettiva fruibilità è condizionata... (*Il microfono si disattiva automaticamente*). ...disponibili, come ha confermato la Corte costituzionale.

Per questo abbiamo bisogno di fondi effettivi, mentre assistiamo ad una forma di sfruttamento dei professionisti, ai quali vengono negate le progressioni di carriera; non li valorizziamo economicamente e professionalmente.

In questo decreto cosa volevamo fare, senza aumentare il personale sanitario e senza invertire la rotta? Allo stesso personale sanitario, stremato, demotivato e in fuga, chiediamo di fare gli straordinari e gli diciamo di lavorare di più, aggiungendo che è la causa dell'allungamento delle liste d'attesa - medici e infermieri - senza prendersi la responsabilità chi governa da due anni e deve scegliere se acquistare...

PRESIDENTE. Deve concludere.

MAZZELLA (*M5S*). Sto concludendo.

...se acquistare 22 cacciabombardieri, per una spesa di 7 miliardi, invece di potenziare il personale sanitario. (*Applausi*). Per i cacciabombardieri i soldi li trovate, per il personale sanitario no. Io vi regalo questo giocattolo: giocate con il cacciabombardiere giocattolo e non con la pelle delle persone! (*Applausi*).

PRESIDENTE. Bene, vedo che ha approfittato del tempo che le ho dato.

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, non c'è bisogno che vada a sottolineare quanto il problema delle liste d'attesa si sia cristallizzato nel tempo, perché tutti noi ne siamo consapevoli. Vorrei però farvi riflettere sul fatto che non ci può essere un unico fattore risolutivo, data la molteplicità causale che le ha generate, ma più verosimilmente - come ho avuto già modo di proporre e non mi stancherò mai di rifarlo - una pluralità di fattori combinati, supportati da interventi legislativi ordinamentali e settoriali, con nuove regole di ingaggio degli erogatori e dei prescrittori.

Il decreto-legge n. 73, in conversione, è uno di questi, pur nella consapevolezza della sua relatività. Ma facciamo un passo indietro. Molta dell'utenza che è in lista d'attesa è in età avanzata. Non vorrei entrare in un pregiudizio ageistico, ma l'età avanzata può voler dire diventare ipocondriaci e può avere a che fare, talvolta, con una perdita di memoria. Nel secondo caso, ci troviamo di fronte a un possibile utente che, a distanza di mesi, ha dimenticato il suo appuntamento. E il *remind* è una buona soluzione, ancorché sanzionata in caso di mancata presentazione. Se il pagamento del *ticket* può portare delle risorse nelle casse del sistema, è lo scorrere della graduatoria, secondo le nuove misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, con una graduatoria dedicata alle indifferibili ed urgenti, da effettuarsi entro tre giorni lavorativi e da cui pescare per tutti gli *slot* che si vanno liberando, che potrebbe contribuire fattivamente alla normalizzazione dei tempi di attesa urgenti e delle relative liste.

Nel primo caso ci troviamo di fronte a una situazione tale per cui, soprattutto se di paziente cronico ed anziano, che, avendo tempo libero e ansia di longevità in salute, quindi di stare bene, nei suoi argomenti di conversazione prevalenti tra coetanei vi è proprio il parlare di sanità, concausa di iperprescrizione.

Banalmente esemplificando, se il mio vicino ha fatto una risonanza magnetica alla spalla e me ne parla bene, stante che anch'io ho dei piccoli dolorini ogni tanto alla spalla, può venirmi in mente di fare la stessa cosa: vado dal mio medico e chiedo di prescrivermela, senza averne effettiva necessità. Il medico, per effetto di quella che viene definita medicina difensiva, anziché provare a fare anamnesi, è portato a fare la ricetta. Ora, non nascondiamoci dietro un dito: molte volte la ricetta viene predisposta dall'infermiere. E il medico, stressato dagli innumerevoli adempimenti burocratico-amministrativi, procede di conseguenza.

Ecco, qui entriamo nel cuore del capitolo che ho cercato più volte di rappresentare: se con le risorse del PNRR pensassimo di dotare in comodato d'uso i medici di medicina generale di strumenti analitico-diagnostici di primo intervento, coadiuvati, in caso di dubbio, dal *second opinion supporting* specialistico, e si andasse a ridurre il numero degli assistiti per ciascun medico, facendo leva su misure di reclutamento flessibile e immediato incremento quanti-qualitativo delle attività in studio e a domicilio, nel frangente del potenziamento strutturato dei 10.000 medici che mancano all'appello - così come previsto nei nostri disegni di legge nn. 227 e 1153 e con i modelli prototipali settorialmente indicati per le patologie oculari cronico-degenerative nel n. 483, e per le patologie reumatologiche ad elevato carico

invalidante nel disegno di legge n. 946, oltre a quanto apprezzabilmente contenuto nel disegno di legge governativo - andremmo ad approcciare organicamente e definitivamente il problema nella sua complessità, emergenza-urgenza compresa, in una dinamica integrata fra sistema ospedaliero ed extraospedaliero, in parte contribuendo anche al disintasamento dei pronto soccorso.

La strategia di sviluppo evolutivo del nostro Servizio sanitario nazionale dovrebbe significare che una parte importante dei bisogni espressi viene presa in carico fuori dall'ospedale e dalle liste d'attesa, superando la deresponsabilizzazione che, sommata a sanità divulgata da fonti talvolta non altamente qualificate, contribuisce al cosiddetto consumismo estremo in sanità. La controprova è che il vero tema è la corretta e oculata finalizzazione delle risorse disponibili, con effetto moltiplicatore e generatore di valore, attraverso la tracciabilità, la valutazione e il controllo degli impieghi e degli esiti, in ossequio al generale principio "dove li prendo, dove li metto, cosa ne faccio", superando la dicotomia controllore-controllato.

Da qui la necessità di una forte *governance* pubblica nella prevenzione, programmazione e acquisto delle prestazioni sanitarie di tutti gli erogatori in rete, secondo flussi informativi parlanti, vale a dire dati e informazioni opportunamente calibrati, contenenti gli elementi essenziali per l'analisi, la valutazione del controllo delle *performance*; incentivando le pratiche virtuose e remunerando adeguatamente prevenzione e appropriatezza, certi che si possa realizzare, recependo le cinque regole fondamentali indicate nell'articolo 2 del nostro disegno di legge n. 1153.

Ed è per tutto quanto detto e nonostante tutto che la nostra è una dichiarazione di voto favorevole. (*Applausi*).

ZAMPA (*PD-IDP*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAMPA (*PD-IDP*). Signor Presidente, colleghe e colleghi, signor Sottosegretario, si dice che la strada dell'inferno sia lastricata di buone intenzioni. Il modo di dire, molto caro alla famiglia dei Padri salesiani, si attaglia davvero molto bene al decreto-legge che ci apprestiamo a votare. È l'ennesimo decreto (siamo al numero settanta), ed è il primo sulla sanità. Contiene norme che dovrebbero dare risposta a un problema drammatico come quello delle liste d'attesa, causa di un grande disagio quando non di veri e propri calvari per i cittadini: 10 milioni di prestazioni inevase e 4 milioni di persone che rinunciano a curarsi.

Il Governo ha annunciato il provvedimento a gennaio e lo ha licenziato il 7 giugno in pompa magna, presentandolo come una rivoluzione: evidentemente, non poteva attendere che si concludesse la campagna elettorale. A oltre un mese di distanza, dopo aver assistito a un vero e proprio gioco di ricatti e sgambetti politici tutti dentro la maggioranza, reduci da giorni inconcludenti per l'incapacità del Governo di fare i passi necessari per arrivare almeno a concludere l'*iter* parlamentare, siamo chiamati oggi al voto finale.

Voglio spiegare bene perché noi bocchiamo questo decreto, sbagliato per il metodo, ma soprattutto per il suo contenuto. Siamo di fronte a qualcosa che sembra più una presa in giro che un tentativo di risposta; si badi bene, una presa in giro non nei confronti dell'opposizione, che è stata disponibile sempre a discutere soluzioni. Si è vista la vostra attenzione dal metodo con cui avete bocciato tutti gli emendamenti, salvo renderne una grande parte assolutamente improponibili, quindi neanche degni di essere discussi. Continuate così, non ascoltate. Non potrebbe che essere così: l'opposizione c'è sempre, quando c'è in gioco la salute dei cittadini. Questo decreto-legge è una presa in giro degli italiani, dei medici del Servizio sanitario nazionale, di tutti i lavoratori della sanità e di quanti credono in quello che fanno quando si prendono cura delle persone e dei loro problemi.

Si è consumato uno scontro duro tra il Governo e le Regioni, che, ci piaccia o meno, hanno in mano l'organizzazione e il funzionamento della sanità; tale scontro lascia esterrefatti, perché si è prodotto dentro una maggioranza politica che approva, contro tutto e contro tutti, una riforma dell'autonomia che, una volta a regime, malauguratamente, negherebbe ai cittadini un uguale diritto alla salute. Dall'altra parte, questa stessa maggioranza afferma forme di controllo e sanzione contro le Regioni, senza peraltro mettere a loro disposizione - e questa è la parte più grottesca - ciò di cui necessitano per fare quello che serve, ossia risorse finanziarie e di personale. Un minimo di serietà!

Si resta ancora più esterrefatti per il livello di improvvisazione con cui si è agito. Ma come fa un Ministro, anche oggi assente da quest'Aula - e parliamo del primo decreto-legge sulla sanità del ministro Schillaci, alle prese con il suo primo atto importante dopo ormai due anni di esperienza - non dico a non organizzare un incontro con i Presidenti delle Regioni, ma a non chiamarli per provare a discutere con loro di come affrontare il tema delle liste d'attesa? (*Applausi*). Fai un colpo di telefono a Massimiliano Fedriga, almeno quello: fallo il 5 o il 7 giugno! Da giugno ad oggi è passato un mese e mezzo. Un colpo di telefono per discutere come mettersi d'accordo, sarebbe stato auspicabile, anziché paralizzare la Commissione.

Ebbene, il risultato è stato ben spiegato: è un testacoda e una soluzione pasticciata, che darà origine a confusioni di ruolo e a contenziosi. Niente di buono per le liste d'attesa, ma soprattutto per i cittadini in attesa.

E veniamo al resto: il provvedimento si concentra solo sui sintomi e non sulle cause delle liste d'attesa, che richiedono dalla politica una decisione vera su spesa e personale. Pensate davvero che senza soldi, con una progressiva riduzione delle risorse già insufficienti (ve l'ha detto anche ieri la Corte dei conti) e chiedendo al personale di fare di più, sempre di più, senza mettere mano al tetto di spesa sul personale, istituito nel 2005 dal Governo Berlusconi, si possa andare da qualche parte? Lo credete davvero? Io penso che voi sappiate che non è vero: non si va da nessuna parte.

