

BOLLETTINO DELLE GIUNTE E DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

INDICE

AFFARI SOCIALI (XII)	<i>Pag.</i>	2
POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA (XIV)	»	29
INDICE GENERALE	<i>Pag.</i>	32

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE REFERENTE:

DL 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato (<i>Seguito dell'esame e conclusione</i>)	2
ALLEGATO (<i>Proposte emendative</i>)	9
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	8

SEDE REFERENTE

Venerdì 19 luglio 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. — Interviene il Ministro della salute Orazio Schillaci.

La seduta comincia alle 13.05.

DL 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato.

(Seguito dell'esame e conclusione).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 18 luglio 2024.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, comunica che alla scadenza del termine, fissato alle ore 10 di oggi, sono state presentate 63 proposte emendative (*vedi allegato*).

Al riguardo, ricorda che, ai sensi del comma 7 dell'articolo 96-bis del Regolamento, sono considerati ammissibili gli emendamenti e gli articoli aggiuntivi che siano strettamente attinenti alla materia del decreto-legge. Rammenta, inoltre, che la lettera circolare del Presidente della Camera del 10 gennaio 1997 sull'istruttoria legislativa precisa che, ai fini del vaglio di

ammissibilità delle proposte emendative, la materia deve essere valutata con riferimento ai singoli oggetti e alla specifica problematica affrontata dall'intervento normativo. La necessità di rispettare rigorosamente tali criteri si impone ancor più a seguito delle sentenze della Corte costituzionale n. 22 del 2012, n. 32 del 2014, dell'ordinanza n. 34 del 2013 e della sentenza n. 5 del 2018.

Alla luce di tali considerazioni, la presidenza ritiene che debbano considerarsi inammissibili per estraneità di materia le seguenti proposte emendative: Furfaro 01.01, in quanto dispone un aumento del finanziamento del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale *standard*, in modo da raggiungere una percentuale definita del PIL; gli identici Zanella 3.5 e Quartini 3.6, Quartini 3.8 e Zanella 3.01, in quanto dispongono che l'applicazione o il rinnovo dei contratti di lavoro del personale sanitario, unitamente al possesso di determinati requisiti, siano elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale da parte delle regioni e delle province autonome; Quartini 3.02, recante varie disposizioni in materia di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso incrementi della tassazione sui ricavi di imprese digitali,

intermediari finanziari e banche; Marianna Ricciardi 4.5, in quanto interviene sulla normativa relativa al trattamento economico degli specializzandi di area sanitaria non medica; Furfaro 5.01, recante disposizioni volte a rinnovare alcuni contratti concernenti il personale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa); Bonetti 6.2, in quanto volto a disciplinare un Piano straordinario per il recupero delle vaccinazioni obbligatorie e anti-HPV; Di Lauro 6.3, in quanto volto ad ampliare la platea dei professionisti destinati a ricevere il contributo finanziario per l'assistenza psicologica e psicoterapica; Malavasi 6.02 e Gadda 6.03, volti a includere nei ruoli dirigenziali i medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo indeterminato presso il Servizio sanitario nazionale.

Comunica, altresì, che eventuali ricorsi avverso la declaratoria di inammissibilità potranno essere presentati entro le ore 13.40 della giornata odierna.

Chiede, quindi, se vi sono deputati che intendono intervenire sul complesso degli emendamenti.

Andrea QUARTINI (M5S), nell'esprimere apprezzamento per la presenza del Ministro Schillaci ai lavori della Commissione, manifesta alcune perplessità rispetto alla pronuncia di inammissibilità effettuata dal presidente. In termini più generali, sottolinea che il Servizio sanitario nazionale si trova in un'evidente condizione di gravissima difficoltà, dovuta sostanzialmente a una costante riduzione nel tempo dei finanziamenti ad esso destinati, stimata in oltre 37 miliardi di euro complessivi fino al 2022, dato che è sicuramente ulteriormente aumentato, anche a seguito del rincaro della componente energetica e delle dinamiche inflattive. In tale contesto, sta aumentando il divario tra il Nord e il Sud del Paese a cui non si è posto rimedio nonostante ciò rappresentasse un obiettivo prioritario del PNRR. Ricorda, in proposito, che le regioni meridionali si trovano nella condizione di dover pagare una cifra superiore a 4 miliardi di euro all'anno per le prestazioni che i loro cittadini sono costretti a richiedere in altre regioni, segnalando che questo dato è destinato ad ag-

gravarsi con l'introduzione dell'autonomia differenziata.

Rileva che questo stato di cose ha portato a una forte mobilitazione della società civile per ripristinare un livello adeguato di risorse da destinare al sistema sanitario e che tale obiettivo è stato raccolto da alcune forze politiche. Nel rilevare che in passato il Ministro Schillaci si è impegnato per tentare di salvaguardare la sanità pubblica, reputa invece « cinico » il provvedimento in esame, adottato quasi esclusivamente per fini di propaganda elettorale, che risulta privo di misure di impatto diretto che ne avrebbero giustificato l'urgenza. Evidenzia che questo tipo di comportamento dimostra che l'attuale maggioranza non ha imparato nulla da quanto avvenuto durante l'emergenza pandemica, nel corso della quale sono apparsi evidenti i limiti delle scelte politiche condotte fino a quel momento nell'ambito della tutela della salute.

Sottolinea che, in relazione alle liste d'attesa, sono necessari interventi di ampio respiro per intervenire sulle cause del fenomeno, non limitandosi ad alcune misure correttive di carattere temporaneo. Segnala che il proprio gruppo, nel corso dell'esame al Senato del provvedimento, ha mantenuto un approccio collaborativo, proponendo soluzioni che tenevano conto dell'interesse generale.

Entrando più nello specifico del decreto in esame, osserva che viene rinviato il superamento del tetto alla spesa per il personale, prevedendo esclusivamente risorse per pagare prestazioni straordinarie del personale sanitario, a scapito di altri interventi nell'ambito delle politiche a tutela della salute.

Sul piano procedurale, ritiene inaccettabile e antidemocratica una procedura che di fatto mortifica, in maniera alternata, il ruolo di un ramo del Parlamento, comprimendo i tempi di esame e vanificando qualunque possibilità di contribuire a migliorare la qualità dei provvedimenti adottati.

Marco FURFARO (PD-IDP), intervenendo sulla dichiarazione di inammissibilità avente ad oggetto l'articolo premissivo 01.01 a sua prima firma, evidenzia che

quest'ultimo, essendo volto ad introdurre un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, si configura come strettamente funzionale alla riduzione delle liste d'attesa.

Preannuncia, pertanto, che sarà proposto un ricorso avverso detta pronuncia di inammissibilità.

