

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione, in videoconferenza, nell'ambito dell'esame, in sede referente, del disegno di legge C. 3475 Governo, recante « Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 », di Francesca Tosolini, direttore generale dell'IRCCS « Centro di riferimento Oncologico » di Aviano, di Marco Elefanti, direttore generale della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma, di Nicola Normanno, direttore scientifico ad interim dell'Istituto nazionale tumori IRCCS « Fondazione G. Pascale » di Napoli, e di Anna Teresa Formisano, responsabile rapporti istituzionali della Fondazione IRCCS Santa Lucia di Roma .....	131
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

#### RELAZIONI AL PARLAMENTO:

Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1 ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, e rinvio</i> ) .....	132
ALLEGATO 1 ( <i>Risoluzione presentata dal relatore</i> ) .....	135
ALLEGATO 2 ( <i>Risoluzione presentata dal gruppo Fratelli d'Italia</i> ) .....	140

#### SEDE REFERENTE:

Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS e le epidemie infettive aventi carattere di emergenza. C. 1972 D'Attis, C. 1788 Rizzo Nervo e C. 3464 Siani ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	134
ALLEGATO 3 ( <i>Proposte emendative presentate</i> ) .....	147

#### AUDIZIONI INFORMALI

*Mercoledì 16 marzo 2022.*

Audizione, in videoconferenza, nell'ambito dell'esame, in sede referente, del disegno di legge C. 3475 Governo, recante « Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 », di Francesca Tosolini, direttore generale dell'IRCCS « Centro di riferimento Oncologico » di Aviano, di Marco Elefanti, direttore generale della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma, di Nicola Normanno, direttore scientifico ad interim dell'Istituto

nazionale tumori IRCCS « Fondazione G. Pascale » di Napoli, e di Anna Teresa Formisano, responsabile rapporti istituzionali della Fondazione IRCCS Santa Lucia di Roma.

L'audizione informale è stata svolta dalle 13.30 alle 14.35.

#### RELAZIONI AL PARLAMENTO

*Mercoledì 16 marzo 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Andrea Costa.*

**La seduta comincia alle 14.35.**

**Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).****Doc. CCLXIII, n. 1.***(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame della relazione in oggetto, rinviato nella seduta dell'8 febbraio 2022.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che successivamente allo svolgimento della relazione hanno avuto luogo le audizioni del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, congiuntamente con la XI Commissione, del Ministro della salute e, da ultimo, della Ministra per le pari opportunità e la famiglia, congiuntamente con le Commissioni I e XI.

Avverte che è stata presentata una proposta di risoluzione da parte del gruppo parlamentare Fratelli d'Italia.

Dà, quindi, la parola al relatore, deputato Novelli, per l'illustrazione della proposta di risoluzione che ha predisposto nell'ambito dell'esame della Relazione in discussione.

Roberto NOVELLI (FI), *relatore*, illustra la risoluzione che ha predisposto (*vedi allegato 1*).

Maria Teresa BELLUCCI (FDI) precisa che la risoluzione presentata dai deputati facenti parte del gruppo di Fratelli d'Italia (*vedi allegato 2*) ha come obiettivo quello di contribuire all'elaborazione delle linee di indirizzo che la Commissione si accinge ad esprimere all'interno di una fase particolarmente delicata. La risoluzione contiene un'analisi puntuale dell'attuazione del PNRR e delle criticità che si sono manifestate e rappresenta l'esito di uno sforzo di sintesi complessiva.

Segnala che il suo gruppo ha svolto un confronto approfondito con la società civile, le parti sociali e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione dello stesso Piano. Nel ricordare lo spazio assai ristretto che è stato concesso al Parlamento al momento dell'adozione del PNRR, nonostante la sua

mole e rilevanza, sottolinea che l'attuale fase di discussione può rappresentare un momento importante di confronto per superare tale « vizio di origine » del documento.

Auspica, pertanto, che vi possa essere una lettura approfondita della risoluzione presentata da Fratelli d'Italia da parte di tutti i componenti della Commissione.

Marcello GEMMATO (FDI) a integrazione dell'intervento svolto dalla collega Bellucci, pone in evidenza alcuni elementi contenuti nella risoluzione presentata dal suo gruppo. Parte dalla considerazione che i 15,6 miliardi di euro destinati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza al settore della salute sono finalizzati in gran parte a sopperire alle carenze della medicina territoriale, che sono state evidenziate nell'attuale contesto pandemico.

Ricorda in proposito che, come emerso anche nel corso dell'audizione del Ministro Speranza svolta presso la XII Commissione, il cosiddetto « DM 71 » in corso di adozione, si pone in un certo senso in contrapposizione con la normativa introdotta con il decreto ministeriale n. 70 del 2015 che ha provocato la « desertificazione » dell'assistenza sanitaria territoriale. Peraltro, la ristrutturazione avviata è avvenuta, spesso in maniera clientelare e la chiusura di molte strutture non è stata accompagnata da un ripensamento dell'impianto complessivo degli interventi sul territorio. Sottolinea che quest'approccio ha avuto gravi conseguenze, a partire dal numero elevatissimo di decessi per COVID-19 in Italia, nettamente superiore, in proporzione, a quello di molti altri Paesi.

Nel ricordare che il PNRR prevede la realizzazione di un numero ingente di nuove strutture sul territorio, articolate in Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità, manifesta preoccupazione circa la scarsa attenzione al reclutamento di personale, che sarebbe invece necessario per rendere efficiente la nuova architettura dei servizi per la salute sul territorio. Segnala, inoltre, che non vi sono indicazioni chiare rispetto al ruolo che dovranno avere i medici di medicina

generale e i pediatri di libera scelta all'interno del nuovo sistema delineato.

Pone nuovamente in risalto la mancanza di indicazioni rispetto alle risorse che dovranno essere destinate per le spese correnti delle nuove strutture che si vogliono realizzare, evidenziando, in particolare, nel contesto attuale, quelle relative alle spese energetiche.

In conclusione, segnala che il gruppo di Fratelli d'Italia ha voluto presentare una risoluzione come elemento di stimolo, ed eventualmente di integrazione, di quella predisposta dal relatore con il contributo delle forze di maggioranza.

Celeste D'ARRANDO (M5S) nel ringraziare il relatore per il lavoro svolto, pone in risalto l'opportunità di inserire un riferimento al *budget* di salute non solo all'impegno di cui al numero 9) della risoluzione ma anche al numero 7) in quanto esso ha come oggetto la rete di servizi per la popolazione anziana, non autosufficiente, con disabilità o disagio mentale. Propone, inoltre, un'integrazione dell'impegno di cui al numero 12), relativo alla prima infanzia, in materia di promozione dell'allattamento al seno fino al sesto mese di vita.