Il capolavoro lo riscontriamo all'articolo 7, che prevede la defiscalizzazione dei compensi per le prestazioni aggiuntive, una misura finanziata interamente con i fondi del Servizio sanitario nazionale: sembra il gioco delle tre carte. Sia chiaro: riconoscere il valore del lavoro che svolge il personale del Servizio sanitario e iniziare ad aumentare le remunerazioni è un

obiettivo che condividiamo assolutamente e che potrebbe costituire davvero un elemento strutturale per rafforzare il Servizio sanitario nazionale, ma dal provvedimento non traspaiono questi obiettivi. La scelta è semplicemente quella di dare un segnale (non dimentichiamo che il decreto è pre-elettorale), estendendo anche a loro l'abbattimento del prelievo fiscale già delineato dal Governo in altri ambiti. Tale incentivo è stato accolto positivamente dai rappresentanti della categoria, stremati dalle difficoltà in cui versano, ma che presenta molte criticità: è poco efficace, posto che sui professionisti gravano pesantissime condizioni di lavoro. Guardate che la gran parte dei lavoratori della sanità sono donne, a cui chiedete, oltre che di fare l'operatore sanitario e la casalinga, di andare a lavorare pure la domenica. Poi voglio vedere quanti saranno.

Il provvedimento sottrae risorse al Servizio sanitario nazionale, riducendo di 160 milioni il finanziamento già previsto a partire dal prossimo anno; contribuisce a destrutturare ulteriormente il sistema fiscale. Andiamo pure avanti così, ma vorrei sapere la sanità chi pensiamo che la pagherà. Lo stato attuale della sanità pubblica richiede scelte in grado di avviare con determinazione il superamento degli ostacoli che rendono difficile, in molte realtà, rispondere in maniera adeguata ai bisogni delle persone, ricostituire la fiducia dei cittadini e restituire anche un minimo di credibilità. È una situazione nella quale i medici, gli operatori sanitari e i lavoratori, che sono veramente allo stremo delle forze, anche psicologicamente, si sentono presi in giro. Devono tornare a sentire che la loro è una missione.

Questo decreto-legge riduce tutto a un fatto contingente, mentre le debolezze della sanità pubblica non sono niente affatto transitorie e richiedono interventi di sistema. L'unico intervento strutturale, contenuto nel decreto-legge, com'è stato detto poco fa, riguarda l'istituzione di una piattaforma nazionale, volta a superare questi limiti del sistema di monitoraggio. È uno strumento condivisibile, la cui realizzazione richiede però non solo tempi molto lunghi, ma una capacità di dialogo con le Regioni che mi sembra abbia mostrato qualche falla, visto che sono le Regioni che si sono contrapposte al decreto-legge e hanno impedito per quindici giorni che si andasse avanti.

Visto che sono qui, ne approfitto per rivolgervi un invito, anche dopo avervi ascoltato questa mattina e ieri. Vi ascolto sempre con rispetto e attenzione, però ve lo voglio dire sinceramente: fatela finita con la lagna che è tutta colpa di chi c'era prima. (*Applausi*). Fatela finita con il dire che voi vorreste fare qualcosa di buono, ma quelli che c'erano prima vi hanno lasciato tutto rotto e guasto. Guardate, è un giochino tale per cui prima o poi la gente non vi ascolterà neanche più.

Fatela finita per due ragioni: prima di tutto, perché c'eravate voi, tutti insieme, nel Governo Berlusconi che ha messo il tetto sul personale e poi perché invece, come vi ha ricordato la collega Zambito, sono - con la unica eccezione di Fratelli d'Italia - sette e cinque anni e mezzo che due forze politiche della maggioranza governano e sono due anni che governate, in questo caso di nuovo tutti insieme. Penso che dopo due anni si abbia il dovere di governare e di dimostrare a chi vi ha eletto e anche a chi non vi ha eletto co-

sa siete capaci di fare. (*Applausi*). Lasciate che vi dica che impressiona vedere tanta improvvisazione e tanto cinismo.

In conclusione, noi abbiamo potuto studiarlo questo decreto-legge e oggi siamo nelle condizioni di denunciarne l'inefficienza e l'inefficacia. Presto, però, anche i cittadini italiani avranno modo di verificarlo.

PRESIDENTE. La prego di avviarsi a concludere.

ZAMPA (*PD-IDP*). Lo faranno però sulla propria pelle o a proprie spese, se potranno permetterselo, e non vi basterà più la propaganda. (*Applausi*).

ZAFFINI (*FdI*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAFFINI (*FdI*). Signor Presidente, insieme a lei, mi lasci ringraziare anche i colleghi della Commissione che in questi giorni sono stati anch'essi un po' vittime del lavoro che la Commissione ha dovuto svolgere per portare avanti questo decreto-legge. Mi lasci ringraziare il relatore, i colleghi, ovviamente di entrambe le cosiddette parti, quindi maggioranza e opposizione, e anche il ministro Schillaci e il sottosegretario Gemmato, per tutto il supporto dato e ricevuto dal Ministero referente che appunto era quello della salute.

Signor Presidente, il tema è annoso, la *vexata quaestio* delle liste d'attesa, uno dei tanti temi che appesantiscono il nostro Sistema sanitario nazionale, anche se non è il solo, e che viene ovviamente da molto lontano. Ricordo ai colleghi una curiosità storica: l'allora presidente Formigoni, molti anni fa, inventò la sanità privata convenzionata per assorbire le liste d'attesa, che com'è noto, oggi è diventata parte integrante del Sistema sanitario nazionale, che oggi non potrebbe mai rinunciare a strutture come il Gemelli a Roma, il San Raffaele a Milano, o Humanitas. Le liste d'attesa, però, sono lì e sono anche aumentate rispetto ad allora, quindi il problema non è risolto, eppure il Servizio sanitario nazionale è profondamente cambiato. Cito questo episodio non per almanacco, ma perché sul tema delle liste d'attesa si sono fatte anche riforme importanti del Sistema sanitario nazionale, non riuscendo a risolverlo.

Questo accade perché il grande problema delle liste d'attesa attinge a una molteplicità di cause, l'ultima delle quali - la più recente, probabilmente - è l'inappropriatezza prescrittiva e terapeutica. Cito solo un dato, che abbiamo appreso dalle audizioni: dal 2019 ad oggi, quindi poco prima del Covid e durante il Covid, solo per l'esame di risonanza muscolo-scheletrica c'è stato un incremento delle prescrizioni del 64 per cento. Pensate quanto possa pesare l'inappropriatezza, per esempio in tutta la parte delle prestazioni diagnostiche. È evidente che su questo argomento sono le Regioni, oltre allo Stato e al Governo nazionale, che evidentemente devono intervenire.

Sulle liste d'attesa intervengono però anche tanti ulteriori fattori, come la schizofrenica distribuzione dei LEA. Proprio GIMBE, nei giorni scor-

si, ha pubblicato una *slide* (che in effetti, signor Presidente, avremmo bisogno di poter proiettare nell'Aula del Senato, perché aiuterebbero il dibattito. Ebbene, GIMBE ha pubblicato una sorta di semaforo multicolore, che riserva anche delle sorprese, sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

È genericamente il Sud quello che sta indietro, ma abbiamo anche qualche sorpresa in Regioni del Nord, come quella del presidente Fedriga, per esempio, per dirne una solo a caso.

Riscontriamo inappropriately, non equa distribuzione dei LEA e del nostro sistema di prestazioni e di erogazione delle prestazioni. Pensate che la nostra sanità ospedalocentrica è basata su un sistema di strutture ospedaliere che per la metà non è a norma rispetto alla legislazione antisismica e per il 30 per cento non è a norma rispetto alla legislazione antincendio.

Inoltre, signor Presidente, c'è il tema dei professionisti della sanità. La prestazione sanitaria non si trova in natura, non si tratta né di mele né pere, ma di prestazioni erogate attraverso i professionisti, che non ci sono: non ci sono i medici, non ci sono gli infermieri, non ci sono gli operatori socio-sanitari e non ci sono i tecnici sanitari. Tutte le professioni sono paradossalmente mancanti di professionisti. È facile dire, collega Zampa, di farla finita, però è anche difficile gestire un sistema in cui certamente sarebbe opportuno assumere, in cui la capacità assunzionale delle Regioni è stata aumentata con diversi provvedimenti anche durante il Covid, ma in cui le Regioni non sono riuscite ad assumere, perché non ci sono le figure utili a rispondere ai concorsi che vengono banditi.

Il tema è quindi complesso e il Governo poteva anche non approcciarlo, dicendo che le liste d'attesa c'erano da prima; poi c'è stato il Covid, per cui le prestazioni sospese si sono aggiunte alle liste d'attesa precedenti; sono già stati fatti alcuni piani dai precedenti Governi, che però non hanno dato risposte importanti, quindi aspettiamo a fare riforme di sistema. Era un'ipotesi, ma questo Governo non lo ha fatto, come ieri ha detto molto bene il collega Zullo, il relatore del provvedimento. Questo Governo ha deciso intanto di agire in via d'urgenza. Questo è il motivo del decreto-legge: è urgente, è stato emanato appena predisposto e oggi è operativo, è legge. Certo che la conversione in legge sta tardando, ma intanto questi provvedimenti sono legge, sono operativi e tante Regioni stanno attingendo alle disposizioni di questo decreto-legge, ottenendo anche risultati importanti. Vi posso citare l'Umbria, che in questo momento ha assorbito bene (diciamo il meglio possibile) le liste d'attesa, tanto da essere la terza per *performance* nel miglior assorbimento delle liste d'attesa.

Di fianco al presente decreto-legge, che è un provvedimento d'urgenza, il Governo ha approvato immediatamente, in parallelo - non lo ha promesso, ma lo ha approvato in parallelo - un disegno di legge di iniziativa governativa che arriverà in Parlamento i primi di settembre, appena riprenderemo l'attività. Il primo è un provvedimento d'urgenza, soprattutto di natura organizzativa, ed è evidente che su un provvedimento del genere non si possono mettere risorse assolutamente rilevanti, perché attinge alla programmazione reale, esistente e di quel momento. Nel disegno di legge di iniziativa governativa potremo stanziare risorse aggiuntive, perché andremo auspicabilmente ad attingere alle programmazioni del 2025.

Tuttavia, colleghi, non è vero che in questo provvedimento non c'è danaro, come più volte è stato ribadito. In questo provvedimento c'è quasi un miliardo di euro: 300 milioni fuori dal Fondo sanitario nazionale, contrariamente a quanto è stato detto, sono stati attinti dai fondi del Ministero per il compenso del lavoro fuori orario dei professionisti. Certo, collega Magni, che noi spingiamo gli attuali professionisti a darci più disponibilità: è necessario farlo, non avendo a disposizione altri professionisti. Tuttavia, l'incremento molto consistente della tariffazione oraria di quel lavoro (da 30 euro a 100 euro), unito a una *flat tax* secca del 15 per cento, tale per cui non fa neanche cumulo col reddito del professionista, consente di avere un grande beneficio.