Passando all'esame del merito del provvedimento, non esita a definirlo un « decreto fuffa », osservando che esso non affronta le cause del problema, ma solo i suoi effetti. Al riguardo, evidenzia che si stima che ad oggi circa il 65 per cento dei medici è a rischio *burnout*.

Ritiene che in un simile contesto non sia sufficiente sbloccare il tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario, bensì risulta necessario giungere a un complessivo miglioramento delle condizioni di lavoro, garantendo la salvaguardia della dignità degli operatori sanitari. Evidenzia, quindi, una discrepanza tra gli intenti e il contenuto del provvedimento.

Auspica, infine, rivolgendo un'esortazione al Ministro Schillaci, che le riforme del sistema sanitario nazionale vengano escluse da battaglie ideologiche e seguano, invece, il bisogno di cure dei cittadini, che non devono essere costretti a rivolgersi al settore privato.

Luciano CIOCCHETTI (FDI), *relatore*, prime di esprimere il proprio parere sulle proposte emendative presentate, ritiene necessario replicare ai colleghi precedentemente intervenuti. Dichiarò che non si tratta, contrariamente a quanto sostenuto dal collega Furfaro, di un « decreto fuffa », bensì di un concreto passo in avanti.

Sottolinea che l'implementazione, da parte delle strutture private accreditate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP non determini affatto un favore verso i privati bensì l'integrazione di questi ultimi in un meccanismo di controllo pubblico. Ritiene, inoltre, che grazie a questa riforma, si compia una profonda riorganizzazione del sistema delle liste d'attesa, affrontandosi così il problema della conoscibilità dell'effettiva entità delle stesse, necessaria per

pervenire ad un loro miglior governo. Evidenzia come, attraverso l'interlocuzione con le regioni, al Senato sia stato raggiunto un punto di equilibrio con riferimento alla verifica e al controllo della gestione delle liste di attesa.

Altro punto di forza del provvedimento in esame è la previsione del superamento del tetto di spesa per l'assunzione del personale sanitario, una misura attesa da tempo, da tutte le forze politiche.

Per quanto riguarda, poi, le coperture finanziarie, sottolinea che queste non accedono ai fondi attualmente destinati al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, bensì ad altri capitoli di spesa.

Alla luce di tali considerazioni, formula un invito al ritiro, esprimendo altrimenti parere contrario, su tutte le proposte emendative.

Il Ministro Orazio SCHILLACI esprime parere conforme a quello del relatore.

Paolo CIANI (PD-IDP), nel sottoscrivere l'emendamento Zanella 1.1, esprime disappunto per i tempi stretti con cui la Commissione affronta argomenti di tale importanza nonostante lo spirito collaborativo e migliorativo alla base delle proposte emendative presentate.

Evidenzia la delicatezza del tema delle liste di attesa, che tocca soprattutto le fasce più deboli del Paese, le quali non possono accedere alle cure erogate da soggetti privati. Dichiarò, quindi, il voto favorevole del proprio gruppo su tale proposta emendativa.

La Commissione respinge l'emendamento Zanella 1.1.

Andrea QUARTINI (M5S), intervenendo sull'emendamento 1.2 a sua prima firma, ne sottolinea la portata migliorativa. Osserva che, aggiungendo l'inciso « suddivise per regione e per struttura sanitaria » con riferimento alla misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale, si vuole favorire un quadro complessivo che non sia « a macchia di leopardo »,

in modo tale da comprendere anche dove si colloca la maggiore necessità di intervento.

Cita l'esempio della regione Toscana, in cui si registra un forte ricorso all'indebitamento per poter accedere alle cure, oltre a numerosi casi di chi invece è costretto a rinunciare alle stesse per mancanza di risorse economiche, nonostante si tratti di una regione tra le migliori d'Italia per quanto concerne la sanità.

La Commissione respinge l'emendamento Quartini 1.2.

Marianna RICCIARDI (M5S) segnala che, con l'emendamento Sportiello 1.4, di cui è cofirmataria, si intende evitare che gli interventi *intramoenia* siano superiori all'attività istituzionale non solo della singola struttura, ma anche del singolo professionista.

Ravvisa, infatti, il rischio che alcuni professionisti, svolgendo esclusivamente l'una o l'altra attività, possano interferire negativamente nella gestione delle liste d'attesa. Per questa ragione sottolinea l'importanza e l'utilità dell'emendamento in esame.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Sportiello 1.4 e Marianna Ricciardi 1.5.

Andrea QUARTINI (M5S) dichiara di avere la sensazione che, con l'invito al ritiro formulato, da parte del relatore e del rappresentante del Governo, sull'emendamento a sua prima firma 1.6, si tema la trasparenza. L'emendamento, infatti, chiede che siano resi pubblici i dati rilevabili dal monitoraggio effettuato della Piattaforma nazionale delle liste di attesa. Si domanda se siano necessarie inchieste giornalistiche o delle associazioni dei consumatori per venire a conoscenza di dati che dovrebbero, viceversa, essere accessibili, almeno in forma sintetica. Fa presente infine che, con l'emendamento in esame, il Movimento 5 Stelle dà prova della propria volontà di collaborare con l'Esecutivo su questo tema.

La Commissione respinge l'emendamento Quartini 1.6.

Isabella DE MONTE (IV-C-RE), richiamando le considerazioni svolte dal collega Quartini, rileva le similitudini tra l'emendamento Faraone 1.7, di cui è cofirmataria, e il precedente emendamento. Sottolinea come la trasparenza stimoli al miglioramento, favorendo una buona amministrazione, capacità di analisi e chiarezza, a vantaggio di un complessivo miglioramento del sistema.

La Commissione respinge l'emendamento Faraone 1.7.

Andrea QUARTINI (M5S), intervenendo sull'emendamento a sua prima firma 2.1, evidenzia come, a suo avviso, sussista il rischio che, attraverso l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, si duplichi di fatto il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Stigmatizza, in particolare, il monopolio governativo sull'istituendo Organismo, con il pericolo concreto di creare una struttura compiacente rispetto agli organi di governo. Reputa necessario, invece, lasciare immutato il contesto attuale, in cui SiVeAS può garantire un monitoraggio indipendente ed autonomo.

A titolo di esempio, fa presente di essersi speso politicamente, in questa prospettiva, per evitare che l'Agenzia sanitaria regionale della Toscana svolgesse le proprie funzioni alle dipendenze, *de facto*, del Consiglio regionale.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Quartini 2.1, Ciani 2.3, Malavasi 2.4 e Stumpo 2.5.

Gian Antonio GIRELLI (PD-IDP), intervenendo sull'emendamento Furfaro 3.1, di cui è cofirmatario, coglie l'occasione per svolgere un unico intervento di sintesi sulle proposte emendative riferite all'articolo 3 del provvedimento in esame.