Nicola PROVENZA (M5S), associandosi ai ringraziamenti al relatore per il lavoro svolto, chiede di inserire nel secondo paragrafo dell'impegno di cui al numero 4) un richiamo al fatto che l'articolazione organizzativo-funzionale dei servizi sul territorio debba tenere conto delle caratteristiche geomorfologiche e della bassa densità della popolazione residente.

Il sottosegretario Andrea COSTA si riserva di esprimere le valutazioni del Governo sulla proposta di risoluzione presentata dai deputati del gruppo Fratelli d'Italia in una seduta successiva al fine di poterne approfondire il contenuto, non avendolo potuto fare in precedenza in quanto essa è stata presentata solo a ridosso della seduta odierna.

Per quanto concerne la proposta redatta dal deputato Novelli, esprime parere favorevole sull'impegno n. 1), parere favo-

revole sull'impegno n. 2), a condizione che sia eliminato l'inciso « evidenziando gli investimenti strutturali e tecnologici che presumibilmente non potranno essere portati a termine a parità di risorse » e parere favorevole sull'impegno n. 3).

In relazione all'impegno n. 4), esprime parere favorevole sul primo paragrafo. Per quanto concerne il secondo paragrafo, esprime parere favorevole nel senso di considerare le iniziative già adottate e nel rispetto delle competenze delle regioni, ed esprime parere favorevole anche sulla proposta di integrazione avanzata dal deputato Provenza, a condizione che sia preceduta dalla locuzione « a valutare l'opportunità di ». Tale precisazione vale anche per l'impegno di cui al terzo paragrafo. Esprime, quindi, parere favorevole sul quarto paragrafo con la precisazione che si deve tenere conto del quadro normativo vigente.

Esprime parere favorevole sull'impegno n. 5), con la precisazione che si deve tenere conto delle nuove strategie di organizzazione dell'assistenza territoriale. Esprime parere favorevole sugli impegni n. 6) e n.7). Esprime, ancora, parere favorevole sugli impegni n. 8) e n. 9), a condizione che siano preceduti dalla locuzione « a valutare l'opportunità di » e nei limiti delle risorse disponibili.

Esprime parere favorevole sull'impegno n. 10), nonché sul n. 11), in quest'ultimo caso tenendo conto dei limiti delle risorse disponibili e delle misure già adottate.

Per quanto riguarda l'impegno n. 12) esprime parere favorevole a condizione che sia riformulato sostituendo le parole « ad adottare iniziative per » con « a proseguire nelle iniziative destinate a » e che sia aggiunta, in fine, la seguente frase: « a prevenire il disagio e promuovere la salute e il benessere integrale delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi in età scolare tramite l'istituzione di un servizio di psicologia scolastica per bambini e adolescenti nelle scuole di ogni ordine e grado ed il rafforzamento dei consultori, dando attuazione all'azione n. 6 del 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva ».

Esprime, infine, parere favorevole sull'impegno n. 13) a condizione che dopo le parole « di comunità » siano aggiunte le seguenti: « dando attuazione alle azioni 5, 8, 28 e 29 del 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva » e che nell'ultima frase le parole « dare vita a una » siano sostituite con « rafforzare la ».

Roberto NOVELLI (FI), *relatore*, si riserva di valutare le proposte di integrazione rappresentate dal Governo e da alcuni componenti la Commissione.

Michela ROSTAN, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.**

**SEDE REFERENTE**

*Mercoledì 16 marzo 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN.*

**La seduta comincia alle 15.**

**Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS e le epidemie infettive aventi carattere di emergenza.**

**C. 1972 D'Attis, C. 1788 Rizzo Nervo e C. 3464 Siani.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 2 marzo 2022.

Michela ROSTAN, *presidente*, avverte che sono state presentate 144 proposte emendative alla proposta di legge C. 1972 D'Attis, adottata come testo base dalla Commissione, tutte risultate ammissibili (*vedi allegato 3*).

Chiede, quindi, se vi siano interventi per l'illustrazione del complesso degli emendamenti.

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

**La seduta termina alle 15.05.**

## ALLEGATO 1

**Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1.****RISOLUZIONE PRESENTATA DAL RELATORE**

La XII Commissione,

premesso che:

il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) si pone l'obiettivo di: migliorare la capacità di ripresa e di resilienza del nostro Paese; ridurre l'impatto sociale ed economico della crisi pandemica da SARS-CoV-2; sostenere la transizione verde e digitale; aumentare l'inclusione sociale e la crescita dell'economia e dell'occupazione;

per il raggiungimento di tali finalità, il Piano individua sei missioni: 1) Digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo; 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4) Istruzione e ricerca; 5) Inclusione e coesione; 6) Salute. All'interno di ogni missione vengono individuate alcune aree di intervento, nell'ambito delle quali sono raggruppati i singoli progetti da finanziare;

il raggiungimento dei traguardi e degli obiettivi costituisce il presupposto necessario per l'ottenimento dei 191,5 miliardi di euro previsti dall'Unione europea per il nostro Paese.

L'erogazione di tale ammontare di risorse è prevista in dieci rate semestrali. La prima rata semestrale, relativa al 2021, consiste in un contributo finanziario di 11,5 miliardi e in un prestito di 12,6 miliardi, per un totale di 24,1 miliardi;

la scadenza finale per il completamento dei citati traguardi e obiettivi è fissata al 31 agosto 2026;

per l'anno 2022, il PNRR prevede 100 obiettivi da conseguire, tra adozione di riforme e attuazione di investimenti, a cui

è collegata l'erogazione di ulteriori 45,9 miliardi;

come indicato dalla Relazione in esame, l'Italia ha finora conseguito tutti gli obiettivi e traguardi richiesti entro i termini prefissati;

la presente Relazione, relativa all'anno 2021, è stata trasmessa dal Governo alle Camere il 24 dicembre 2021, ed è la prima delle previste Relazioni al Parlamento sull'attuazione del PNRR;

le successive Relazioni saranno trasmesse dal Governo entro la prima metà di aprile, in corrispondenza con la trasmissione del Documento di economia e finanza per il 2022, ed entro la fine di settembre;

il Documento in esame è finalizzato a mettere a conoscenza la Camera e il Senato in merito all'utilizzo delle risorse del programma *Next Generation EU*, ai risultati raggiunti e alle eventuali misure necessarie per accelerare l'avanzamento dei progetti;

la stessa Relazione evidenzia il fondamentale ruolo del Parlamento nell'attività di monitoraggio e, ove ritenuto opportuno, di indirizzo dell'attività del Governo nel corso dell'attuazione del PNRR;