Altri 624 milioni di euro sono stati messi come fondi del PNRR e sono andati per l'assorbimento di liste d'attesa, ma potevano andare in qualunque altra fonte di spesa del Servizio sanitario nazionale.

Sorprende che l'opposizione non si renda conto che l'aver cercato l'accordo con la Conferenza Stato-Regioni è un punto a favore di questo Ministero. Personalmente, condivido quello che ha detto il collega Mazzella: anche io avrei preferito il testo uscito e votato da tutto il Consiglio dei ministri. È evidente però che, in una logica di sana e corretta collaborazione tra Istituzioni dello Stato, lo sforzo che è stato compiuto per trovare l'accordo in Conferenza Stato-Regioni è auspicabile. Certo, è un compromesso che in qualche misura ha ritardato le posizioni. Speriamo nel disegno di legge di avere modo di fare meglio, però attenzione: è stato detto - non ricordo da chi - che una telefonata al collega Fedriga il Ministro la poteva anche fare. Anche il presidente Fedriga o altri Presidenti potevano avere un'interlocuzione più istituzionale con il Ministro, quindi vale nelle due misure.

Ringrazio, Presidente, del tempo che lei ci ha dedicato. A mio avviso, si è trattato di un decreto-legge molto importante, perché testimonia l'attenzione del Governo su un tema cruciale della sanità. Chiedo ai colleghi di smetterla di dividerci sui temi attinenti alla salute, perché questo procura un danno enorme al nostro Servizio sanitario, alla dignità dei nostri professionisti e alla correttezza dell'informazione che diamo ai cittadini, che in questo caso, attendendo una prestazione sanitaria, sono fragili. (*Applausi*).

PRESIDENTE. La ringrazio, senatore Zaffini, anche per questo appello finale.

### **Sulla scomparsa di Publio Fiori**

PRESIDENTE. (*Il Presidente e l'Assemblea si levano in piedi*). Colleghi, vorrei dedicare un brevissimo ricordo all'onorevole Publio Fiori, scomparso martedì all'età di ottantasei anni.

Publio Fiori è un uomo delle Istituzioni, ha fatto per sette legislature il parlamentare, è stato vice presidente della Camera e Ministro dei trasporti nel primo Governo Berlusconi. Ho avuto l'onore di conoscerlo quando già era una persona nota e importante. Peraltro nel 1977 era stato attinto da colpi di arma da fuoco delle Brigate rosse, che lo avevano in qualche modo

cercato di intimorire (o, forse, di uccidere). È notorio che chi lo soccorse per primo, credendo che stesse per morire, gli disse «ricordati che Dio è buono» e lui rispose «sì, lo so, Dio è buono, ma chiama l'ambulanza». Doveva assolutamente dire così.

Era democristiano. Io l'ho conosciuto nel 1993 quando Fini si candidò a Roma come sindaco e lui lo appoggiò senza essere candidato. Fu poi tra i costruttori di Alleanza nazionale, perché credeva in un Parlamento in cui destra, sinistra e centro potessero confrontarsi democraticamente. È sempre stata la sua ambizione. L'ho visto anche pochissimo tempo fa, quando stava lavorando a mettere insieme un Centro democratico che potesse servire a far trovare al Parlamento occasioni di confronto sempre più sincere e democratiche.

La nostra amicizia è durata fino alla fine. La sua capacità di ascolto e di fare politica, soprattutto di ascolto verso chi non la pensava come lui, è rimasta proverbiale.

Vorrei ricordarlo a tutti voi, perché ci lascia un amico, un esponente importante della politica, e rinnovo anche da parte di tutti voi il nostro cordoglio ai suoi familiari e gli mando un affettuoso saluto, perché sono certo che in questo momento sta guardando anche alla nostra Aula. Grazie, Pubblio. *(Applausi)*.

### **Ripresa della discussione del disegno di legge n. 1161 (ore 13,35)**

PRESIDENTE. Metto ai voti il disegno di legge, composto del solo articolo 1, nel testo emendato per effetto delle modifiche introdotte dalla Commissione, con il seguente titolo: «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».

*(Segue la votazione)*.

**È approvato.**

Per scrupolo, farei la controprova.

Ordino la chiusura delle porte. Procediamo alla controprova mediante procedimento elettronico.

**È approvato.**

### **Atti e documenti, annunzio**

PRESIDENTE. Le mozioni, le interpellanze e le interrogazioni pervenute alla Presidenza, nonché gli atti e i documenti trasmessi alle Commissioni permanenti ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento sono pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

**Ordine del giorno  
per la seduta di martedì 23 luglio 2024**

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica martedì 23 luglio, alle ore 11, con il seguente ordine del giorno:

Discussione del disegno di legge:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, recante disposizioni urgenti in materia di sport, di sostegno didattico agli alunni con disabilità, per il regolare avvio dell'anno scolastico 2024/2025 e in materia di università e ricerca (*approvato dalla Camera dei deputati*) (1193)

La seduta è tolta (*ore 13,37*).

Allegato A**DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE**

**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)**

**ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE DI CONVERSIONE NEL TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE****Art. 1.**

1. Il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.
2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

---

N.B. Approvato il disegno di legge composto del solo articolo 1.

## ALLEGATO RECANTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

*All'articolo 1:*

*al comma 1, dopo le parole: « le liste di attesa » sono inserite le seguenti: « delle prestazioni sanitarie » e dopo le parole: « Missione 6-Salute » sono inserite le seguenti: « , componente 1, »;*

*al comma 2, le parole: « "Tessera Sanitaria - TS" » sono sostituite dalle seguenti: « del sistema Tessera sanitaria (TS) » e le parole: « ricetta SSN » sono sostituite dalle seguenti: « ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) »;*

*al comma 3, le parole: « i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali » sono sostituite dalle seguenti: « i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali »;*

*al comma 4, le parole: « , della Missione 6 - Salute, » sono sostituite dalle seguenti: « della Missione 6 - Salute, componente 1, »;*

*al comma 5:*

*alla lettera c), le parole: « del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione » sono sostituite dalle seguenti: « dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa »;*

*la lettera e) è soppressa;*

*alla lettera g), le parole: « criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa » sono sostituite dalle seguenti: « criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea »;*

*al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « In relazione ai meccanismi di audit previsti al primo periodo, è acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ».*

*L'articolo 2 è sostituito dal seguente:*

*« Art. 2. - (Organismo di 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, è istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato "Organismo", che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge 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 c), e), g), h) e l), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 189 del 16 agosto 2006, che continuano ad essere esercitate secondo quanto pre-*

visto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali secondo quanto previsto dall'articolo 2 del decreto di cui al primo periodo.

2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso 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, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale, di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente, la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di quattro dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria, alla cui copertura si provvede anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali di cui al primo periodo possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali di cui all'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area dei funzionari del vigente contratto collettivo nazionale - Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 165 del 2001, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al quarto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area dei funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'am-

ministrato di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dall'anno 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

4. Per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'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 nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza per-

manente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso 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, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'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, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.

7. Dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dall'anno 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 parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute ».

*All'articolo 3:*

*al comma 1 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:*

*a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;*

*b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;*

*c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;*

*d) accesso a chiamata all'interno di progetti di *screening* su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa »;*

*al comma 3, la parola: « autorizzate » è sostituita dalla seguente: « accreditate » e dopo le parole: « del 1992 » il segno di interpunzione « , » è soppresso;*

*dopo il comma 3 è inserito il seguente:*

« 3-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176 »;

*dopo il comma 4 è inserito il seguente:*

« 4-bis. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante »;

*al comma 6, secondo periodo, le parole: « del decreto » sono sostituite dalle seguenti: « del codice di cui al decreto »;*

*il comma 7 è sostituito dal seguente:*

« 7. Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita »;

*al comma 10, dopo le parole: « liste di attesa » sono inserite le seguenti: « per il triennio » e le parole: « aggiuntive, o » sono sostituite dalle seguenti: « aggiuntive o »;*

*dopo il comma 10 è inserito il seguente:*

« 10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal comma 10, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi previsti, nonché nel limite di spesa di cui al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di co-

prire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipe* interessate;

*d)* incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa »;

*al comma 11, le parole: « criteri e direttive convenute » sono sostituite dalle seguenti: « criteri e direttive convenuti », dopo le parole: « delle finanze » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « e Bolzano » sono sostituite dalle seguenti: « e di Bolzano »;*

*dopo il comma 11 è inserito il seguente:*

« 11-bis. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole: "possono stipulare, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale" sono sostituite dalle seguenti: "possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità" e le parole: "Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto di lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" sono soppresse »;

*alla rubrica, la parola: « implementazione » è sostituita dalla seguente: « adeguamento » e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e norme in materia di assunzioni ».*

*All'articolo 4:*

*al comma 1, le parole: « della tempistica » sono sostituite dalle seguenti: « dei tempi », dopo le parole: « per gli esami diagnostici, » sono inserite le seguenti: « nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3, » e la parola: « report » è sostituita dalla seguente: « rapporto »;*

*dopo il comma 1 è inserito il seguente:*

« 1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli enti del SSN, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi »;

*al comma 2, dopo la parola: « ospedaliera » il segno di interpunzione « , » è soppresso, dopo le parole: « per ciascun dipendente » inserire le seguenti:*

« e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza »  
e le parole: « In tal senso » sono sostituite dalle seguenti: « A tale fine »;

alla rubrica sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e aperture straordinarie dei centri trasfusionali ».

All'articolo 5:

al comma 1, al primo periodo, le parole: « con legge » sono sostituite dalle seguenti: « dalla legge » e, al secondo periodo, alle parole: « previa verifica » è premesso il seguente segno di interpunzione: « , » e dopo le parole: « di personale » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , »;

al comma 2, le parole: « dal 2025 » sono sostituite dalle seguenti: « dall'anno 2025 » e le parole: « e Bolzano » sono sostituite dalle seguenti: « e di Bolzano ».

All'articolo 6:

al comma 1:

all'alinea, secondo periodo, le parole: « in coerenza dello stesso » sono sostituite dalle seguenti: « in coerenza con lo stesso » e dopo la parola: « ambulatoriale » il segno di interpunzione « , » è soppresso;

alla lettera b), dopo la parola: « mentale » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « Punti screening » sono sostituite dalle seguenti: « Punti per gli screening oncologici »;

alla lettera d):

al numero 1), le parole: « terapeutico riabilitativo » sono sostituite dalla seguente: « terapeutico-riabilitativi » e le parole: « coi i » sono sostituite dalle seguenti: « con i »;

al numero 2), le parole: « diagnostico terapeutici » sono sostituite dalla seguente: « diagnostico-terapeutici »;

al numero 3), dopo la parola: « screening » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « vulnerabilità socio-economico » sono sostituite dalle seguenti: « vulnerabilità socio-economica »;

dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« 1-bis. Al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica del 3 agosto 1990, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 201 del 29 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione ».