Ringrazia quindi il Ministro per l'attenzione dimostrata rispetto ai lavori della Commissione, pur manifestando il proprio dispiacere nel rilevare che non si sia colta l'occasione per sviluppare un confronto di

merito sulle proposte emendative presentate, così come era già accaduto in occasione dell'esame della proposta di legge C. 1741, a firma Schlein.

Evidenzia come oramai, specialmente nella presente legislatura, si sia consolidata la prassi di un monocameralismo alternato che finisce per svilire il Parlamento nel suo complesso, nonché i deputati, tanto di opposizione quanto, ancor più, di maggioranza, non potendo questi ultimi presentare emendamenti.

Manifesta poi le proprie perplessità rispetto alla declaratoria di inammissibilità di alcune proposte emendative, con particolare riferimento a quella presentata dal suo gruppo, in tema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Per altro verso, evidenzia come il precedente intervento del relatore gli abbia ricordato la canzone « L'anno che verrà » di Lucio Dalla, poiché fatica a credere che con il provvedimento in esame saranno risolti tutti i problemi emersi. Fa presente, in questo senso, come l'emendamento in esame cerchi proprio di realizzare gli obiettivi dichiarati dal relatore.

Sottolinea, quindi, alcuni aspetti rilevanti, tra cui il ruolo delle regioni – rispetto ai quali si domanda in quale direzione si stia andando, ravvisando contraddittorietà tra il provvedimento in discussione e il tema dell'autonomia differenziata – e gli aspetti economico-finanziari del provvedimento in esame, in cui è completamente assente un significativo stanziamento di risorse. Pur comprendendo le difficoltà del Ministro della salute sul tema delle risorse, rispetto alle quali il Ministero dell'economia e delle finanze dà una lettura legata rigidamente alle esigenze di bilancio, sottolinea tuttavia la necessità, propugnata dal Partito Democratico, di lavorare con una prospettiva più ampia, di medio-lungo periodo, favorendo gli investimenti in ambito sanitario.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, replicando all'onorevole Girelli sulla questione delle inammissibilità dichiarate, ricorda che rispetto ai decreti-legge vigono parametri più stringenti e rigorosi, ai quali ha dato applicazione.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Furfaro 3.1 e Zanella 3.2, sottoscritti dal deputato Ciani.

Marianna RICCIARDI (M5S) illustra l'emendamento a sua prima firma 3.3, che intende unificare le agende di prenotazione, un passo necessario ritenuto per rendere il sistema delle prenotazioni più efficiente. In particolare, prospettando la sanzione della revoca dell'accreditamento, si evita che singole strutture o gruppi di strutture possano attivare singole agende.

La Commissione respinge l'emendamento Marianna Ricciardi 3.3.

Isabella DE MONTE (IV-C-RE) sottolinea la ragionevolezza dell'emendamento Faraone 3.4, di cui è cofirmataria, considerato che l'interoperabilità favorisce il dialogo con il sistema dei CUP per garantire un servizio più efficiente.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Faraone 3.4, Sportiello 3.7, Di Lauro 3.9 e Ciani 3.10.

Paolo CIANI (PD-IDP) sottoscrive l'emendamento Zanella 3.11.

La Commissione respinge l'emendamento Zanella 3.11.

Andrea QUARTINI (M5S), intervenendo sull'emendamento a sua prima firma 3.12, auspica che con l'esame del presente decreto-legge si provi a individuare dei canoni per una gestione più strutturata delle attività *intramoenia* dei liberi professionisti. Ritene opportuno prevedere che le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa e all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, non possono attivare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

Segnala, in particolare, il rischio di precarietà e sfruttamento, fattori che non garantiscono la qualità del servizio reso ai cittadini, come evidenziato anche dal Ministro Schillaci in un suo intervento sui cosiddetti gettonisti e sulle esternalizzazioni.

Evidenzia, infine, che non si tratta di una questione ideologica. Il Movimento 5 Stelle è infatti disponibile a collaborare per il perseguimento di un obiettivo – il miglioramento del servizio – che travalica le divergenze politiche sul tema.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Quartini 3.12, Sportiello 3.13, Girelli 3.14 e Faraone 3.15.

Antonio D'ALESSIO (AZ-PER-RE) illustra l'emendamento Bonetti 3.16, di cui è cofirmatario, il quale prevede che, nelle more di un finanziamento complessivo e strutturale finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, sia istituito un fondo straordinario *ad hoc* nello stato di previsione del Ministero della salute.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Bonetti 3.16, Stumpo 3.17, Bonetti 3.18, Malavasi 4.1, Bonetti 4.2 e Ciani 4.3.

Marianna RICCIARDI (M5S), intervenendo sull'emendamento Di Lauro 4.4, di cui è cofirmataria, ne sottolinea l'obiettivo di regolamentazione dell'attività *intramoenia*, al fine di prevenire che i fruitori delle prestazioni erogate in tale regime abbiano un percorso agevolato rispetto a coloro che ricevono prestazioni sanitarie nell'ambito dell'attività istituzionale.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Di Lauro 4.4, Faraone 4.6 e Girelli 4.01.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, constata l'assenza della presentatrice dell'emendamento Zanella 5.1; si intende che vi abbia rinunciato.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Furfaro 5.2, Quartini 5.3, Ciani 5.4, Faraone 5.5, Girelli 5.6, Ciani 5.7, Girelli 5.8, Marianna Ricciardi 5.9 e Malavasi 5.10.

Andrea QUARTINI (M5S), intervenendo sull'emendamento a sua prima firma 5.11, evidenzia che per evitare la fuga dal sistema sanitario degli operatori che vi operano è necessario un adeguamento del livello retributivo agli *standard* europei, che in alcuni casi sono pari a quasi il doppio di quanto previsto in Italia. Nel rilevare che anche questa problematica potrebbe essere ulteriormente aggravata introducendo una differenziazione a livello regionale con l'implementazione delle misure relative all'autonomia, insiste sull'opportunità di affiancare le misure di carattere economico con provvedimenti relativi al benessere organizzativo del personale, lavorando quindi sulle cause dell'attuale situazione di criticità. La chiusura della maggioranza rispetto alla propria proposta emendativa conferma che la sanità non rappresenta per essa una reale priorità.

La Commissione respinge l'emendamento Quartini 5.11.

Marianna RICCIARDI (M5S) illustra l'emendamento Sportiello 5.12 di cui è cofirmataria, volto ad assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale, destinando maggiori risorse per l'assunzione del personale che dovrà operare nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare. Ne raccomanda, quindi, l'approvazione.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge l'emendamento Sportiello 5.12 e l'articolo aggiuntivo Quartini 5.02.