la Relazione in esame, che la XII Commissione ha esaminato nelle sorse settimanali, soprattutto attraverso lo svolgimento delle audizioni dei ministri interessati con riferimento alle materie oggetto della competenza della medesima Commissione, ha rappresentato un importante strumento conoscitivo e di approfondimento circa lo stato di avanzamento degli interventi, il loro impatto e l'efficacia rispetto agli obiettivi perseguiti per il 2021, in vista della rendicontazione alla Commissione eu-

ropea, ai fini del pagamento della prima delle undici rate semestrali previste dalla disciplina europea;

con riferimento agli interventi attuati nel corso del 2021 per i settori di competenza della XII Commissione, la Relazione in esame ricorda, nel paragrafo 4.2, dedicato agli « obiettivi trasversali: disuguaglianze e fragilità », l'approvazione della legge quadro sulle disabilità (M5C2-1), di titolarità del Ministro per le disabilità. Con quest'intervento, in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, s'intende dotare il Paese del primo provvedimento normativo sistematico sulla materia;

sempre nel quadro degli strumenti finalizzati al sostegno ai soggetti più fragili si evidenzia, inoltre, il traguardo, nella titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, riferito all'adozione del Piano operativo relativo all'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili e per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani (M5C2-5). Il medesimo Piano operativo definisce i requisiti dei progetti che dovranno essere presentati dagli enti locali, indicando quattro dimensioni di intervento: sostegno ai genitori di minori fino a 17 anni; sostegno all'autonomia degli anziani; servizi a domicilio per gli anziani e sostegno agli assistenti sociali. Nella Relazione in esame, si afferma che il traguardo della rata di dicembre 2021 è il primo passo per la realizzazione dell'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti (M2C2 – Investimento 1.1), a sua volta strettamente connesso con l'adozione della legge quadro sul sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti (M5C2 – Riforma 2), che dovrà entrare in vigore entro il secondo trimestre dell'anno 2023;

per quanto concerne il Ministero della salute, la Relazione segnala che il 16 dicembre scorso è stato discusso in Conferenza Stato-regioni lo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione delle risorse destinate alle regioni per i progetti del PNRR e del PNC;

con specifico riferimento all'obiettivo M6C1 – Riforma 1.1, Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, viene evidenziato che il Ministero, in collaborazione con le regioni, ha effettuato un lavoro di istruttoria e preparazione, al fine di garantire l'emanazione e l'entrata in vigore della riforma entro il 30 giugno 2022;

in relazione all'obiettivo M6C1 – Investimento 1.2, Casa come primo luogo di cura e telemedicina, il documento riporta che è stato concluso il ciclo di incontri finalizzato a una prima ricognizione dei progetti e che ciascuna regione è tenuta a definire il proprio piano operativo. All'interno del gruppo di lavoro Telemedicina è stato costituito il sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida dell'assistenza domiciliare;

relativamente alla seconda componente della Missione del PNRR relativa alla salute, la Relazione, per quanto riguarda l'intervento M6C2 – Investimento 2.2, Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, ricorda che nel luglio 2021 è stato determinato il numero globale dei medici specialisti da formare per il triennio 2020-23 e sono stati assegnati i contratti di formazione medica specialistica alle diverse tipologie di specializzazione. Nel novembre 2021 sono state assegnate alle regioni le risorse per il finanziamento delle borse di studio aggiuntive per il primo ciclo formativo del triennio 2021-2024;

per quanto concerne il Ministro per le pari opportunità e la famiglia si dà conto, nell'ambito dell'intervento M5C1 – Investimento 2, del lavoro preliminare finalizzato all'introduzione di un sistema di certificazione della parità di genere, con uno stanziamento previsto pari a 10 milioni di euro. Si evidenzia, inoltre, la recente approvazione del 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, che contiene 31 azioni di rafforzamento dei diritti delle persone minorenni, che operano in sinergia con le mis-

sioni indicate nel PNRR e che prevedono anche interventi specifici finalizzati: ad incrementare l'offerta già disponibile di servizi educativi e scuole dell'infanzia e ad investire nella loro accessibilità equa e sostenibile; alla costruzione e alla valorizzazione del ruolo delle comunità educanti; al rafforzamento dei consultori e all'istituzione di un servizio di psicologia scolastica per bambini e adolescenti, nelle scuole di ogni ordine e grado; alla promozione della salute materno-infantile,

impegna il Governo:

1) ad adottare, in un modello unitario coerente con il PNRR, un quadro regolatorio e valutativo a livello nazionale, che venga contestualizzato a livello regionale e che valorizzi le strategie di intervento ospedaliere e territoriali fino alle cure domiciliari in tutti i suoi aspetti – sanitario, tecnologico e sociale – anche con modalità sperimentali, per favorire la gestione dei differenti bisogni, con una valutazione periodica che consideri l'appropriatezza, l'accessibilità ai servizi e la soddisfazione degli utenti;

2) a tenere conto dell'impatto che gli aumenti del costo delle materie prime e i rincari dell'energia, alimentati dal conflitto in Ucraina, avranno sull'attuazione delle riforme previste nell'ambito della Missione Salute, evidenziando gli investimenti strutturali e tecnologici che presumibilmente non potranno essere portati a termine a parità di risorse, anche nell'ottica di avanzare una richiesta di adeguamento delle risorse stesse in sede europea;

3) a prevedere che il rafforzamento della sanità e dell'assistenza territoriale comprenda parallelamente lo sviluppo delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse di cure primarie) all'interno delle Case della comunità insieme alle figure professionali sanitarie e socio-sanitarie, quale tassello fondamentale della riforma della rete territoriale;

4) con specifico riferimento alle Case della comunità (M6C1 – Investimento 1.1):

a considerare l'introduzione di obiettivi di risultati (*outcome*) e non solo pre-

stazionali (*output*) per avere un'assistenza di alto profilo e orientata a dare una risposta ai bisogni, favorendo un modello di assistenza che punti su prevenzione, diagnosi precoce e cura sia in ambito sanitario che sociosanitario, e attuando una semplificazione organizzativa, anche attraverso un'aggregazione di professionisti che pianifichi e gestisca le attività assistenziali della popolazione (visite, scelta o revoca del medico, di riabilitazione e presidi, attivazione ADI e UVI, assistenza sociale, vaccini, *screening*, educazione sanitaria, e altro);

a considerare la necessità che le regioni siano tenute a indicare, nei piani operativi contenenti i piani di azione volti all'individuazione dei siti ove saranno istituite le Case della comunità, anche le conseguenti misure concernenti la riorganizzazione e la dotazione dell'organico;

a individuare, anche nell'ambito della prossima adozione del cosiddetto « DM 71 », e in coerenza con il PNRR, come obbligatori, anziché raccomandati, i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, assicurando ai predetti servizi risorse strumentali e di organico idonei, anche per l'assistenza psicologica di base;

a supportare il cosiddetto « DM 71 » di idonei presupposti normativi di rango primario, anche al fine di renderlo coerente con il PNRR, con il cosiddetto « DM 70 » sugli standard ospedalieri e con i livelli essenziali di assistenza, affinché l'erogazione delle prestazioni e dei servizi previsti nella rete di assistenza sanitaria territoriale avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità;