*All'articolo 7:*

*al comma 5, dopo la parola: « contenzioso » il segno di interpunzione « , » è soppresso;*

*al comma 6:*

*alla lettera a), le parole: « 12 milioni » sono sostituite dalle seguenti: « 5 milioni »;*

*alla lettera d), le parole: « 25 milioni » sono sostituite dalle seguenti: « 32 milioni »;*

*alla lettera e), le parole: « 2027 mediante » sono sostituite dalle seguenti: « 2027, mediante ».*

*Dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:*

*« Art. 7-bis. - (Clausola di salvaguardia) - Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al 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 ».*

## ARTICOLO 1 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

### **Articolo 1.**

*(Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa)*

1. Al fine di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo « Potenziamento del Portale della Trasparenza » previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 - Salute, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

2. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, i dati del flusso informativo del sistema Tessera Sanitaria (TS) di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi

alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali.

4. La Piattaforma di cui al comma 1 opera in coerenza con il « Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione » (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della Missione 6 - Salute, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. La Piattaforma di cui al comma 1 persegue l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- c) verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- f) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

6. A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. In relazione ai meccanismi di *audit* previsti al primo periodo, è acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

7. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'AGENAS provvede alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## EMENDAMENTI

**01.1**

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

**Improponibile**

*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

### **Respinto**

*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

### **Respinto**

*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.»

## ARTICOLO 2 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

### **Articolo 2.**

*(Organismo di 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, è istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato «Organismo», che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge 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 c), e), g), h) e l), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 189 del 16 agosto 2006, che continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali secondo quanto previsto dall'articolo 2 del decreto di cui al primo periodo.

2. L'Organismo ha il compito di vigilare e svolgere 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, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti da AGE-NAS 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.

2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso 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, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale, di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente, la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di quattro dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria, alla cui copertura si provvede anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali di cui al primo periodo possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali di cui all'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area dei funzionari del vigente contratto collettivo nazionale - Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 165 del 2001, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al quarto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area dei funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il

personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dall'anno 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

4. Per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'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 nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso 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, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'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, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.

7. Dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dall'anno 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 parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

## EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

### 2.3

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

#### **Respinto**

*Sopprimere l'articolo.*

### 2.5

LORENZIN, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

### **Improcedibile**

*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

### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*Sopprimere i commi 2, 3, 5 e 6.*

---

### **2.102 (già 2.100/5)**

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

#### **Improcedibile**

*Sopprimere il comma 2.*

---

### **2.103 (già 2.100/7)**

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

#### **Improcedibile**

*Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.*

---

**2.104 (già 2.100/8)**

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

**Improcedibile***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 comparativamente 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

**Improcedibile***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

**Respinto***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

**Respinto**

*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

**Improcedibile**

*Al comma 2, sopprimere l'ultimo periodo.*

---

**2.109 (già 2.100/13)**

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

**Improcedibile**

*Al comma 3, sopprimere l'ultimo periodo.*

---

**2.110 (già 2.100/14)**

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

**Improcedibile**

*Sopprimere il comma 4.*

---

**2.111 (già 2.100/15)**

FURLAN, ZAMPA, ZAMBITO, CAMUSSO, MANCA

**Respinto**

*Sopprimere i commi 5 e 6.*

---

**2.112 (già 2.100/16)**

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

**Respinto**

*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

**Improcedibile**

*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 promuove-

re 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

**Respinto**

*Sopprimere il comma 6.*

---

**2.115 (già 2.100/23)**

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

**Respinto**

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

---

**2.116 (già 2.100/24)**

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

**Respinto**

*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

**Improcedibile**

*Sostituire il comma 7, con il seguente:*

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

---

**G2.100**

CANTÙ, MURELLI, MINASI, PIROVANO

**V. testo 2**

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.

premessi 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.»

## **G2.100 (testo 2)**

CANTÙ, MURELLI, MINASI, PIROVANO

### **Accolto**

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 valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di:

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.»

---

## ARTICOLO 3 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

### **Articolo 3.**

*(Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni)*

1. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale, secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;

b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;

c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;

d) accesso a chiamata all'interno di progetti di *screening* su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

2. Ai fini di cui al comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in coerenza con le previsioni di cui all'allegato B al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, recante « Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie », pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 31 dicembre 2022.

3. L'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private accreditate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e del predetto decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

3-*bis*. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare e disdire l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, ove previsto.

4-*bis*. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

5. Il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello

nazionale, adottate 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.

6. L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, costituisce illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lettera e), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36. L'esclusione è disposta dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'operatore economico non può avvalersi della possibilità prevista dall'articolo 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6, del codice di cui al decreto legislativo n. 36 del 2023.

7. Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.

8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

9. È fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. In caso di violazione di tale divieto, per i fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della legge n. 266 del 2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

10. Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 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 dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal comma 10, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi previsti,

nonché nel limite di spesa di cui al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipe* interessate;

d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

11. Per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenuti con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

11-*bis*. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole: «possono stipulare, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale» sono sostituite dalle seguenti: «possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità» e le parole: «Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto di lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» sono soppresse.

12. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

## EMENDAMENTI E ORDINI DEL GIORNO

### 3.1

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

#### **Improcedibile**

*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 eu-

ro 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 fabbisog-

gno 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

#### **Improcedibile**

*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

#### **Respinto**

*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

**Id. em. 3.100**

*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

**Improcedibile**

*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

**Improponibile**

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. È 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

**Improcedibile**

*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

**Improprio**

*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

**Improcedibile**

*Sostituire il comma 8 con il seguente:*

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

### 3.27

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

#### **Respinto**

*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

#### **Respinto**

*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

#### **Improponibile**

*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, sen-

tita 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

#### **Respinto**

*Sopprimere il comma 9.*

---

### 3.40

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

#### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*Apportare le seguenti modificazioni:*

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

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

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

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

---

### 3.104

PIRRO, CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA

#### **Respinto**

*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

#### **Improponibile**

*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

#### **Respinto**

*Sopprimere il comma 11-bis.*

---

### 3.107

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

**Id. em. 3.106**

*Sopprimere il comma 11-bis.*

---

**3.108**

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

**Id. em. 3.106**

*Sopprimere il comma 11-bis.*

---

**G3.100**

RUSSO, MANCINI

**V. testo 2**

Il Senato

in sede di esame del disegno di legge di conversione A.S. 1161-A,  
premessò 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. 95/212 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.

### **G3.100 (testo 2)**

RUSSO, MANCINI

#### **Accolto**

Il Senato

in sede di esame del disegno di legge di conversione 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;

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 garan-

tire 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. 95/212 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 valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di:

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.

GARAVAGLIA, CANTÙ

## V. testo 2

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.

premessi 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 As-

sistente 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.

### **G3.101 (testo 2)**

GARAVAGLIA, CANTÙ (\*)

#### **Accolto**

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.

premessi 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 a valutare l'opportunità di:

1) 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) 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.

---

(\*) Aggiungono la firma in corso di seduta i senatori Patton, Spagnolli, Gelmini; la senatrice Sbröllini e gli altri componenti del Gruppo IV-C-RE; la senatrice Guidolin e gli altri componenti del Gruppo M5S.

---

### **G3.102**

MURELLI, CANTÙ, MINASI

#### **V. testo 2**

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'articolo 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.

### **G3.102 (testo 2)**

MURELLI, CANTÙ, MINASI

#### **Accolto**

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 a valutare l'opportunità di:

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'arti-

colo 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

#### **Respinto**

Il Senato,

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

premesso 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 mo-

strano 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.

---

#### ARTICOLO 4 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

##### **Articolo 4.**

*(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e aperture straordinarie dei centri trasfusionali)*

1. Al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, nel limite delle risorse disponibili di cui al comma 3, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

*1-bis.* Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli enti del SSN, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera *b*), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.

2. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tale fine, l'atti-

vità libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

3. All'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

## EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

### 4.1

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

#### **Respinto**

*Sopprimere l'articolo.*

### 4.11

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO

#### **Respinto**

*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

#### **Improcedibile**

*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».*

#### **G4.100**

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO

#### **V. testo 2**

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 Regione. 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 pancreatico che le altre cure complesse;

il documento citato riporta testualmente: "*per raggiungere risultati migliori in tempi brevi, è auspicabile che vengano adottati processi di "pre-ceptoring" 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.

#### **G4.100 (testo 2)**

MAZZELLA, CASTELLONE, GUIDOLIN, PIRRO (\*)

#### **Accolto**

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 pancreatico che le altre cure complesse;

il documento citato riporta testualmente: "*per raggiungere risultati migliori in tempi brevi, è auspicabile che vengano adottati processi di "pre-ceptoring" 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 a valutare l'opportunità, al fine di garantire ai pazienti affetti da tumore al pancreas le migliori cure con l'approccio multidisciplinare più completo, di 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.

---

(\*) Aggiungono la firma in corso di seduta il senatore Zaffini e gli altri componenti del Gruppo FdI; il senatore Magni e gli altri componenti del Gruppo Misto-AVS; la senatrice Zambito e gli altri componenti del Gruppo PD-IDP; la senatrice Sbröllini e gli altri componenti del Gruppo IV-C-RE; il senatore Patton e gli altri componenti del Gruppo Aut (SVP-PATT, Cb); la senatrice Biancofiore e gli altri componenti del Gruppo Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE.

#### 4.0.1

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

#### **Improponibile**

*Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:*

«Art. 4-bis

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

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

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

b) il terzo periodo è sostituito dal seguente: "Il contratto ha durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e può essere prorogato fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica, purché la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa appartenga alla rete formativa di una scuola di specializzazione della disciplina di interesse oppure sia in possesso dei requisiti di accreditamento di cui all'allegato 1 del Decreto Interministeriale n. 402/2017 sulla base di una certificazione rilasciata annualmente dal Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca; nei restanti casi, si applicano le disposizioni

di cui all'allegato 1 al D.I. n. 402/2017 per un periodo non superiore a 18 mesi, da computarsi separatamente rispetto ad altri periodi già svolti dallo specializzando in extra-rete formativa.";

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

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

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

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

#### 4.0.23

ZAMBITO, ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN

#### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*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.»