Andrea QUARTINI (M5S), intervenendo sull'emendamento Di Lauro 6.1, di cui è cofirmatario, sottolinea l'importanza della presa in carico dei pazienti, in particolare in caso di persone con patologie croniche, per garantire l'integrazione dei percorsi di cura, con possibili ricadute anche sulla

riduzione delle liste d'attesa attraverso un maggior ricorso a interventi programmati. Ribadisce anche in questo contesto l'importanza di agire sulle cause che determinano situazioni di criticità all'interno del sistema sanitario, non limitandosi ad adottare misure che contrastano solo in maniera temporanea alcuni degli effetti più negativi.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Di Lauro 6.1, Faraone 7.1, 7.2 e 7.3 e Malavasi 7.4 nonché gli identici articoli aggiuntivi Girelli 7.02 e Faraone 7.03.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che è stato presentato un ricorso avverso la pronuncia di inammissibilità relativa all'articolo premissivo Furfaro 01.01. Sospende, pertanto, la seduta per pochi minuti, al fine di potersi pronunciare in merito ad esso.

La seduta, sospesa alle 14.40, è ripresa alle 14.45.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, alla luce di un ulteriore esame della proposta emendativa Furfaro 01.01, nonché a seguito dell'analisi dei motivi di ricorso addotti dal ricorrente, la presidenza ritiene di poter confermare il giudizio di inammissibilità già espresso.

Precisa che, peraltro, tale proposta emendativa è in parte identica all'articolo premissivo Boccia 01.1, già dichiarato improponibile al Senato.

Avverte che si è così concluso l'esame di tutte le proposte emendative.

Comunica quindi che sul provvedimento, oltre al parere espresso dal Comitato per la legislazione, sono pervenuti i pareri favorevoli delle Commissioni competenti in sede consultiva. La V Commissione (Bilancio) ha comunicato che esprimerà il parere di competenza direttamente all'Assemblea.

Nessuno chiedendo di intervenire in sede di dichiarazione di voto, la Commissione delibera di conferire il mandato al relatore a riferire favorevolmente all'Assemblea sul provvedimento in esame. Delibera altresì di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che la presidenza si riserva di designare i componenti del Comitato dei nove sulla base delle indicazioni dei gruppi.

La seduta termina alle 14.50.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.50 alle 14.55.

ALLEGATO

DL 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato.

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 1.

All'articolo 1, 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 dall'articolo 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 del comma 3.

3. Al fine di realizzare risparmi di spesa per un importo complessivo 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, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro il 30 novembre 2024, sono ridotte in modo lineare le spese fiscali di cui all'elenco contenuto 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 di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), numero 1), punti 1.1) e 1.2) della legge 9 agosto 2023, n. 111.

4. Lo schema del decreto di cui al comma 3, corredato di relazione tecnica, è trasmesso alle Camere per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili di carattere finanziario, da esprimere entro il termine di venti giorni dalla data di assegnazione, decorso il quale il decreto può essere comunque adottato.

01.01. Furfaro, Ciani, Girelli, Malavasi, Stumpo.

Al comma 5, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: utilizzando indicatori di *performance* al fine di verificare che gli standard di qualità siano mantenuti in tutte le strutture sanitarie accreditate in maniera uniforme sul territorio nazionale.

Conseguentemente, al medesimo comma 5, lettera g), dopo le parole: alle prestazioni, *aggiungere le seguenti:* garantendo comunque l'erogazione delle prestazioni previste nei LEA,.

1.1. Zanella.

Al comma 5, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: , suddivise per regione e per struttura sanitaria.

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

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

a-bis) misurazione delle prestazioni erogate in libera professione *intramoenia*, suddivise per regione e per struttura sanitaria e per professionista sanitario.

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

Al comma 5, dopo lettera d), aggiungere la seguente:

d-bis) applicazione delle disposizioni contenute nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa vigente.

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

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

6-bis. I dati rilevabili dal monitoraggio effettuato della Piattaforma di cui al comma 1 e gli *audit* effettuati dall'AGENAS, sono pubblici e messi a disposizione dei diversi portatori di interesse, comprese le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.

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

Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:

6-bis. I dati rilevabili dal monitoraggio effettuato della Piattaforma nazionale di cui al comma 1, e dagli eventuali *audit* effettuati dall'AGENAS, vengono messi a disposizione dei diversi portatori di interesse, comprese le organizzazioni sindacali

comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.

1.7. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

ART. 2.

Sopprimerlo.

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

Sostituirlo con il seguente:

Art. 2.

(Implementazione del nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa).

1. Al fine di garantire l'operatività delle presenti disposizioni, 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 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, 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.

2.3. Ciani, Malavasi, Girelli, Stumpo, Furfaro.

Sopprimere i commi 2 e 3.

2.4. Malavasi, Stumpo, Furfaro, Ciani, Girelli.

Al comma 2, dopo il secondo periodo, aggiungere 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.

2.5. Stumpo, Furfaro, Ciani, Girelli, Malavasi.

ART. 3.

Sostituirlo 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 strut-

ture 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. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede, a decorrere dall'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

3.1. Furfaro, Ciani, Malavasi, Girelli, Stumpo.

Sostituirlo con il seguente:

Art. 3.

(Riduzione delle liste di attesa)

1. Nelle more della redazione e approvazione del Piano nazionale di governo

delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2024-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire la piena e completa attuazione dei rispettivi piani operativi, l'erogazione tempestiva delle prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero, i livelli essenziali di assistenza e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, assumono le seguenti iniziative:

a) in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, indicano, entro il 30 settembre 2024, 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 far fronte alle esigenze assunzionali in relazione a quanto stabilito nel proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale;

b) al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli recati dal PNGLA, nonché di favorire una migliore programmazione e trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituiscono un sistema di prenotazione unico regionale, ovvero, qualora necessario, per aree intraregionali territorialmente omogenee dal punto di vista demografico nonché del numero e della tipologia di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture accreditate presenti nel territorio di competenza;

c) garantiscono fino al 31 dicembre 2024, verificata l'impossibilità di assicurare la prestazione entro i tempi stabiliti dal PNGLA per il triennio 2019-2021, l'erogazione della prestazione sanitaria tramite il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, mantenendo a proprio carico la differenza di costo tra la prestazione

erogata tramite attività libero-professionale intramuraria e quella a carico del Servizio sanitario nazionale;

d) pubblicizzano, a decorrere dal trentesimo giorno dalla data di entrata in vigore della presente legge, il quadro generale concernente la situazione delle liste di attesa e aggiornano in tempo reale nel proprio sito *internet* istituzionale i tempi di attesa per ciascuna prestazione prevista nel PNGLA in ciascuna azienda sanitaria locale;

e) al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni assistenziali dei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato in misura pari al valore della spesa consuntivata per l'anno 2011 incrementata dell'1 per cento per l'anno 2024, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale subordinato al rinnovo dei contratti.