5) a considerare in particolare, nel contesto del superamento normativo del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, una valorizzazione dei Punti di primo intervento quale importante presidio per la visita e trattamento delle patologie urgenti a bassa gravità, per la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e per garantire un'assistenza adeguata per le patologie urgenti meno gravi nei territori più periferici;

6) a prevedere che, nell'ambito delle misure di potenziamento della medicina di territorio e dell'assistenza domiciliare previste dal PNRR, si presti particolare attenzione alla specificità delle necessità di cure specialistiche e di presa in carico multidimensionale delle persone con patologie croniche complesse, ivi inclusi i pazienti con malattie rare;

7) a considerare parte integrante della complessa riforma dell'assistenza territoriale la rete dei servizi e residenze socio-sanitarie accreditate con il SSN, con riferimento alla popolazione anziana, non autosufficiente, con disabilità o disagio mentale quali riferimenti essenziali per una compiuta continuità assistenziale, insieme alle nuove previsioni contenute nella Missione 6, prima componente, valorizzando maggiormente il ruolo delle comunità locali, degli ambiti territoriali e del terzo settore nella coprogrammazione, e progettazione degli interventi e programmi di salute;

8) a sostenere, nell'ambito degli interventi in favore delle persone anziane e non autosufficienti, il potenziamento degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici delle residenze sanitarie assistenziali e delle strutture analoghe, destinando un'adeguata quota di risorse a tale obiettivo e assicurando, in ogni caso, la rappresentanza delle strutture medesime, del mondo del sociale e del terzo settore, presso le commissioni e i gruppi di lavoro istituiti presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

9) con riferimento alla prevista riforma legislativa sulle cure per persone non autosufficienti, volta in particolare a sostenere l'assistenza domiciliare, a promuovere una drastica semplificazione della presa in carico, nonché a garantire un *budget* di salute alimentato con tutte le risorse disponibili, al fine di fornire risposte articolate riferibili anche ai bisogni della vita quotidiana;

10) a prevedere l'istituzione di tavoli regionali permanenti istituzionali e multi-professionali, che includano rappresentanti

delle professioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere e territoriali, per una costante condivisione di obiettivi e soluzioni organizzative che superino le criticità emergenti e rendano attuabile il nuovo modello di sanità secondo il PNRR nel rispetto delle professionalità, formazione, competenze, e abilitazioni;

11) a prevedere, con i prossimi interventi normativi, la possibilità di colmare la cosiddetta « gobba pensionistica » e « l'imbutto formativo » dei professionisti della sanità quali medici specialisti, infermieri e medici di medicina generale, sia attraverso un aumento delle disponibilità di accesso ai corsi di formazione universitaria sia, all'atto della definizione imminente del Documento di economia e finanza (DEF), con la previsione di adeguate risorse per una valorizzazione economica delle predette professioni;

12) con specifico riferimento alla fascia di età 0-6 anni e alla genitorialità, ad adottare iniziative per indirizzare maggiori investimenti per il periodo compreso tra il concepimento e la prima infanzia (*act early*), in accordo con quanto previsto dal documento sui primi 1000 giorni (« Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita ») elaborato dal Ministero della salute e approvato nel mese di gennaio 2020 dalla Conferenza Stato-regioni, volte in particolare a: estendere i servizi educativi per bambini di età compresa tra 0-3 anni potenziando la rete dei servizi pubblici; promuovere la genitorialità responsiva mediante la sinergia tra pubblico e privato nell'ambito dei piani educativi 0-6 anni previsti dal decreto legislativo n. 65 del 2017; promuovere, in collaborazione con i servizi educativi, l'inserimento di contenuti relativi allo sviluppo del bambino e alla genitorialità anche attraverso il potenziamento della rete dei consultori, con particolare attenzione ai servizi di sostegno alla genitorialità, considerando anche le difficoltà a sostenere il costo dei nuovi servizi nel lungo periodo, prevedendo a tal fine, oltre alla garanzia di finanziamenti adeguati, soprattutto nelle regioni meridionali, anche modelli flessibili di costruzione e di gestione, specialmente

attraverso il coinvolgimento del terzo settore;

13) a rafforzare l'attuazione dei patti educativi di comunità come strumento principale per contrastare l'aumento della povertà, materiale ed educativa, avvalendosi anche dello strumento dei ristori educativi per compensare le ricadute negative della pandemia sul piano sociale, culturale, edu-

cativo e relazionale, causate dall'impatto della stessa pandemia su studentesse e studenti, nonché a rafforzare le politiche di supporto alle famiglie mediante il potenziamento della rete dei servizi sociali, anche d'intesa con i comuni e con una maggiore partecipazione degli enti del terzo settore, al fine di dare vita a una rete permanente di protezione sociale.

## ALLEGATO 2

**Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1.****RISOLUZIONE PRESENTATA DAL GRUPPO FRATELLI D'ITALIA**

La XII Commissione,

esaminata per le parti di competenza la Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (Anno 2021) (Doc, CCLXIII, n. 1) trasmessa dal Governo alle Camere il 24 dicembre scorso, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;

*premessi che:*

il Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede 134 investimenti e 63 riforme, per un totale di 191,5 miliardi di euro di fondi cui si aggiungono le risorse dei fondi europei *React-EU* e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), per un totale di circa 235 miliardi di euro, che corrispondono al 14 per cento circa del prodotto interno lordo italiano;

il Piano si compone di sei Missioni e sedici Componenti – che si articolano intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale – e prevede tre priorità trasversali: parità di genere; miglioramento delle competenze, della capacità e delle prospettive occupazionali dei giovani; riequilibrio territoriale e sviluppo del Mezzogiorno;

nell'ambito degli obiettivi trasversali relativi alla parità di genere e alla riduzione del divario di cittadinanza (M5C2-1), di particolare rilevanza l'approvazione nel dicembre 2021 della legge quadro sulle disabilità (legge 22 dicembre 2021, n. 227), che, in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti

delle persone con disabilità, ha dotato l'Italia del primo intervento normativo sistematico sulla materia volto a ridisegnare la tutela della disabilità nei diversi ambiti e a prevedere processi più efficienti di erogazione degli interventi e dei servizi;

a seguito dell'approvazione della legge delega, dovrà seguire la riorganizzazione dei servizi sociali locali, la definizione di standard qualitativi e la messa a disposizione di piattaforme ICT per migliorare e rendere più efficienti i servizi;