#### ARTICOLO 5 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

#### **Articolo 5.**

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

1. A decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, 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, dalla 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, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5 per cento del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato, previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. A decorrere dall'anno 2025, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

3. Fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

## EMENDAMENTI E ORDINI DEL GIORNO

### 5.100

CAMUSSO, ZAMPA, FURLAN, ZAMBITO

#### **Improcedibile**

*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

**Improcedibile***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

### **Improcedibile**

*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

### **Improcedibile**

*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

**Improcedibile**

*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

**Improcedibile**

*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

**Improcedibile**

*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

**Respinta la parte evidenziata in neretto; preclusa la restante parte**

*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

**Precluso**

*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

**Improcedibile**

*Al comma 2, sopprimere l'ultimo periodo.*

---

**5.23**

ZAMBITO, ZAMPA, MANCA, CAMUSSO, FURLAN, LORENZIN

**Improcedibile**

*Al comma 3, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: «Le disposizioni di cui al comma 4, dell'articolo 11, si applicano anche successivamente all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN. Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazioni mediche della dirigenza del SSN in relazione alla tipologia, anche tenuto conto della carenza di professionisti appartenenti a talune branche specialistiche, e alle condizioni di lavoro, nonché di valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari, degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e degli operatori socio-sanitari, anche considerando le attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, le regioni nell'ambito della disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Le suddette risorse aggiuntive sono utilizzate in deroga ai limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e ai limiti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del presente comma.»*

---

**5.33**

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

**Improcedibile**

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

**G5.100**

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

**V. testo 2**

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;

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.

### **G5.100 (testo 2)**

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

#### **Accolto**

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;

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 valutare di:

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;

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

#### **Respinto**

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.

---

### 5.0.15

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

#### **Improponibile**

*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

#### **Improponibile**

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

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

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

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

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

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

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

b) all'articolo 40:

1) *al comma 1, le parole:* «assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria» *sono sostituite dalle seguenti:* «comprensivo di eventuale attività di guardia retribuita, fermo restando che il monte ore destinato all'aggiornamento professionale per il medico in formazione specialistica viene valorizzato ai fini dell'attività didattica frontale prevista dal piano formativo. Fatto salvo il rispetto del tempo pieno, viene assicurata:

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

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

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

## 5.0.101

CASTELLONE, GUIDOLIN, MAZZELLA, PIRRO

### **Improcedibile**

*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.

---

ARTICOLO 6 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE  
LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

**Articolo 6.**

*(Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)*

1. Per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma, nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021 - 2027 e dei criteri di ammissibilità del citato Programma, un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza con lo stesso, il piano d'azione di cui al primo periodo individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli *screening* oncologici, le iniziative finalizzate:

- a) alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;
- b) alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale, dei Consultori familiari e dei Punti per gli *screening* oncologici;
- c) alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;
- d) alla formazione degli operatori sanitari per:
- 1) la sperimentazione dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;
  - 2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;
  - 3) lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai *test* di *screening*, per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica;
  - 4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di *screening*.

1-bis. Al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica del 3 agosto 1990, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 201 del 29 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione.

## EMENDAMENTI E ORDINE DEL GIORNO

### 6.3

MAGNI, CUCCHI, DE CRISTOFARO, AURORA FLORIDIA

### **Respinto**

*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

### **Respinto**

*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;»

## **G6.100**

NATURALE, MAZZELLA

### **V. testo 2**

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 re-

gionali, 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.

---

**G6.100 (testo 2)**

NATURALE, MAZZELLA (\*)

### **Accolto**

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:

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 valutare l'opportunità, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, di:

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;

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;

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;

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;

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.

---

(\*) Aggiungono la firma in corso di seduta la senatrice Murelli e gli altri componenti del Gruppo LSP-PSd'Az.

---

## ARTICOLO 7 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

### **Articolo 7.**

*(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)*

1. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, tenuto conto anche di quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo, sono sog-

getti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

2. I compensi erogati 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, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

3. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 sono valutati in 72,8 milioni di euro per l'anno 2024, 131,5 milioni di euro per l'anno 2025, 135,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 135,6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

4. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2 sono valutati in 15,6 milioni di euro per l'anno 2024, 28,8 milioni di euro per l'anno 2025, 30 milioni di euro per l'anno 2026 e 29,9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

5. Le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

6. Agli oneri di cui ai commi 3 e 4, valutati in 88,4 milioni di euro per l'anno 2024, 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, si provvede:

*a*) quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-*ter*, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute;

*b*) quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario;

*c*) quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 2024, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno, mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

*d*) quanto a 32 milioni di euro 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*) quanto 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, me-

dian­te cor­rispon­den­te ri­du­zio­ne dell'au­to­riz­za­zio­ne di spe­sa di cui all'ar­ti­co­lo 1, com­ma 246 della leg­ge 30 dicem­bre 2023, n. 213. Con­se­guen­te­men­te il li­vel­lo del fi­nan­zi­a­men­to del fab­bisog­no sa­ni­ta­rio na­zio­nale stan­dard cui con­cor­re lo Stato è ri­dot­to di 160,3 mi­lio­ni di eu­ro per l'an­no 2025, 165,9 mi­lio­ni di eu­ro per l'an­no 2026 e 165,5 mi­lio­ni di eu­ro an­nu­i a decorrere dall'an­no 2027.

## EMENDAMENTI

### **7.100 (già 7.4)**

SBROLLINI

#### **Im­pro­ce­di­bile**

*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

#### **Im­pro­ce­di­bile**

*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 sot­sti­tu­ti­va sul red­di­to delle per­so­ne fi­si­che e delle addi­zio­na­li re­gio­na­li e co­mu­na­li pari al 15 per cen­to.»*

---

### **7.102 (già 7.7)**

SBROLLINI

#### **Im­pro­ce­di­bile**

*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

#### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*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

#### **Improcedibile**

*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

**Improcedibile**

*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.»*

ARTICOLO 7-BIS DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPREN-  
DENTE LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE**Articolo 7-bis.***(Clausola di salvaguardia)*

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al 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.

## EMENDAMENTI

**7-bis.100**

DURNWALDER, PATTON, SPAGNOLLI, UNTERBERGER

**Ritirato***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 es-

senziali 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

**Improcedibile**

*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

**Improcedibile**

*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.»

---

ARTICOLO 8 DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO COMPRENDENTE  
LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

**Articolo 8.**

*(Entrata in vigore)*

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Allegato B**Pareri espressi dalla 5a Commissione permanente sul disegno di legge n. 1161 e sui relativi emendamenti**

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminato il disegno di legge in titolo, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

In relazione agli emendamenti, trasmessi dall'Assemblea, esprime parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 01.1, 2.5, 2.6, 2.100 (già 2.100/3), 2.103 (già 2.100/7), 2.104 (già 2.100/8), 2.105 (già 2.100/9), 2.108 (già 2.100/12), 2.109 (già 2.100/13), 2.110 (già 2.100/14), 2.113 (già 2.100/19), 2.117 (già 2.100/30), 3.1, 3.101 (già 5.21), 3.9, 3.2, 3.25, 3.40, 3.103 (già 3.41), 4.100 (già 4.16), 4.0.1, 4.0.23, 4.0.100, 5.100, 5.4, 5.8, 5.101 (già 5.9), 5.7, 5.10, 5.11, 5.102, 5.23, 5.33, 5.0.100, 5.0.101, 7.10, 7.14, 7.15, 7.16, 7-bis.0.101 (già 7.0.10) e 7-bis.0.100 (già 7.0.1).

Il parere è non ostativo sui tutti i restanti emendamenti, fatta eccezione per le proposte 2.101 (già 2.100/4), 2.102 (già 2.100/5), 7.100 (già 7.4), 7.101 (già 7.5), 7.102 (già 7.7) e 7-bis.100, il cui esame resta sospeso.

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti precedentemente accantonati, relativi al disegno di legge in titolo, esprime per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 2.101 (già 2.100/4), 2.102 (già 2.100/5), 7.100 (già 7.4), 7.101 (già 7.5) e 7.102 (già 7.7).

L'esame resta sospeso sull'emendamento 7-bis.100.

**Congedi e missioni**

Sono in congedo i senatori: Barachini, Bongiorno, Borgonzoni, Butti, Calenda, Castelli, Cattaneo, Cosenza, Crisanti, De Poli, De Rosa, Durigon, Fallucchi, Fazzolari, Galliani, Garavaglia, Giacobbe, Giorgis, La Pietra, Manca, Melchiorre, Meloni, Mirabelli, Monti, Morelli, Occhiuto, Ostellari, Pogliese, Rauti, Rubbia, Segre, Sisto e Ternullo.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Sisler, per attività di rappresentanza del Senato; Borghi Claudio, Borghi Enrico, Mieli, Ronzulli e Scarpinato, per attività del Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica.

### **Commissione parlamentare di inchiesta sui fatti accaduti presso la comunità «Il Forteto», composizione**

Il Presidente del Senato, in data 17 luglio 2024, ha chiamato a far parte della Commissione parlamentare di inchiesta sui fatti accaduti presso la comunità «Il Forteto» i senatori: Campione, Franceschelli, Gelmini, Guidi, Ettore Licheri, Marcheschi, Parrini, Pellegrino, Petrucci, Potenti, Pucciarelli, Sallemi, Scalfarotto, Ternullo e Unterberger.

Il Presidente della Camera dei deputati, nella stessa data, ha chiamato a far parte della medesima Commissione i deputati: Ascari, Deborah Bergamini, Colombo, Di Sanzo, Dori, La Porta, Madia, Malavasi, Matone, Mazzetti, Michelotti, Montemagni, Onori, Palombi e Quartini.

### **Disegni di legge, annuncio di presentazione**

Senatore Borghese Mario Alejandro  
Disposizioni per la promozione e la diffusione della lingua italiana nel mondo (1194)  
(presentato in data 17/07/2024).

### **Disegni di legge, assegnazione**

*In sede redigente*

*1ª Commissione permanente Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno, ordinamento generale dello Stato e della Pubblica Amministrazione, editoria, digitalizzazione*

sen. Meloni Marco, sen. Nicita Antonio

Disposizioni per l'introduzione del fattore insulare nella legislazione e per il contrasto degli svantaggi derivanti dall'insularità, in attuazione dell'art. 119, sesto comma, della Costituzione (1156)

previ pareri delle Commissioni 5ª Commissione permanente Programmazione economica, bilancio, 6ª Commissione permanente Finanze e tesoro, 7ª Commissione permanente Cultura e patrimonio culturale, istruzione pubblica, ricerca scientifica, spettacolo e sport, 8ª Commissione permanente Ambiente, transizione ecologica, energia, lavori pubblici, comunicazioni, innovazione tecnologica, 10ª Commissione permanente Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, Commissione parlamentare questioni regionali

(assegnato in data 18/07/2024).

### **Disegni di legge, presentazione del testo degli articoli**

In data 18/07/2024 la 7ª Commissione permanente Cultura e patrimonio culturale, istruzione pubblica, ricerca scientifica, spettacolo e sport

ha presentato il testo degli articoli approvati in sede redigente dalla Commissione stessa, per il disegno di legge:  
sen. Marti Roberto "Istituzione della Giornata nazionale del formatore"  
(925)  
(presentato in data 27/10/2023)

### **Governo, trasmissione di atti e documenti**

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, con lettera in data 17 luglio 2024, ha comunicato, ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1998, n. 76, che, previa valutazione della Commissione tecnica, è stata autorizzata la richiesta della rimodulazione, senza oneri aggiuntivi, del progetto denominato "FA-ME ZERO – resilienza e autosufficienza alimentare delle comunità del distretto di Fantalle – Etiopia".