2. 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, è attribuito all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali in materia di riduzione delle liste di attesa nonché sono definiti i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all'AGENAS, in tempo reale, i dati relativi alla situazione delle rispettive liste di attesa.

3.2. Zanella.

Al comma 1, premettere il seguente:

01. L'agenda di prenotazione, sia per il primo accesso sia per gli accessi successivi, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano assicurano nei propri territori la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, sia per l'attività istituzionale sia per l'attività libero-professionale intramuraria, non consentendo in alcun modo l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Conseguentemente:

a) *al comma 1, alinea, sopprimere le parole: o infra-regionale;*

b) *al comma 2 sostituire la parola: territoriali con la seguente: regionali.*

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

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

3.4. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

Dopo il comma 1, aggiungere 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.

*** 3.5.** Zanella.

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

Al comma 3, sostituire le parole: dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di *con le seguenti:* dei CUP regionali costituisce specifico requisito per il.

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

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3.1. 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.

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

Al comma 4, dopo le parole: soluzioni digitali *aggiungere le seguenti:* e tracciabili.

Conseguentemente, al comma 5, dopo la parola: sistema *aggiungere le seguenti:* digitale e tracciabile.

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

Sostituire il comma 8 con il seguente:

8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative, oncologiche, reumatologiche e 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.

3.10. Ciani, Stumpo, Furfaro, Malavasi, Girelli.

Dopo il comma 8, inserire il seguente:

8-*bis*. Al fine della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche di cui al comma 8, e per l'effettiva attuazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa, il Ministero della salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentita l'AGENAS, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, definisce e adotta le linee guida contenenti standard minimi omogenei per la redazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico.

3.11. Zanella.

Dopo il comma 9, aggiungere i seguenti:

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

9-*ter*. Le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, non possono atti-

vare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della presente disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile l'autorizzazione illegittima all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

9-quater. Il rispetto delle disposizioni di cui al presente articolo nonché la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile e l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, consente l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

9-quinquies. La struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie di prestazioni di cui al primo periodo sono distinte e indipendenti e, in ogni caso, per le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale è attivo, esclusivamente, il centro unico di prenotazione regionale al quale deve essere fatto apposito rinvio. Alle aziende che violano il divieto del presente comma è revocato l'accredimento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

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

Sopprimere i commi 10, 10-bis, 11 e 12.

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

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.

3.14. Girelli, Ciani, Furfaro, Stumpo, Malvasi.

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;

Conseguentemente:

a) *al comma 11, primo periodo, sostituire le parole:* commi 232 e 233 *con le seguenti:* comma 232;

b) *al comma 11, secondo periodo, dopo le parole:* ove non utilizzate *aggiungere le seguenti:* o impegnate dalla regione entro l'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto *e sostituire le parole:* accantonate nei bilanci del Servizio

sanitario nazionale con le seguenti: accantonate nei bilanci delle regioni.

3.15. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

Dopo il comma 10, inserire il seguente:

10.1. Per garantire la completa attuazione delle misure di cui al comma 10, nelle more di un finanziamento complessivo e strutturale finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, nello stato di previsione del Ministero della Salute è istituito un fondo denominato « Fondo straordinario per la riduzione delle liste d'attesa » da ripartire con una dotazione pari a 2 miliardi di euro.

3.16. Bonetti, D'Alessio, Richetti.

Sopprimere il comma 11-bis.

3.17. Stumpo, Ciani, Furfaro, Malavasi, Girelli.

Dopo il comma 11-bis, aggiungere il seguente:

11-ter. Al fine di affrontare la carenza di personale infermieristico presso i presidi ospedalieri del Servizio sanitario nazionale e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e fino al 31 dicembre 2026, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono prevedere il conferimento di incarichi a tempo determinato agli infermieri abilitati. Con decreto del Ministero della salute, da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità applicative delle disposizioni di cui al presente comma, con particolare riferimento al percorso formativo degli infermieri, da svolgersi con le necessarie garanzie di sicurezza nelle aree cliniche individuate specificatamente per lo svolgimento di tali incarichi, anche al fine di garantire che gli infermieri svolgano mansioni con il minor rischio possibile per i pazienti e che la loro responsabilità sia

proporzionata alle attività svolte e alle competenze acquisite.

3.18. Bonetti, D'Alessio, Richetti.

Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

Art. 3-bis.

(Accreditamento istituzionale)

1. All'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 8, è aggiunto il seguente: « 8-*bis*. L'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, unitamente al possesso dei medesimi requisiti organizzativi e di organico delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, è 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 ».

3.01. Zanella.

Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:

Art. 3-bis.

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico, garantire un investimento sanitario minimo e una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza e soddisfare più efficacemente le esigenze di pianificazione e organizzazione, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo non può essere inferiore al 8 per cento.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, si provvede, nel limite di 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, mediante quota parte delle maggiori entrate derivanti dai commi da 3 a 8 nonché mediante le maggiori entrate

derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale di cui al comma 9.

3. All'articolo 1, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, al comma 41, le parole: « 3 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 15 per cento ».

4. All'articolo 96 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, al comma 13, primo periodo, dopo le parole: « Gli interessi passivi sostenuti » sono inserite le seguenti: « dagli intermediari finanziari ».

5. All'articolo 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, al comma 1, le parole: « 26 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 28 per cento ».

6. All'articolo 26 del decreto-legge 10 agosto 2023, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 9 ottobre 2023, n. 136, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: « per l'anno 2023 » sono sostituite dalle seguenti: « per gli anni 2023, 2024 e 2025 »;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente: « 2. L'imposta straordinaria è determinata applicando, per ciascuna annualità, un'aliquota pari al 40 per cento sull'ammontare del margine di interesse di cui alla voce 30 del conto economico redatto secondo gli schemi approvati dalla Banca d'Italia, conseguente ad attività di finanziamento, relativo:

1) all'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2024 e che eccede per almeno il 5 per cento il medesimo margine nell'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2022;

2) all'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2025 e che eccede per almeno il 5 per cento il medesimo margine nell'esercizio antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2022. ».

c) il comma 3 è soppresso;

d) il comma 4 con è sostituito dal seguente: « L'imposta straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera a), è versata entro il 30 ottobre 2024. L'imposta

straordinaria, determinata ai sensi del comma 2, lettera b), è versata entro il 30 ottobre 2025. I soggetti che in base a disposizioni di legge approvano il bilancio oltre il termine di quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio o con esercizio non coincidente con l'anno solare effettuano il versamento entro il mese successivo a quello di approvazione del bilancio. »;

e) il comma 5-bis è soppresso.

7. Al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, alla Tabella A – Impieghi dei prodotti energetici che comportano l'esenzione dall'accisa o l'applicazione di un'aliquota ridotta –, l'aliquota ridotta relativa alla voce 1 (Differente trattamento fiscale fra benzina e gasolio), con l'esclusione del gasolio utilizzato a fini agricoli, è progressivamente aumentata del 10 per cento annuo fino ad ottenere la parificazione con il trattamento fiscale della benzina.