sempre nel quadro degli strumenti finalizzati al sostegno ai soggetti più fragili si inserisce l'adozione nel dicembre 2021 del Piano operativo relativo all'investimento per il *Sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani* (M5C2-5). Il Piano definisce i requisiti dei progetti che dovranno essere presentati dagli enti locali, indicando quattro dimensioni di intervento: sostegno ai genitori di minori fino a 17 anni; sostegno all'autonomia degli anziani; servizi a domicilio per gli anziani e sostegno agli assistenti sociali;

il Piano rappresenta il primo passo per la realizzazione dell'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili (M5C2 – Investimento 1.1), a sua volta strettamente connesso con l'adozione della legge quadro sul sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti (M5C2 – Riforma 1.2), prevista dal PNRR per il 2023 e per la quale è stato costituito un gruppo di lavoro presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali incaricato della definizione della stessa: l'assistenza all'anziano non autosufficiente rappresenta il terreno d'elezione dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale; spostarne il

baricentro prevalentemente sul versante sociale rischia di perpetuarne la cesura;

sempre nell'ambito della Missione 5, un piccolo inciso merita anche l'investimento 7 – *Progetto Sport e inclusione sociale* – per richiamare l'opportunità di prevedere nell'ambito delle strutture residenziali che svolgono programmi riabilitativi/assistenziali in favore di persone fragili e vulnerabili la realizzazione/ristrutturazione di impianti sportivi;

passando ad esaminare la Missione 6, relativa alla Sanità, l'Italia partiva certamente da una situazione di difficoltà di un Servizio Sanitario Nazionale frutto di una lunga stagione di tagli illogici ai tetti di spesa che hanno indebolito la forza e il radicamento della sanità territoriale, rendendo più fragile le politiche di prevenzione della salute pubblica: ritardo nell'adeguare il SSN al mutato contesto demografico, deficit digitale e crescita delle disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza;

nell'ambito delle iniziative di titolarità del Ministero della salute a valere sul 2022, l'atto più importante, al momento, è il decreto con la ripartizione delle risorse destinate alle Regioni per i progetti del PNRR e del PNC (approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 12 gennaio 2022), che prevede che ciascuna regione definisca il proprio piano operativo contenente le azioni volte al raggiungimento delle *milestone* e dei *target* entro il 28 febbraio 2022, fissando per il 31 maggio 2022 il termine entro il quale sottoscrivere il Contratto istituzionale di sviluppo;

il decreto provvede alla ripartizione integrale dei finanziamenti destinati alle Case e agli Ospedali di Comunità, rispettivamente 2 miliardi e 1 miliardo, mentre per l'assistenza domiciliare le uniche risorse stanziare riguardano le Centrali Operative Territoriali, con 204,5 milioni; nessuna risorsa, al momento, è stata prevista per le 292.000 prese in carico domiciliari aggiuntive programmate per il 2022 e, in questo senso, il PNRR, come più volte paventato, rischia di rimanere una grande

operazione di edilizia sanitaria con risvolti marginali e a lungo termine (2026) in termini di incremento dei servizi ai cittadini;

con particolare riferimento alla M6C1, Riforma 1.1. – *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete dell'assistenza sanitaria territoriale* – il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni e con l'Agenas, sta lavorando ad una prima proposta di schema di riforma dell'assistenza territoriale. A corredo della relazione del Governo manca, e sarebbe invero necessario e funzionale al lavoro di esame della proposta di riforma da parte Parlamento, un piano d'integrazione fra assistenza sanitaria, assistenza sociale e modalità di integrazione di tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona; questi ultimi, infatti, richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione secondo uno schema che potrebbe prevedere che ad una domanda complessa si debba rispondere con una offerta integrata e complessa di servizio pubblico socio-sanitario;

sarebbe necessario, dunque, pianificare per poi realizzare servizi territoriali e di prossimità che siano integrati nelle reti cliniche e che rendano migliori le prese in cura e gli accessi alle cure (promozione di USCA e PDTA) e quindi « strutture diffuse » che erogano « prestazioni sul territorio » come se il territorio fosse il più grande degli ospedali;

a tale scopo, sarebbe necessario configurare gli spazi (case di comunità, ospedali di comunità etc) non come fine dell'intervento e degli investimenti previsti, ma quali punti di accesso per una offerta continua e integrata di salute e come nodi di reti sociali e sanitarie, fisiche e digitali;

sempre nell'ambito della componente 1, particolare rilevanza riveste il DM 71, da adottare entro il 30 giugno, che reca il regolamento di rilancio della rete dei servizi territoriali e rappresenta, di fatto, la riforma degli attuali assetti delle cure pri-

marie e con il compito decisivo di indirizzare come spendere le risorse del Pnrr;

per la prima volta vengono definiti degli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione, sotto la vigilanza dell'Agenas; il perno del sistema sarà il Distretto sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana; mentre rimangono gli studi dei medici di famiglia (definiti *spoke* delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette;

all'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con un forte assistenza infermieristica e saranno decisivi, ad esempio, per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente; vengono, infine, fissati gli standard per i servizi delle cure palliative (ad esempio gli hospice), per i dipartimenti di prevenzione e consultori familiari e nel nuovo sistema di cure primarie ruolo rilevante avranno anche le farmacie, identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi;

nella programmazione della riforma dell'assistenza territoriale, però, un vulnus rilevante è rappresentato dalla scarsa attenzione riconosciuta all'area delle dipendenze, della salute mentale, della neuropsichiatria infantile e della sanità penitenziaria, che rimangono raccomandate e non obbligatorie all'interno delle case della salute come ambulatori, modello obsoleto e superato da decenni;

un ampio processo di riforma dell'assistenza territoriale non può prescindere dalla definizione di uno specifico modello di intervento nelle aree della salute mentale e delle dipendenze, come, purtroppo, sollecitato dalla costante crescita di situazioni di disagio acute dall'emergenza pandemica;

la mancanza di un riferimento esplicito all'area della Fragilità correlata a Di-

sturbi Mentali – Malattie Psichiatriche e Dipendenze Patologiche – è, peraltro, un tema trasversale alle Componenti di entrambe le Missioni in esame;

nonostante le persone prese in carico dai Servizi del SSN e del Privato Sociale siano oltre 1.000.000 in Italia, il PNRR non prende in debita considerazione le necessità di queste persone e delle loro famiglie, per le quali il Covid ha rappresentato una causa di interruzione o difficoltà di accesso alle cure e di aggravamento delle loro condizioni;