La predetta comunicazione è trasmessa alla 3ª, alla 5ª e alla 9ª Commissione permanente.

Il Ministero dell'università e della ricerca, con lettera in data 18 luglio 2024, ha inviato, ai sensi dell'articolo 11, comma 5, del decreto legislativo 31 dicembre 2009, n. 213, la comunicazione concernente la nomina della dottoressa Umberta Tinivella a componente del Consiglio di amministrazione dell'Istituto Nazionale di Oceanografia e Geofisica sperimentale (OGS) (n. 55).

Tale comunicazione è deferita, per competenza, alla 7ª Commissione permanente.

Il Ministro della salute, con lettera in data 18 luglio 2024, ha inviato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge 30 marzo 2001, n. 125, la relazione sugli interventi realizzati ai sensi della predetta legge in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati, riferita all'anno 2023.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 10ª Commissione permanente (*Doc. CXXV*, n. 2).

### **Corte dei conti, trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di enti**

Il Presidente della Sezione del controllo sugli Enti della Corte dei conti, con lettera in data 18 luglio 2024, in adempimento al disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, ha trasmesso la determinazione e la relativa relazione sulla gestione finanziaria dell'Autorità di Sistema Portuale del Mar Adriatico Settentrionale, per l'esercizio finanziario 2022.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 131 del Regolamento, alla 5ª e alla 8ª Commissione permanente (*Doc. XV, n. 266*).

### **Risposte scritte ad interrogazioni**

(Pervenute dal 5 al 18 luglio 2024)

#### **SOMMARIO DEL FASCICOLO N. 66**

CASTIELLO: sulla predisposizione di sedi ospedaliere di protontepia nelle regioni del sud Italia (4-00516) (risp. SCHILLACI, *ministro della salute*)

CRISANTI ed altri: sulle misure di contrasto del *virus* Dengue (4-01047) (risp. SCHILLACI, *ministro della salute*)

MAZZELLA ed altri: sul malfunzionamento di alcune apparecchiature per la cura delle apnee notturne (4-01038) (risp. SCHILLACI, *ministro della salute*)

SCALFAROTTO: sulle indagini relative ai maltrattamenti subiti da una coppia omosessuale in commissariato a Sassuolo (Modena) (4-01055) (risp. NORDIO, *ministro della giustizia*)

sulle condizioni dei detenuti con disabilità nelle carceri italiane (4-01154) (risp. NORDIO, *ministro della giustizia*)

### **Interrogazioni**

TURCO - *Ai Ministri delle imprese e del made in Italy e del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

Taranto è la città che registra il maggior numero di crisi occupazionali in Puglia con il conseguente coinvolgimento di migliaia di lavoratori, in un clima di vera e propria desertificazione industriale. Si pensi ai 5.000 cassintegrati dell'ex ILVA, agli oltre 1.200 lavoratori in cassa integrazione dello stabilimento Leonardo di Grottaglie, senza dimenticare la vertenza dei portuali ex TCT e degli operai ex Cementir nonché il guazzabuglio attorno alle imprese dell'indotto ex ILVA;

il tasso di disoccupazione in Italia è dell'8,1 per cento, in Puglia del 12,1 per cento e a Taranto del 13,3; il tasso di occupazione è altrettanto scoraggiante, con un 38,4 per cento rispetto al 52,2 nazionale;

alle vertenze occupazionali esistenti, si è aggiunta quella dell'azienda Hiab Italia S.r.l. (gruppo Cargotec corporation) che ha deciso di trasferire in provincia di Bologna le attività manifatturiere per la produzione di gru attualmente realizzate nello stabilimento di Statte (Taranto), con conseguente apertura di una procedura di proroga della cassa integrazione a zero ore per tutto il personale in forza, pari a 102 unità;

considerato che:

il futuro di altre 102 famiglie è a rischio a causa di quest'ennesima delocalizzazione produttiva, che viene considerata preoccupante e grave dai sindacati "perché motivata semplicemente da ragioni di crescita dei profitti";

l'azienda ha parlato di esigenze legate al nuovo piano industriale, ma i sindacati metalmeccanici denunciano un piano di delocalizzazione, sebbene per anni i lavoratori e le lavoratrici di Taranto, con la loro competenza, esperienza e professionalità hanno permesso alla Hiab di acquisire posizione di *leadership* mondiale nel settore della costruzione di gru ed attrezzature per la movimentazione dei carichi su strada;

ritenuto, pertanto, che non appare condivisibile la scelta di trasferire alcune attività svolte dal sito di Statte in altri siti europei, nonché il prossimo trasferimento totale dell'attività del sito ionico presso lo stabilimento di Minerbio (Bologna), per le ripercussioni economiche e sociali che avrebbe sul territorio l'ulteriore impoverimento del tessuto industriale, produttivo e demografico locale causato da un processo di pura delocalizzazione produttiva finalizzata esclusivamente alla riduzione dei costi,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo intendano adottare iniziative di competenza per il ritiro immediato della proroga della cassa integrazione guadagni ordinaria che coinvolge 102 unità lavorative e la salvaguardia del sito produttivo di Statte;

se intendano procedere all'istituzione di un tavolo di confronto e negoziazione per la definizione di un vero piano industriale di tutte le attività e di tutti i prodotti della multinazionale Hiab, idoneo ad affrontare l'insieme delle problematiche che riguardano le lavoratrici e i lavoratori che operano lungo tutta la filiera produttiva in un'ottica di difesa dell'occupazione e qualificazione del nostro sistema industriale;

se intendano chiudere un accordo di programma per definire e porre fine a tutte le crisi in atto nel capoluogo ionico e rilanciare il territorio attraverso un processo di riconversione economica, sociale e culturale.

(3-01278)

BORGHI Enrico, SCALFAROTTO - *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* - Premesso che:

Anton Gross è un avvocato nato in Ucraina, da anni residente in Italia, che a seguito di un ordinario rinnovo della sua patente di guida italiana,

sul relativo documento si è visto riportare, accanto al luogo di nascita (Mariupol, in Ucraina), l'indicazione “(RUS)”, quasi a voler legittimare l'occupazione russa della città;

Mariupol, come noto e indiscutibile, è una città ucraina, sebbene sia stata occupata e rasa al suolo dalle truppe russe;

l'Italia è da sempre a fianco dell'Ucraina e dei *partner* europei ed occidentali nel sostenere ogni contrasto all'invasione Russa: l'emissione di un documento ufficiale della Repubblica, per di più di un cittadino ucraino, che riconosce politicamente la “conquista” di Mariupol da parte della Federazione russa rappresenta secondo gli interroganti un fatto gravissimo e intollerabile,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza delle motivazioni per cui nel documento di guida di Anton Gross Mariupol sia indicata come una cittadina russa;

quali iniziative urgenti intenda adottare per ovviare e scongiurare l'emissione di documenti ufficiali che rechino indicazioni erronee, sconcertanti e lesive della dignità delle persone interessate.

(3-01279)

BASSO, TAJANI, CAMUSSO, RANDO, FINA, ROJC, FURLAN, MALPEZZI, LA MARCA, GIACOBBE, NICITA, LORENZIN, ZAMBITO, VERDUCCI, MARTELLA, IRTO, DELRIO - *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica.* - Premesso che:

il monitoraggio dell'inquinamento atmosferico derivante dal traffico marittimo nelle città portuali evidenzia come le emissioni di ossidi di zolfo e anidride carbonica prodotte dai traghetti e dalle navi da crociera siano molto alte. Allo stato attuale, per gran parte i porti italiani non risultano ancora attrezzati per l'approvvigionamento elettrico di traghetti e navi nel momento in cui stazionano in rada. L'elettrificazione dei porti è uno degli obiettivi del PNRR, nel quale sono previsti a questo scopo investimenti per 400 milioni di euro, assieme a 700 milioni di euro destinati a tale finalità dal fondo complementare al piano nazionale di ripresa e resilienza. Anche in considerazione degli obblighi per le navi derivanti dalla normativa europea, la costruzione di tali infrastrutture, oltre a migliorare la qualità dell'aria, serve a rendere i porti italiani più competitivi e stare al passo con gli scali di altri Paesi che stanno già procedendo rapidamente in tal senso;

nell'ambito del pacchetto “Fit for 55”, la normativa europea (in particolare i regolamenti (UE) n. 2023/1804 sulla realizzazione di un'infrastruttura per i combustibili alternativi, e che abroga la direttiva 2014/94/UE, e n. 2023/1805 sull'uso di combustibili rinnovabili e a basse emissioni di carbonio nel trasporto marittimo, e che modifica la direttiva 2009/16/CE) impone una serie di obblighi a Stati membri ed imbarcazioni,

finalizzati a garantire, nei principali porti europei a decorrere dal 2030, una fornitura minima di energia elettrica da terra, per le navi porta *container* e per le navi da passeggeri adibite alla navigazione marittima;

dal punto di vista ambientale e della salute, rendere effettivo il *cold ironing* risulterebbe di grande rilevanza poiché la quantità di emissioni prodotte potrebbe calare notevolmente tanto per gli ossidi di azoto quanto per i particolati, con un notevole abbattimento sul totale cittadino, un risultato che allontanerebbe le città dalle soglie limite delle emissioni di questi inquinanti;

rilevato che:

il 17 giugno 2024 la Commissione europea ha approvato, ai sensi delle norme UE sugli aiuti di Stato, un regime italiano da 570 milioni di euro per incentivare le navi a utilizzare l'elettricità erogata da reti elettriche terrestri quando sono ormeggiate nei porti marittimi. Nel quadro del regime, l'aiuto assume la forma di una riduzione fino al 100 per cento degli "oneri generali di sistema". Tali oneri sono inclusi nel prezzo dell'energia elettrica per finanziare determinati obiettivi di politica pubblica, tra cui le energie rinnovabili. La riduzione, pertanto, si tradurrà in un calo del prezzo dell'energia elettrica per gli operatori navali quando si riforniscono dell'energia elettrica erogata da reti elettriche terrestri e renderà competitivo il costo di questa energia elettrica rispetto al costo di quella prodotta a bordo utilizzando motori alimentati da combustibili fossili;

la misura, pertanto, incentiverà gli operatori navali a optare per una fornitura di energia elettrica più rispettosa dell'ambiente, evitando così emissioni significative di gas a effetto serra, inquinanti atmosferici ed emissioni di rumore;