8. Per perseguire maggiore equità ed equilibrio tra i costi sostenuti dai consumatori e i profitti ottenuti dagli operatori, per gli anni 2025 e 2026, è istituito un contributo a titolo di prelievo solidaristico straordinario e temporaneo, a carico dei soggetti che esercitano, nel territorio dello Stato, l'attività di produzione, distribuzione e commercio di sistemi di arma. Il contributo è dovuto a fronte di un incremento medio del margine operativo lordo nei tre periodi di imposta antecedenti a quello in corso al 1° gennaio 2023, almeno pari al 50 per cento. Il contributo di solidarietà è determinato applicando un'aliquota pari al 25 per cento sull'ammontare della quota del reddito complessivo determinato ai fini dell'imposta sul reddito delle società relativo al periodo di imposta antecedente a quello in corso al 1° gennaio 2024, che eccede per almeno il 10 per cento la media dei redditi complessivi determinati ai sensi dell'imposta sul reddito delle società conseguiti nei quattro periodi di imposta antecedenti a quello in corso al 1° gennaio 2023; nel caso in cui la media dei redditi complessivi sia negativa si assume un valore pari a zero. Il contributo di solidarietà è versato entro il nono mese successivo a quello di chiusura dell'esercizio antece-

dente a quello in corso al 1° gennaio 2023. I soggetti che in base a disposizioni di legge approvano il bilancio oltre il termine di quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio effettuano il versamento entro il mese successivo a quello di approvazione del bilancio. I soggetti con esercizio non coincidente con l'anno solare possono effettuare il versamento del contributo entro il 30 ottobre 2024. Il contributo di solidarietà non è deducibile ai fini delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attività produttive. Ai fini dell'accertamento, delle sanzioni e della riscossione del contributo di solidarietà, nonché del contenzioso, si applicano le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

9. Il Governo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della 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 1.500 milioni di euro delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.

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

ART. 4.

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 pro-

lungate 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. 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 l'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.

4.1. Malavasi, Girelli, Stumpo, Furfaro, Ciani.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis. Ai fini di cui al comma 1, nonché di riduzione delle liste d'attesa, fino al 31 dicembre 2025, qualora non sia possibile effettuare le visite specialistiche e le prestazioni strumentali o in regime di ricovero incluse nell'Allegato B del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) presso le strutture pubbliche entro i termini previsti dallo stesso Piano, l'assistito avente un Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a cinquantamila euro ha diritto a ricevere tali prestazioni presso una struttura sanitaria accreditata ovvero presso una struttura sanitaria privata autorizzata alla tariffa prevista per una prestazione analoga in un ospedale pubblico.

4.2. Bonetti, D'Alessio, Richetti.

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.

4.3. Ciani, Malavasi, Girelli, Stumpo, Furfaro.

Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: sanitaria e ospedaliera aggiungere le seguenti: l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentito esclusivamente se sia stato adottato un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima e dell'attività istituzionale, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, che non violano le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscono che la prestazione sanitaria non sia più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria. Presso le predette aziende.

Conseguentemente, al medesimo comma 2, ultimo periodo, sopprimere le parole: applicazione di misure, consistenti anche nella.

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

Dopo il comma 2, aggiungere i seguenti:

2-bis. Al fine di contribuire al rilancio del Servizio sanitario nazionale e dare la giusta valorizzazione economica e le opportune tutele lavorative agli specializzandi di area sanitaria non medica, dopo il comma 1 dell'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, sono aggiunti i seguenti:

« 1-bis. Ai laureati appartenenti alle categorie di cui al comma 1 iscritti alle scuole di specializzazione post-laurea è corrisposto, per tutta la durata legale del corso, un trattamento economico annuo onnicomprensivo. Il trattamento economico di cui

al precedente periodo si compone di una parte fissa, uguale per tutte le scuole di specializzazione e per tutta la durata del corso, e di una parte variabile, ed è determinato ogni tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze. In fase di prima applicazione, per l'anno accademico 2024-2025, la parte variabile non può eccedere il 15 per cento di quella fissa. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle università presso cui operano le scuole di specializzazione.

1-ter. Alla ripartizione e all'assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione degli specialisti di cui al comma 1 per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze ».

2-ter. Ai laureati appartenenti alle categorie di cui al comma 1 dell'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, iscritti alle scuole di specializzazione post-laurea, per tutta la durata legale del corso, si applicano le disposizioni previste dal testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.

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

2-quinquies. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione dei commi 2-bis, 2-ter, 2-quater, pari a 15 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 1, comma 199, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

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

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.

Conseguentemente, 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.

4.6. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:

Art. 4-bis.

(Istituzione di un Fondo per lo smaltimento delle liste di attesa e la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso)

1. Al fine di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa e di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, 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.

4. 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.

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

ART. 5.

Sostituirlo 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, 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 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.

2. Al fine della 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 2019-2021, sentite le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale 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 recante l'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del Servizio sanitario nazionale.

3. Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità ac-

quisita 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.

* **5.1.** Zanella.

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

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: 10 per cento con le seguenti: 20 per cento.

Conseguentemente, al medesimo comma 1, sostituire, ovunque ricorrano, le parole: 5 per cento con le seguenti: 10 per cento.

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

Al comma 1, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: 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 quanto a 200 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; quanto a 250 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.

5.4. Ciani, Stumpo, Malavasi, Girelli, Furfaro.

Al comma 1, aggiungere, 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 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

5.5. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

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 Servizio sanitario nazionale 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.

5.6. Girelli, Malavasi, Furfaro, Ciani, Stumpo.

Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

5.7. Ciani, Malavasi, Girelli, Furfaro, Stumpo.

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, sono inseriti i seguenti:

« 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 ».

5.8. Girelli, Malavasi, Furfaro, Stumpo, Ciani.

Sostituire il comma 3 con il seguente:

3. A decorrere dal 2025, dall'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, sono abrogati i commi 1, 2, 3 e 4, dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, nonché 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.

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

Al comma 3, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: Le disposizioni di cui al

comma 4 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, si applicano anche successivamente all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale (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 al medesimo articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, 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 adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del presente comma.

5.10. Malavasi, Girelli, Furfaro, Stumpo, Ciani.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Al fine di contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, per ciascun triennio contrattuale, al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e

di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Agli oneri di cui al presente comma si provvede 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.