gli interventi in materia di Salute, inoltre, richiedono un investimento considerevole in termini di personale sanitario (ad es., 16.000 Infermieri, in relazione al numero di Case della Comunità/COT/Ospedali di Comunità che si intendono realizzare), ma ad oggi non è chiaro dove tali professionalità saranno reperite, considerato che i Servizi Territoriali, Ospedalieri e le Strutture Residenziali e Semiresidenziali esistenti ne denunciano da tempo la grave carenza: già nel periodo ante-pandemia, le Rappresentanze delle Professioni Infermieristiche stimavano in 70.000 unità il numero degli infermieri mancanti in Italia;

con riferimento alla M6C1 – Investimento 1.1. – *Case della Comunità e presa in carico della persona* – la relazione conferma la conclusione del ciclo di incontri finalizzato ad una prima ricognizione dei progetti, rimandando a ciascuna regione l'onere di definire il proprio piano operativo contenente piani di azione volti all'individuazione dei siti;

a riguardo, occorre sottolineare come le Case della Comunità abbiano un approccio troppo « sanitario », probabilmente derivato dal « trauma » provocato dagli ultimi due anni di emergenza pandemica, che hanno svelato quanto fosse fragile la Medicina di Territorio in tantissime aree dell'Italia, ma limitarle a questa funzione potrebbe rivelarsi un grosso errore, posto che le Case della Comunità possono rappresentare dei preziosissimi centri di propulsione

di un nuovo approccio alla Salute, ovvero quello, appunto, di Comunità,

in generale, bisogna scongiurare il rischio che la necessità e l'urgenza di rispettare i tempi del PNRR portino i diversi livelli istituzionali coinvolti ad evitare i necessari processi partecipativi, quasi fossero una ulteriore perdita di tempo piuttosto che una concreta possibilità di conferire qualità alla programmazione stessa; si ribadisce la necessità di una previsione esplicita e permanente del coinvolgimento degli enti del terzo settore fin dalle prime fasi di proposta degli interventi da parte delle amministrazioni locali: tale passaggio è determinante perché, come ricorda la relazione stessa, in tali missioni *«la realizzazione concreta degli interventi viene assegnata a soggetti diversi, denominati soggetti attuatori. Questi soggetti, che hanno la responsabilità della realizzazione operativa degli interventi, sono molto spesso i Comuni e gli altri enti territoriali. (...)»*. Il coinvolgimento degli enti territoriali attraversa le sei missioni del Piano, con una particolare concentrazione nell'area della Missione 5, *Inclusione e coesione, destinata prevalentemente ai Comuni, e nell'area della Missione 6, Salute, destinata quasi esclusivamente alle Regioni* »;

sempre nella relazione si legge: *«le amministrazioni locali partecipano alla realizzazione del PNRR in aree che variano dagli asili nido, ai progetti di rigenerazione urbana, all'edilizia scolastica e ospedaliera, all'economia circolare, agli interventi per il sociale. (...) Hanno, infine, un ruolo nella definizione e messa in opera di alcune delle riforme previste dal Piano in materia di disabilità, servizi pubblici locali, turismo e in altri settori di competenza decentrata* »;

il PNRR è un piano *«performance based* » che deve raggiungere dei risultati e questo può accadere con maggiore probabilità se è accompagnato, a tutti i livelli istituzionali di gestione, da un coinvolgimento maggiore e sussidiario del privato e del privato sociale, come le cooperative, quali soggetti in grado di contribuire alla costruzione di politiche inclusive efficaci, partendo dalla lettura dei bisogni del territorio;

in particolare, oltre al Tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale, l'articolo 8 del DL n. 77/2021 ha previsto che il Governo e le parti sociali maggiormente rappresentative stipulino un protocollo di intesa nazionale, affinché ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi previsti nell'ambito del PNRR si impegni ad assicurare lo svolgimento di periodici tavoli di carattere settoriale e territoriale sui progetti di investimento e sulle riforme settoriali: i protocolli per il loro avvio sono ancora in corso di definizione, ma, considerando che le regioni (che gestiranno il 97 per cento delle risorse della Missione 6 in qualità di soggetti attuatori), avevano come scadenza il 28 febbraio per elaborare i piani operativi su alcune importanti linee di investimento relative alla sanità territoriale ed è già stato emanato un primo decreto di ripartizione dei fondi, è essenziale stipulare quanto prima i protocolli funzionali all'avvio dei suddetti tavoli, al fine di favorire il coinvolgimento delle parti sociali per ora rimasto sulla carta;

e ancora, mancano e non sono stati ben definiti quali saranno i professionisti posti in servizio presso le strutture, secondo quali meccanismi di collaborazione interagiranno e quali saranno gli strumenti messi a loro disposizione all'interno delle Case della comunità: ad esempio, non appare definito il ruolo e la funzione del MMG, la presenza o meno del farmacista ospedaliero e l'eventuale collaborazione con la farmaceutica di comunità; sarebbe necessario ridisegnare e reinterpretare il ruolo della Farmacia di comunità in una logica di integrazione stretta con tutti i protagonisti coinvolti nei processi che porteranno a compimento la riorganizzazione dell'assistenza territoriale;

la Casa di comunità nel PNRR è stata eletta a luogo di coordinamento dei servizi multidisciplinari offerti ai pazienti cronici ma questo coordinamento non potrà funzionare se manca la circolarità di informazioni sanitarie fra i vari setting assistenziali. A tal fine, ad oggi, non è ancora stato realizzato il Fascicolo sanitario elettronico nazionale ma è stato *« solo »*

sottoscritto un Accordo tra il Ministero della salute e il Dipartimento della transizione digitale del Ministero della innovazione tecnologica e transizione digitale diretto a disciplinare i rapporti giuridici tra le parti finalizzato alla sua realizzazione;

con riferimento alla M6C1 – Investimento 1.2., è stato concluso il ciclo di incontri finalizzato ad una prima ricognizione dei progetti riferiti alla materia « Casa come primo luogo di cura e telemedicina ». Secondo quanto si evince dalla relazione di Governo, il 28 febbraio 2022 ciascuna regione ha definito il proprio piano operativo. All'interno del gruppo di lavoro Telemedicina, è stato costituito il sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida dell'assistenza domiciliare. Entro il mese di dicembre 2021 è stato sottoscritto, sulla base delle indicazioni del Comitato interministeriale della transizione digitale, l'accordo tra Ministero della salute, Dipartimento della transizione digitale e Agenas, con allegato il relativo piano operativo;

per la sua piena attuazione, manca un piano di formazione per i professionisti sanitari che dovranno utilizzare gli strumenti di telemedicina in maniera tale da assicurare un'offerta di prestazioni sanitarie efficienti, sicure e di qualità;

inoltre, il piano non prevede soluzioni ai problemi determinati dal *digital divide* verticale (sarebbe opportuno formare e supportare i cittadini di tutte le età all'uso dei software di telemedicina) ed orizzontale (sarebbe opportuno colmare i gap formativi degli utenti nelle varie regioni nonché quelli infrastrutturali);