l'Italia si è impegnata ad istituire un meccanismo di monitoraggio annuale per verificare la differenza tra i costi effettivi di acquisto di energia elettrica erogata da reti elettriche terrestri e quelli dell'autoproduzione di elettricità alimentata da combustibili fossili a bordo e adeguerà di conseguenza il livello dell'aiuto;

la misura è stata autorizzata poiché contribuisce a ridurre le emissioni di gas serra e l'inquinamento atmosferico e acustico, conformemente con il regolamento "FuelEU maritime" che il 13 settembre 2023 il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato per aumentare la quota di combustibili rinnovabili e a basse emissioni di carbonio nel *mix* di combustibili in uso nel trasporto marittimo internazionale, nonché il regolamento sull'infrastruttura per i combustibili alternativi, al fine di garantire la disponibilità di una fitta e diffusa rete di infrastrutture per combustibili alternativi in tutta l'Unione, comprese le infrastrutture di approvvigionamento di energia elettrica da terra nei porti della UE;

la normativa del sistema europeo di scambio di quote di emissione di gas a effetto serra (EU ETS) comporta una serie di criticità per il settore marittimo portuale che rischiano di ridurre la competitività nel contesto internazionale. In particolare, la normativa fa emergere rischi di distorsione della concorrenza modale tra mare, ferro e gomma, nonché di distorsione del mer-

cato geografico e di delocalizzazione dei traffici, soprattutto *transshipment*, dai porti italiani verso i porti extra UE, di vanificare il lavoro svolto e l'indotto virtuoso generato dalle "autostrade del mare" e di inficiare gli ottimi risultati in termini di sostenibilità e gli investimenti dello Stato nel *sea modal shift* ottenuti con misure come il *marebonus*. L'effetto ultimo potrebbe essere quello di ribaltare gli extra costi dell'ETS sui vari attori della catena logistico-portuale e, non da ultimo, sul mercato sino al consumatore finale;

nella direttiva UE ETS è, tuttavia, presente un principio fondamentale a cui dovrebbe essere dato particolare rilievo nella fase di recepimento proprio per dare soluzione a tali rischi per i porti italiani, ossia quello secondo cui le risorse derivanti dalla vendita delle quote d'emissione siano impiegate nei settori inclusi nell'ambito di applicazione della normativa con finalità ambientali,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo intenda attivarsi per recepire e dare attuazione al principio, statuito nella direttiva UE ETS, secondo cui le risorse derivanti dalla vendita delle quote d'emissione siano impiegate nei settori inclusi nell'ambito di applicazione della normativa con finalità ambientali;

quali atti intenda adottare, e in che tempi, al fine di consentire il pieno utilizzo del regime italiano da 570 milioni di euro approvato dalla Commissione europea ai sensi delle norme sugli aiuti di Stato, al fine di incentivare le navi a utilizzare l'elettricità erogata da reti elettriche terrestri quando sono ormeggiate nei porti marittimi;

se intenda impiegare le risorse nel settore marittimo-portuale per concretizzare gli obblighi previsti nella FuelEU maritime e quelli dal regolamento AFIR, al fine di rendere effettivo il *cold ironing* e l'infrastrutturazione dei depositi costieri e *pipeline* per l'utilizzo di carburanti *green* di nuova generazione; se intenda altresì adoperarsi per rafforzare l'incentivo nazionale del *sea modal shift* per sostenere le autostrade del mare e per consentire alle imprese e ai *terminal* autorizzati ad operare nei porti italiani il ricambio del parco mezzi in chiave di sostenibilità, compresa la necessaria formazione del proprio personale.

(3-01280)

NICITA - *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti*. - Premesso che:

l'aeroporto di Catania "Fontanarossa", con quasi 11 milioni di passeggeri nel 2023, in crescita rispetto all'anno precedente, nel 2024 prosegue il proprio *trend* di crescita registrando un 16,2 per cento in più nel mese di maggio e un consuntivo di quasi 1,2 milioni di passeggeri;

a fronte della continua crescita dei passeggeri in transito nell'aeroporto di Catania, gli spazi loro destinati per l'accesso all'aeroporto

e alle uscite di imbarco sono rimasti sostanzialmente invariati nel corso degli anni;

allo stato attuale non sono disponibili sufficienti posti a sedere nella zona delle partenze antistante ai controlli, limitati a due sole panchine nella parte sinistra della zona;

i posti a sedere in prossimità delle uscite di imbarco sono manifestamente insufficienti, tanto che si assiste ripetutamente a passeggeri seduti a terra e ove possibile;

il rapporto tra gli spazi destinati ai servizi ai passeggeri, inclusi i posti a sedere in attesa della chiamata del volo, e i negozi all'interno dell'area d'imbarco è manifestamente ridotto in favore degli esercizi commerciali di vestiario, *souvenir* e altre attività;

tale situazione, esasperata nel momento di maggior afflusso turistico, genera notevoli disagi ai passeggeri, in particolare alle persone più anziane e alle famiglie, specie nei casi di accumulo di ritardo nelle partenze e negli arrivi,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ritenga che le attuali destinazioni degli spazi aeroportuali, nelle aree di imbarco e fuori da queste ultime, siano compatibili con l'erogazione di una qualità minima del servizio aeroportuale;

se non ritenga che il rapporto tra aree destinate alle sedute per i passeggeri e aree destinate a esercizi commerciali, dentro le aree di imbarco dell'aeroporto di Catania, sia una delle cause fondamentali di disagio per i passeggeri, specie per le persone anziane e le famiglie;

quali misure intenda adottare per favorire una diversa e più equilibrata suddivisione degli spazi all'interno dell'aeroporto di Catania e per aumentare in misura consistente le sedute a disposizione per i passeggeri in attesa.

(3-01281)

*Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento*

ALFIERI, MISIANI - *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

con la legge 13 giugno 2023, n. 83, la Repubblica italiana e la Confederazione svizzera hanno ratificato l'accordo relativo all'imposizione fiscale dei lavoratori frontalieri ed il protocollo di intesa recante le modifiche alla convenzione tra i due Paesi per evitare le doppie imposizioni e per regolare talune altre questioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio;

il nuovo regime pertiene al sistema di tassazione dei lavoratori frontalieri come definiti dall'articolo 2, lettera *b*), dell'accordo, ossia quei soggetti residenti in comuni italiani siti a meno di 20 chilometri dalla frontiera, che svolgono un'attività di lavoro dipendente nella medesima area per un datore di lavoro svizzero e che rientrano quotidianamente nel proprio domicilio. L'accordo, all'articolo 2, lettera *a*), fornisce, inoltre, una definizione di "area di frontiera" che, per quanto riguarda la Svizzera, è rappresentata dai cantoni dei Grigioni, del Ticino e del Vallese e, per l'Italia, dalle regioni Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta e provincia autonoma di Bolzano;

la novità più rilevante tra la nuova e la previgente disciplina risiede nell'adozione di un criterio concorrente nella tassazione. L'imposizione fiscale sarà, pertanto, effettuata sia nello Stato dove viene prestata l'attività lavorativa, sia nello Stato di residenza;

già nell'accordo siglato nel 1974 tra Italia e Svizzera era stata approvata una disciplina relativa ai ristorni fiscali, ovvero parte delle tasse pagate dai lavoratori frontalieri in Svizzera che rientrano in Italia agli enti locali, alle province e ai comuni di confine;

considerato che:

i ristorni sono essenziali per gli enti pubblici e consentono di programmare imponenti investimenti in opere pubbliche nonché finanziare alcuni servizi utili alla comunità territoriale;

per dare una misura dell'entità delle somme, basti pensare che l'importo della compensazione finanziaria in riferimento alla remunerazione dei lavoratori frontalieri per l'anno 2022 è stata pari a 107.482.210,25 franchi, una cifra molto importante se si pensa che nel 2019, solo tre anni fa, era invece di 90 milioni di franchi;

l'accreditamento dei ristorni ai Comuni di frontiera delle somme versate dalla Svizzera nel giugno dell'anno precedente dovrebbero essere versate, come solitamente avviene, tra la metà del mese di luglio e agosto;

ad oggi il Ministero dell'economia e delle finanze non ha ancora provveduto all'emanazione del decreto di determinazione dei criteri di riparto e di utilizzo dei ristorni stessi che, come evidenziato, sono necessari per la fornitura dei necessari servizi alla popolazione,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga necessario e urgente procedere in tempi celeri all'emanazione del decreto di riparto alla luce delle pesanti ricadute finanziarie che il ritardo sta provocando sui bilanci dei Comuni di frontiera.

(3-01277)

*Interrogazioni con richiesta di risposta scritta*

IANNONE - *Al Ministro dell'università e della ricerca.* - Premesso che:

la sentenza della Corte di cassazione ha confermato l'ordinanza applicativa della misura cautelare interdittiva disposta dal giudice per le indagini preliminari di Salerno su richiesta della Procura della Repubblica nei confronti di Enrico Coscioni e della sua *équipe*, tutti sanitari in servizio presso la stessa azienda e componenti dell'*équipe* chirurgica presieduta e coordinata dal direttore e primo operatore, il dottore Coscioni sospeso per un anno dalla professione medica;

la vicenda è relativa all'intervento chirurgico di "sostituzione valvolare aortica con bioprotesi e rivascularizzazione coronarica", cui Umberto Maddolo, 62 anni, di Montecorvino Rovella, in provincia di Salerno, venne sottoposto il 20 dicembre 2021 presso il reparto di cardiocirurgia, e successivamente deceduto;

il giudice per le indagini preliminari ritenne la sussistenza di gravi indizi di colpevolezza nei confronti dei cinque indagati applicando la misura interdittiva del divieto di esercizio della professione medica, inibendo loro ogni attività medica e tutte le attività inerenti, per la durata di 12 mesi a carico del primario Coscioni;

il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, aveva approvato, nella riunione del 4 giugno 2024, la deliberazione motivata sostitutiva dell'intesa necessaria per l'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di sospensione del presidente di AGENAS, Enrico Coscioni, nominato in data 28 ottobre 2020 per la durata di 4 anni;

a seguito di tale approvazione è possibile adottare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che dispone la sospensione del professor Enrico Coscioni quale presidente di AGENAS fino alla fine del processo penale e comunque a scadenza naturale dell'incarico;

il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, ha approvato, nella riunione del 4 giugno 2024, la deliberazione motivata sostitutiva dell'intesa necessaria per l'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di sospensione del presidente di AGENAS;

il dottor Coscioni conserva la cattedra di cardiocirurgia all'università degli studi di Salerno e nessun provvedimento è stato intrapreso dal rettore dell'ateneo, sempre molto attento a sanzionare comportamenti di docenti che potrebbero arrecare danni al percorso di studi degli allievi,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei gravi fatti esposti e se ritenga, rilevata la particolare situazione personale del dottor Coscioni, che l'università degli studi di Salerno debba prendere provvedimenti a tutela degli allievi;

se ritenga che sia possibile che un medico, cui è stata applicata la misura interdittiva del divieto di esercizio della professione medica, possa continuare ad insegnare medicina e chirurgia.