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

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

3-bis. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare e di personale convenzionato, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 150 milioni di euro per l'anno 2024, di 300 milioni di euro per l'anno 2025, di 500 milioni di euro per l'anno 2026 e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale come incrementato, in misura corrispondente, attraverso la riduzione lineare delle spese fiscali, elencate nel Rapporto annuale sulle spese fiscali di cui all'articolo 21, comma 11-*bis*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, con esclusione di quelle relative alla composizione del nucleo familiare, ai costi sostenuti per la crescita dei figli, alla tutela del bene casa e della salute,

dell'istruzione e della previdenza complementare.

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

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Disposizioni in materia di personale dell'Agenzia italiana del farmaco)

1. L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) è autorizzata a rinnovare, fino al 31 dicembre 2025, i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, la cui efficacia è terminata il 31 dicembre 2023, nei limiti di 10 unità, nonché i contratti di prestazione di lavoro flessibile, di cui all'articolo 30 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, la cui efficacia è terminata il 31 dicembre 2023, nel limite di 20 unità.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari ad euro 477.326 per l'anno 2024 e ad euro 1.145.582 per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di cui all'articolo 1 comma 199, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

5.01. Furfaro, Malavasi, Girelli, Ciani, Stumpo.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Istituzione del Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale e per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e far fronte alla grave carenza di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale, di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale pubblico, di garantire un investimento sanitario minimo e una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza e di ridurre le

liste di attesa è istituito, presso il Ministero della Salute, un Fondo denominato « Fondo per un piano straordinario di assunzioni di personale medico e sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale e per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale » con una dotazione finanziaria pari a 500 milioni di euro annui a decorrere dal 1 gennaio 2024, destinato all'assunzione di personale, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

2. Con decreto del Ministero della salute, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono individuate le modalità di utilizzo del Fondo nonché i criteri di riparto delle risorse assegnate.

3. Agli oneri derivanti dal comma 1, si provvede mediante le maggiori entrate derivanti dall'intensificazione delle attività di contrasto e recupero dell'evasione fiscale. A tale 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 500 milioni di euro delle entrate derivanti dalla lotta all'evasione fiscale rispetto a quelle ottenute nell'anno 2022.

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

ART. 6.

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere 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.

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

Dopo il comma 1-bis, aggiungere i seguenti:

1-ter. Al fine di attuare quanto previsto dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale, con specifico riferimento alle attività di recupero delle prestazioni vaccinali arretrate, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana un decreto recante un Piano straordinario per il recupero delle vaccinazioni obbligatorie e anti-HPV che preveda i seguenti interventi:

a) rilancio e potenziamento della campagna nazionale di vaccinazione per i vaccini obbligatori e contro l'HPV con il coinvolgimento di medici di medicina generale, pediatri, farmacie e specialisti e prevedendo l'adozione di strumenti e tecnologie informatiche flessibili per supportare la chiamata attiva;

b) promozione di strategie per l'ampliamento dell'accesso ai servizi di vaccinazione, individuando nuovi siti vaccinali, organizzando open day e altre giornate dedicate alla prevenzione;

c) estensione dell'offerta attiva e gratuita del vaccino contro l'HPV alle coorti almeno fino all'età di inizio dello screening cervicale e della gratuità del vaccino per i maschi almeno fino ai 18 anni di età compresi;

d) estensione del diritto alla vaccinazione gratuita contro l'HPV per le donne che si presentano a 30 anni allo screening con HPV DNA test;

e) promozione e sviluppo di percorsi integrati e coordinati di presa in carico della malattia in ambito di prevenzione primaria e prevenzione secondaria.

1-quater. Agli oneri previsti per l'attuazione della lettera *d)* del comma *1-ter*, pari a 5 milioni di euro, si provvede mediante la quota di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard destinata all'assistenza collettiva.

Conseguentemente, sostituire la rubrica dell'articolo con la seguente: Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale, per il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale e per l'organizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione sulla vaccinazione.

6.2. Bonetti, D'Alessio, Richetti.

Dopo il comma 1-bis, aggiungere il seguente:

1-ter. All'articolo *1-quater*, comma 3, primo periodo, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, dopo le parole: « albo degli psicologi » sono inserite le seguenti: « , anche tramite strutture che erogano prestazioni di terapia o supporto psicologico ».

6.3. Di Lauro.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Inclusione nei ruoli dirigenziali dei medici veterinari specialisti ambulatoriali attualmente convenzionati con incarico a tempo indeterminato con il Servizio sanitario nazionale e gli altri Enti)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, dopo il comma *8-bis* sono aggiunti i seguenti:

« 8-ter. I medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'ac-

cordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali ai sensi del presente articolo, che alla entrata in vigore della legge di conversione della presente disposizione figurano come titolari di incarico convenzionale a tempo indeterminato, per almeno 29 ore alla settimana, presso le aziende sanitarie locali comunque denominate, o presso altri enti del Servizio sanitario nazionale, in possesso del titolo di specializzazione richiesto per l'accesso alla Area funzionale di destinazione, ai sensi del presente comma sono inquadrati, previo giudizio di idoneità da espletarsi con le procedure del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997 n. 365, nei ruoli dirigenziali, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal CCNL dell'Area della Sanità sentita la Conferenza delle regioni e delle province autonome.

8-quater. Ai medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati che all'entrata in vigore della presente disposizione ancora non hanno maturato i requisiti richiesti dal presente comma, sarà comunque data la possibilità di presentare la domanda fino al 31 dicembre 2025.

8-quinquies. Le ore di incarico a tempo indeterminato lasciate dai medici veterinari che a domanda saranno inquadrati nei ruoli della dirigenza veterinaria ai sensi del presente comma saranno rese indisponibili per la pubblicazione di nuovi incarichi, salvo quelle strettamente necessarie per l'incremento orario dei turni dei medici veterinari specialisti ambulatoriali già titolari di incarichi a tempo indeterminato con numero di ore irrisorio e comunque al di sotto delle 29 ore di convenzionamento settimanale.

8-sexies. Relativamente ai criteri adottati per la valutazione ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza veterinaria, nonché ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà quanto già previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2001.

8-septies. I criteri adottati per la valutazione dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza ed il loro consequenziale ricono-

scimento ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicherà anche ai medici veterinari già specialisti ambulatoriali che negli ultimi cinque anni hanno già instaurato un rapporto di impiego con il Servizio sanitario nazionale e con gli altri enti entrando nel ruolo della dirigenza veterinaria. ».

6.02. Malavasi.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Inclusione nei ruoli dirigenziali dei medici veterinari specialisti ambulatoriali attualmente convenzionati con incarico a tempo indeterminato presso il Servizio sanitario nazionale e gli altri Enti)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, dopo il comma 8-bis, sono aggiunti i seguenti:

« 8-ter. I medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali ai sensi del presente articolo che all'entrata in vigore della presente disposizione sono titolari di incarico convenzionale a tempo indeterminato per almeno 29 ore settimanali, presso le aziende sanitarie locali comunque denominate, o presso altri enti del Servizio sanitario nazionale, e in possesso del titolo di specializzazione richiesto per l'accesso alla area funzionale di destinazione, sono inquadrati, a domanda e previo giudizio di idoneità da espletarsi con le procedure del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997 n. 365, nei ruoli dirigenziali, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal CCNL dell'Area della Sanità.