con riferimento alla M6C2 – Investimento 2.1. - *Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN* – la relazione riferisce che sono stati predisposti e approvati i documenti concernenti le tematiche da porre alla base dei bandi di ricerca, ma proprio in tema di ricerca e sviluppo non si rilevano indicazioni circa la possibilità di compartecipazione ai bandi da parte dell'industria in un'ottica di sinergia tra settore pubblico e privato così da realizzare innovative reti di eccellenza massimizzandone il risultato;

con riferimento alla M6C2 – Investimento 2.2. – *Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario* – è stato determinato il numero globale dei medici specialisti da formare per il triennio 2020-23, sono stati assegnati per l'anno accademico 2020-2021 i contratti di formazione medica specialistica alle diverse tipologie di specializzazione;

la Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha preventivamente definito il fabbisogno formativo regionale di medici di medicina generale per il triennio 2021-2024 e ha comunicato il riparto tra le Regioni dei 900 posti aggiuntivi per il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnando alle Regioni le risorse per il finanziamento delle borse di studio aggiuntive per il primo ciclo formativo del triennio 2021-2024; nulla, invece, è previsto in materia di contratti di formazione specialistica per i laureati nelle discipline sanitarie di « area non medica »;

al netto dei finanziamenti previsti per l'area medica, infatti, sono state completamente ignorate tutte le altre professioni sanitarie (biologi, farmacisti, fisici, chimici, etc.) nel loro percorso, sia in fase di accesso alla professione (manca la definizione del fabbisogno) che nella fase di specializzazione (mancano i contratti di formazione);

la mancanza di contratti di formazione specialistica per « l'area non medica » crea un *discrimen* professionale e sociale, scaricando l'onere della formazione specialistica « non medica » sulle sole possibilità economiche personali;

inoltre, appare evidente, al netto della formazione dei singoli professionisti sanitari tramite i contratti di formazione specialistica, la mancanza di un piano che formi gli stessi a svolgere il lavoro in collaborazione; così come manca un piano che attraverso la formazione del personale sappia integrare le necessità di cura dei pazienti con i più recenti risultati della ricerca;

con riferimento, infine, alla M6C2 – Investimento 1.3. - *Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione* –, mancherebbe ad oggi un piano di razionalizzazione degli enti che individui i diversi soggetti (ospedali di comunità, centrali operative territoriali, case della comunità), i rispettivi ruoli (ricoveri, degenze, prese in carico, assistenza domiciliare, servizi socio sanitari) e le conseguenti azioni (individuazione, programmazione e valutazione delle prestazioni) tramite la gestione accentrata in capo al Ministero competente; solo in seguito potrebbero essere attuati i piani operativi regionali di intervento sulle infrastrutture tecnologiche;

impegna il Governo:

a) con riferimento alla Missione 5, Componente 2:

1. Riforma 1.2. *Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti*: realizzare un progetto integrato di riforma tra assistenza sanitaria e sociale;

2. Investimento 7. *Progetto Sport e inclusione sociale*: prevedere la realizzazione/ristrutturazione di impianti sportivi presso strutture residenziali che svolgono programmi riabilitativi/assistenziali in favore di persone fragili e vulnerabili;

b) con riferimento alla Missione 6, Componente 1:

1. Riforma 1.1. *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale*:

i. integrare il DM 71, recante *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale* con la previsione di uno specifico modello di intervento in materia di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria;

ii. elaborare e fornire al Parlamento un piano d'integrazione fra assistenza sanitaria, assistenza sociale e modalità di integrazione di tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assisten-

ziali integrati, i bisogni di salute della persona, evidenziando, al contempo, un quadro definito delle nuove tecnologie di diagnostica e degli strumenti e metodologie di prevenzione fondamentali per il miglioramento dell'aspettativa e qualità della vita nonché un piano di prevenzione delle malattie croniche;

2. Investimento 1.1. *Case della Comunità e presa in carico della persona*: integrazione socio-sanitaria per una presa in carico globale, che preveda, in particolare:

i. l'operatività del Terzo Settore in ambito sociale e socio-sanitario, in attuazione dell'art. 55 del nuovo Codice del Terzo Settore, e nei processi di co-programmazione e co-progettazione;

ii. la previsione di approcci complessi per l'area della fragilità, salute mentale e dipendenze:

1. presa in carico integrata sociale e socio-sanitaria della persona, riservando i luoghi di cura presso le sedi dei Centri Salute Mentale, i Sert e le Strutture del Privato Sociale;

2. politiche di prevenzione e promozione di stili di vita positivi e il monitoraggio del disagio;

3. sviluppo di nuove forme di prossimità e aiuto, sfruttando le potenzialità della telemedicina e delle nuove tecnologie;

iii. l'elaborazione di un piano che identifichi quali sono i professionisti sanitari impiegati nelle Case di comunità, evidenzi i meccanismi di interazione tra gli stessi, i ruoli e i conseguenti livelli di responsabilità e la strumentazione anche digitale necessaria per svolgere il lavoro in collaborazione;

3. Investimento 1.2.:

i. elaborazione di un piano che preveda la formazione per i professionisti sanitari che dovranno utilizzare gli strumenti di telemedicina, la formazione e il supporto dei cittadini all'uso degli strumenti di telemedicina;

ii. identificazione di punti territoriali a bassa soglia ovvero ad accesso gratuito e di prossimità dove il cittadino possa essere supportato anche nelle minime operazioni quali, ad esempio, scarico di informazioni da dispositivi medici e collegamento alle piattaforme digitali così da migliorare la funzionalità delle cure a casa affiancando alla telemedicina la farmacia dei servizi;

4. Investimento 2.1.: previsione, nell'ambito del settore ricerca e sviluppo e dei relativi bandi, della compartecipazione da parte dell'industria in un'ottica di sinergia tra settore pubblico e privato, così da realizzare innovative reti di eccellenza massimizzandone il risultato;

5. Investimento 2.2.:

i. concorso al finanziamento di contratti di formazione specialistica per i laureati nelle discipline sanitarie di « area non medica »;

ii. predisposizione di un piano che attraverso la formazione del personale sappia integrare le necessità di cura dei pazienti con i più recenti risultati della ricerca;

6. Investimento 1.3.: elaborazione di un piano che identifichi e attribuisca funzioni e responsabilità in ordine ai ruoli e alle azioni sul territorio;

7. a stanziare adeguate risorse per le 292.000 prese in carico domiciliari aggiuntive programmate per il 2022;

c) a stipulare quanto prima il protocollo di intesa nazionale tra il Governo e le parti sociali maggiormente rappresentative previsto dall'articolo 8 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, affinché ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi nell'ambito del PNRR si impegni ad assicurare lo svolgimento di periodici tavoli di carattere settoriale e territoriale sui progetti di investimento e sulle riforme settoriali;

d) a introdurre la previsione esplicita e permanente del coinvolgimento delle cooperative sociali e degli enti del terzo settore fin dalle prime fasi di proposta degli interventi da parte delle amministrazioni locali, prevedendo meccanismi automatici di un loro coinvolgimento in partenariati operativi territoriali di pianificazione degli interventi.