(4-01343)

PAITA - *Ai Ministri delle imprese e del made in Italy e delle infrastrutture e dei trasporti.* - Premesso che:

organismi di stampa riportano le segnalazioni di diversi utenti e la denuncia presentata da un gruppo di turisti circa una nuova “pratica” del tutto scorretta e illegale messa in atto dai tassisti in servizio presso l'Aeroporto di Roma “Leonardo da Vinci”, la quale confermerebbe inesorabilmente come nel nostro Paese vi sia un evidente problema nel fornire ai cittadini e ai turisti un servizio taxi adeguato, efficace e trasparente;

la nuova “pratica” segnalata consiste nel dividere i passeggeri per gruppi (anche di sconosciuti) a seconda della destinazione e farli salire sullo stesso taxi per raggiungere la meta in comune: tuttavia, invece di praticare un unico prezzo fisso per la corsa (come previsto dalla normativa), la tariffa viene fatta pagare a ciascun passeggero, permettendo così ai tassisti di ottenere un guadagno disonesto a danni dei cittadini e dei turisti che usufruiscono delle corse;

Aeroporti di Roma, pur non avendo alcuna responsabilità rispetto al fenomeno descritto e mancando di poteri regolatori e sanzionatori in materia, è stata costretta a impegnarsi autonomamente per adottare efficaci azioni di contrasto a simili condotte, con l'obiettivo di limitare e debellare le pratiche scorrette e tutelare i passeggeri: tra queste, vi è l'assegnazione automatica delle corse tramite *totem* direttamente all'interno dei *terminal*, la creazione di percorsi segnalati per i taxi al fine di contrastare il fenomeno dei “finti” tassisti senza licenza, mentre a livello di controlli è stato istituito un presidio aggiuntivo di personale sulla viabilità dalle ore 06 alle ore 03 per supportare al meglio le forze di Polizia;

con l'arrivo in massa di turisti a Roma per l'estate e il Giubileo alle porte, la situazione del servizio taxi all'Aeroporto di Roma è ulteriormente peggiorata, regalando un quadro desolante per il nostro Paese: come riportato da diversi utenti sui *social*, nei giorni scorsi nei pressi dell'aeroporto erano disponibili solo quattro taxi, causando così code interminabili di più di mille turisti, in attesa del servizio sotto il caldo torrido;

la decisione del sindaco di Roma di emettere solamente mille nuove licenze dei taxi rappresenta a parere dell'interrogante una soluzione insufficiente e inefficace, che non risolve in alcun modo una problematica strutturale e che pregiudica da anni il servizio pubblico non di linea: a fronte di tale insufficiente aumento di licenze, inoltre, risulta che verranno aumentate persino le tariffe, prevedendo un minimo di 9 euro per una corsa in giorno feriale e 12 euro per una corsa in giorno festivo, al fine di sollecitare i tassi-

sti a non “scegliere” le corse più remunerative (condotta del tutto illecita e sanzionabile);

alla conclamata carenza dei servizi taxi appare del tutto intollerabile che si aggiungano anche pratiche del tutto illegali e lesive dei principi che uniformano il trasporto pubblico non di linea, che viene trasformato (ancora di più) in uno strumento di indebito arricchimento attraverso la vessazione degli utenti,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti in premessa e quali iniziative urgenti ed esemplari intendano adottare al fine di disincentivare un sistema di gestione del servizio pubblico non di linea che non tutela cittadini e turisti.

(4-01344)

MAGNI - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

a Mantova, dal 17 al 19 maggio 2024, si è tenuto il "Food & Science", un *festival* promosso da Confagricoltura Mantova, ideato da FRAME, e realizzato, tramite *partnership* e sponsorizzazioni, con il supporto economico di multinazionali del settore zootecnico che, dagli attivisti e dalle attiviste di “Animali Politici”, “Ribellione Animale” e “Scientist Rebellion”, è considerato una delle principali cause della crisi climatica ed ecologica;

in contemporanea al *festival*, giovani attivisti hanno messo in luce le problematiche dietro all'organizzazione del grande evento mantovano, che gode del patrocinio del Ministero dell'Agricoltura e di quello dell'Ambiente, oltre che della Regione Lombardia e della Provincia e del Comune di Mantova, organizzando tre giorni di controinformazione al circolo ARCI “Papacqua” di Mantova, ospitando collettivi ed attiviste per la liberazione animale, un'etologa, una docente universitaria di economia agro-ambientale, un biotecnologo, un infettivologo. Esperti del mondo scientifico intervenuti al Papacqua, a titolo gratuito, per portare a Mantova una scienza libera, onesta, non legata alle multinazionali del cibo;

in data 17 maggio 2024, alle ore 17.00, al Teatro Bibiena era previsto in videocollegamento l'intervento del ministro dell'Agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, invitato dagli organizzatori del *festival* Food & Science. Due giovani sono riusciti ad aprire uno striscione (“Gli animali non sono cibo al servizio della scienza”) sopra la sua immagine in collegamento, ed altri due a salire sul palco con un altro striscione (“Complici e alleate della resistenza animale”) durante il suo intervento;

secondo quanto risulta all'interrogante le quattro persone sarebbero state portate via dalle forze dell'ordine, trascinate a forza sugli scalini del teatro e trattenute in questura fino alle 22.00; non essendo residenti a Mantova, hanno ricevuto un foglio di via che impedirà loro di recarsi a Mantova per i prossimi tre anni, con riguardo a due attivisti, e per il prossimo anno, con riguardo agli altri due;

una delle attiviste in questione è una traduttrice di testi anti specisti ed era previsto un suo intervento al contro *festival* organizzato al circolo ARCI Papacqua; intervento, poi, reso impossibile dopo aver ricevuto il foglio di via;

considerato inoltre che, secondo quanto risulta all'interrogante:

in data 19 maggio 2024, nel tardo pomeriggio, è stato contestato l'evento dell'azienda Levoni sulla storia e tradizione del suino mantovano. Due attivisti, insegnante e biotecnologo, si sono avvicinati al palco e hanno provato ad aprire uno striscione con la grafica di "Food & Science Festival" rivisitata e le seguenti scritte: "Food & Science. Coltiviamo sfruttamento. A Mantova 3 maiali per ogni abitante. Mantova capitale dell'oppressione animale", con l'intenzione di rimanere seduti di fronte al palco per un minuto con lo striscione aperto, ma sono stati prontamente presi ed allontanati da uno schieramento di forze dell'ordine, tra carabinieri e polizia;

un'attivista che si avvicinava al palco con un secchio di tempera verde diluita (a simboleggiare il *greenwashing* messo in atto da Levoni e dalle altre aziende oggetto di contestazione) sarebbe stata presa per il collo da un'agente della DIGOS ancora prima del suo arrivo di fronte al palco, come si evince da alcuni video;

i tre attivisti, tenuti a terra con la forza nei dintorni dell'evento, hanno quindi scandito *slogan* sull'inopportuna presenza di aziende che lucrano sulla vita animale, causando altresì un importante problema ambientale al territorio dietro un *festival* che si propone di essere scientifico. Anche tali persone avrebbero passato ore in questura e ne sarebbero uscite con una denuncia per quattro reati (sei nel caso dell'attivista con la tempera) ed altri due fogli di via;

in data 7 luglio 2024, nell'ambito di un'iniziativa all'interno del *festival* "Interno Verde", che prevedeva una gita in barca gratuita perché pagata dall'azienda Levoni (ancora *sponsor* del *festival*) due attiviste del gruppo "Animali Politici" hanno aperto un cartello ed uno striscione, contestazione durata pochissimi minuti, in quanto è arrivata immediatamente una macchina della polizia e una dei carabinieri. Gli agenti hanno dichiarato di dover solamente controllare i documenti delle ragazze e che, dopo la verifica, la manifestazione avrebbe potuto continuare senza problemi. Tuttavia, una volta identificate le due persone, una di loro è stata avvisata della necessità di seguire gli agenti in questura. Nel frattempo un gruppo di persone si era radunato intorno agli striscioni e alle attiviste e solidarizzava con loro;

anche in tale caso, persone che passavano di lì e che hanno semplicemente espresso la loro contrarietà a quanto stava avvenendo, sarebbero state identificate con chiari obiettivi di intimidazione, la medesima che è stato ritenuto di dover attuare nei confronti della ragazza portata in questura, chiusa in una cella per alcune ore senza alcun motivo valido;

dunque, nel giro di pochi giorni, tali attivisti sono stati allontanati dalla città di Mantova e non potranno più farvi ritorno per diverso tempo a causa dei fogli di via, oltre ad aver ricevuto una serie di denunce che vanno

da inosservanza del provvedimento dell'autorità (art. 650 del codice penale), concorso di più persone al reato (art. 110 del codice penale), disturbo con schiamazzi (art. 659 del codice penale), manifestazione non autorizzata (art. 19 TULPS), a imbrattamento (art. 639 del codice penale) e violazione del foglio di via (art. 76, comma 3 del decreto legislativo n. 159 del 2011);

è, a parere dell'interrogante, di tutta evidenza che, non potendo la questura di Mantova emettere provvedimenti di allontanamento dalla città nei confronti della persona che a Mantova risiede, la tecnica usata per far desistere dall'idea di future contestazioni è stata, come segnalato, l'intimidazione,

si chiede di sapere:

quali siano le valutazioni del Ministro in indirizzo su quanto illustrato in premessa;

se, in particolare, non intenda attivarsi nei confronti dei giovani colpiti da foglio di via, impegnati in ambito anti specista, in quanto responsabili solo di avere espresso, pacificamente, il loro dissenso;

più in generale, se non ritenga che l'utilizzo del foglio di via rischi di generare timore e scoraggiamento, dissuadendo in tal modo anche le persone che vogliono protestare pacificamente, con ciò compromettendo diritti e libertà fondamentali stabilite dalla nostra Costituzione.

(4-01345)

### **Interrogazioni, da svolgere in Commissione**

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

*8ª Commissione permanente* (Ambiente, transizione ecologica, energia, lavori pubblici, comunicazioni, innovazione tecnologica):

3-01281 del senatore Nicita, sugli spazi per i passeggeri in transito e in attesa nell'aeroporto "Fontanarossa" di Catania;

*10ª Commissione permanente* (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale):

3-01278 del senatore Turco, sulla salvaguardia occupazionale dello stabilimento di Statte (Taranto).

**Interrogazioni da svolgere in Commissione, nuova assegnazione**

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, la seguente interrogazione, già assegnata per lo svolgimento alla *9ª Commissione permanente* (Industria, commercio, turismo, agricoltura e produzione agroalimentare), sarà svolta presso la Commissione permanente:

*10ª Commissione permanente* (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale):

3-01136, del senatore Franceschelli ed altri, sulla cooperativa "I Pescatori" di Orbetello.