8-quater. I medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati che, all'entrata in vigore del comma 8-ter, non abbiano ancora maturato i requisiti ivi richiesti possono presentare domanda entro il 31 dicembre 2025, a condizione che abbiano

maturato i relativi requisiti alla predetta data.

8-quinquies. Le ore di incarico a tempo indeterminato affidate ai medici veterinari che a domanda sono stati inquadrati nei ruoli della dirigenza veterinaria ai sensi del comma 8-ter sono coperte mediante l'attribuzione di nuovi incarichi, salvo quelle strettamente necessarie per l'incremento orario dei turni dei medici veterinari specialisti ambulatoriali già titolari di incarichi a tempo indeterminato con numero di ore irrisorio e comunque inferiore alle 29 ore di convenzionamento settimanale.

8-sexies. Relativamente ai criteri adottati per la valutazione ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza veterinaria, nonché ai fini giuridici ed economici del servizio prestato, si applica quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2001.

8-septies. I criteri adottati per la valutazione dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza ed il loro consequenziale riconoscimento ai fini giuridici ed economici del servizio prestato si applicano anche ai medici veterinari già specialisti ambulatoriali che negli ultimi cinque anni abbiano già instaurato un rapporto di impiego con il Servizio sanitario nazionale e con gli altri enti accedendo al ruolo della dirigenza veterinaria ».

6.03. Gadda, De Monte.

ART. 7.

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,.

Conseguentemente, 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,.

7.1. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

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

7.2. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

Al comma 2, aggiungere, 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.

7.3. Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

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.

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

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(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 dal comma 2 del presente articolo.

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

*** 7.03.** Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni.

XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(Politiche dell'Unione europea)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 73/24: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato (Parere alla XII Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	29
ALLEGATO (Parere approvato dalla Commissione)	31

SEDE CONSULTIVA

Venerdì 19 luglio 2024. — Presidenza del presidente Alessandro GIGLIO VIGNA.

La seduta comincia alle 8.50.

DL 73/24: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

C. 1975 Governo, approvato dal Senato.

(Parere alla XII Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Lucrezia Maria Benedetta MANTOVANI (FDI), *relatrice*, illustra il disegno di legge in titolo, di conversione del decreto-legge n. 73 del 2024, già approvato dal Senato, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse

pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Evidenzia come il provvedimento miri a garantire una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, tutelando effettivamente il diritto alla salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione. Segnala inoltre che le misure per assicurare l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientrano nella competenza esclusiva dello Stato, come stabilito dall'articolo 117, comma 2, lettera *m*), della Costituzione, riguardante la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali (LEP) da garantire su tutto il territorio nazionale.

Rileva come tale intervento normativo si sia reso necessario per fronteggiare l'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche esami e ricoveri ospedalieri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti.

L'articolo 1 del decreto istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) la « Piattaforma nazionale delle liste di attesa », di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le

liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

L'articolo in titolo – oggetto di completa riformulazione durante l'esame al Senato – istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

L'articolo 3 regola l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, stabilendo che gli erogatori pubblici e privati afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale.

L'articolo 4 detta disposizioni volte al potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche, estendendo le visite diagnostiche e specialistiche anche al sabato e alla domenica, oltre a prolungare la fascia oraria per l'erogazione delle prestazioni.

L'articolo 5 stabilisce il superamento, dal 10 a 15 per cento nel 2024, del tetto di spesa già previsto per l'assunzione del personale del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 6 prevede ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale in una serie di regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, quali Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia. Si tratta d'iniziative definite attraverso 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.

Sottolinea altresì che il piano, adottato con decreto del Ministro della salute in accordo con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, previo parere della Conferenza Stato-regioni, utilizzerà le risorse del Programma

nazionale e rispetterà le procedure e i vincoli della programmazione 2021-2027 e i criteri di ammissibilità del Programma.

Ricorda che il Programma nazionale equità nella salute, parte dell'Accordo di partenariato dell'Italia per la programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato dalla Commissione europea con la decisione C(2022) 8051 del 4 novembre 2022. Si articola in due priorità principali: la priorità 1, sostenuta dal Fondo sociale europeo plus (FSE+), per servizi sanitari più equi e inclusivi, e la priorità 2, sostenuta dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR), per servizi sanitari di qualità.

L'articolo 7 concerne l'imposta sostitutiva del 15 per cento sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario.

L'articolo 7-bis, introdotto nel corso dell'esame al Senato, prevede che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al decreto-legge in conversione 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.

L'articolo 8 regola l'entrata in vigore del decreto-legge.

Poiché il provvedimento non presenta profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea ed è pienamente coerente con gli obiettivi generali dell'Unione europea della salute per il periodo 2021-2027, formula una proposta di parere favorevole (*vedi allegato*).

La Commissione approva la proposta di parere della relatrice.

La seduta termina alle 8.55.

ALLEGATO

DL 73/24: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XIV Commissione,

esaminato il disegno di legge in titolo, di conversione del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza delle prestazioni sanitarie (C. 1975 Governo, approvato dal Senato);

considerato che esso contribuisce a ridefinire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale il nucleo delle garanzie minime previste a tutela del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini;

condivisa pienamente l'esigenza d'istituire presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), in linea con il PNRR, la « Piattaforma nazionale delle liste di attesa », diretta a realizzare

l'interoperabilità tra le liste di attesa relative a ciascuna regione;

avuto riguardo alle misure concernenti il potenziamento dell'offerta sanitaria, tra cui, in particolare, il superamento dei limiti assunzionali di personale sanitario e la definizione di un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari nel Mezzogiorno, a valere sulle risorse del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, approvato dalla Commissione europea con la decisione C(2022) 8051 del 4 novembre 2022, nell'ambito della politica di coesione, cofinanziato dal Fondo sociale europeo plus (FSE+) e dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR);

ritenuto che il provvedimento non presenta profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea ed è pienamente coerente con gli obiettivi generali dell'Unione europea della salute per il periodo 2021-2027,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

INDICE GENERALE**XII Affari sociali**

SEDE REFERENTE:

DL 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato (<i>Seguito dell'esame e conclusione</i>)	2
ALLEGATO (<i>Proposte emendative</i>)	9
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	8

XIV Politiche dell'Unione europea

SEDE CONSULTIVA:

DL 73/24: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. C. 1975 Governo, approvato dal Senato (Parere alla XII Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	29
ALLEGATO (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	31

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.



19SMC0100730