Bellucci, Gemmato.

## ALLEGATO 3

**Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS e le epidemie infettive aventi carattere di emergenza. C. 1972 D'Attis, C. 1788 Rizzo Nervo e C. 3464 Siani**

**PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE**

ART. 1.

*Al comma 1, alinea, dopo le parole:* persone affette da tali patologie, *inserire le seguenti:* in conformità con gli impegni assunti dall'Italia in ambito internazionale.

*Conseguentemente:*

a) *alla lettera a), sostituire le parole:* del volontariato *con le seguenti:* degli enti di terzo settore o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale *e sostituire le parole:* Piano nazionale strategico: *con le seguenti:* Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale;

b) *alla lettera b), sostituire le parole:* dei reparti *con le seguenti:* delle strutture;

c) *alla lettera d), sostituire le parole da:* adattate alle attuali esigenze *fino a:* persone affette da HIV o AIDS *con le seguenti:* periodico per il personale sanitario pubblico e privato, nonché di formazione per gli operatori del terzo settore per quanto attiene alla prevenzione e diagnosi e cura dell'HIV e alle attività di sostegno alle persone con HIV o AIDS;

d) *sostituire la lettera e) con la seguente:*

«e) istituzione e potenziamento dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali per la prevenzione e il trattamento delle infezioni e malattie a trasmissione sessuale (IST/MTS), loro adeguamento alle esigenze sanitarie emergenti e potenziamento dei servizi di prevenzione, assistenza, trattamento, cura e riduzione del

danno per persone che usano sostanze d'abuso, anche detenute »;

e) *alla lettera f), sostituire le parole:* e presidio di nuove emergenze infettive *con le seguenti:* di tutti i servizi pubblici, a contratto o accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale o svolti in regime di sussidiarietà orizzontale;

f) *sostituire la rubrica con la seguente:* « (Piano di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale) ».

\* **1.35.** Novelli, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

\* **1.48.** Bologna.

\* **1.55.** Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Al comma 1, alinea, dopo le parole:* affette da tali patologie, *aggiungere le seguenti:* in conformità con gli impegni assunti dall'Italia in ambito ONU per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Agenda 2030) e le indicazioni internazionali,

\*\* **1.3.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Lepri, Pini, Ianaro.

\*\* **1.23.** Stumpo.

*Al comma 1, lettera a), sostituire le parole da:* del volontariato *fino alla fine della lettera, con le seguenti:* degli enti del terzo settore o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale attuati con le modalità previste e periodicamente aggiornate

dal Piano nazionale di interventi contro l'HIV e l'AIDS (PNAIDS) di cui al comma 2.

*Conseguentemente, al comma 2, sostituire le parole:* Piano nazionale strategico per la lotta contro l'infezione da HIV e AIDS *con le seguenti:* Piano nazionale di interventi contro l'HIV e l'AIDS (PNAIDS)

\* **1.4.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

\* **1.24.** Stumpo.

*Al comma 1, lettera a), sostituire le parole:* del volontariato *con le seguenti:* degli enti del terzo settore, incluse le imprese sociali, iscritti nel registro di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

*Conseguentemente, al comma 3, terzo e quarto periodo, sostituire le parole:* associazioni di volontariato *con le seguenti:* enti del terzo settore, incluse le imprese sociali, iscritti nel registro di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

**1.17.** Noja, Baldini.

*Al comma 1, lettera a), sostituire le parole:* del volontariato *con le seguenti:* degli enti del terzo settore.

*Conseguentemente al comma 3, quarto periodo, sostituire le parole:* associazioni di volontariato *con le seguenti:* enti del terzo settore.

**1.68.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera a), aggiungere, in fine, le parole:* , nonché del Piano nazionale AIDS del 2017.

**1.69.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, dopo la lettera a) inserire la seguente:*

*a-bis)* interventi di prevenzione e promozione della salute mediante attività di screening per il conseguimento di diagnosi

precoce, da svolgersi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in ambito ospedaliero e territoriale, anche con l'istituzione di *check point*, per i *test* per l'accertamento dell'infezione, con medici e operatori sanitari, nonché mediante campagne di informazione, promosse dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'istruzione, nelle scuole a beneficio delle fasce anagrafiche più esposte;

**1.61.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera b), dopo le parole:* le attrezzature e gli arredi, *aggiungere le seguenti:* inclusi i reparti di pediatria che accolgono bambini con infezione da HIV,.

*Conseguentemente, al comma 3, terzo periodo, dopo le parole:* medico di medicina generale *aggiungere le seguenti:* o del pediatra di libera scelta

**1.70.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera b), sostituire le parole:* la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno *con le seguenti:* anche attraverso la realizzazione di ambulatori e spazi per attività diurne.

*Conseguentemente:*

a) *alla lettera c), dopo le parole:* strutture di ricovero *aggiungere le seguenti:* e ambulatoriali;

b) *alla lettera d), dopo le parole:* reparti di ricovero *aggiungere le seguenti:* e degli ambulatori

c) *al comma 3, secondo periodo, dopo le parole:* struttura di ricovero *aggiungere le seguenti:* o ambulatoriale;

d) *all'articolo 3, comma 1, primo periodo, dopo le parole:* nelle strutture di ricovero *aggiungere la seguente:* o ambulatoriali

**1.71.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera b), dopo le parole:* per attività di ospedale diurno *inserire le*

seguenti: , il potenziamento delle attività ambulatoriali e ambulatoriali complesse.

Conseguentemente,

a) all'articolo 1, apportare le seguenti modificazioni:

1. al comma 1, lettera c), dopo le parole: delle strutture di ricovero aggiungere le seguenti: e delle strutture ambulatoriali;

2. al comma 1, lettera d), dopo le parole: immunodeficienza acquisita (AIDS) aggiungere le seguenti: e per il personale delle ulteriori strutture, anche ambulatoriali, che hanno in carico tali pazienti;

3. al comma 4, dopo le parole: posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali aggiungere le seguenti: e strutture ambulatoriali;

b) all'articolo 3, apportare le seguenti modificazioni:

1. al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: nelle strutture di continuità assistenziale con le seguenti: nelle strutture ambulatoriali, nelle altre strutture di continuità assistenziale;

2. al comma 2, sostituire le parole: per malattie infettive con le seguenti: e altre strutture sanitarie per la presa in carico e la cura di malattie infettive.

**1.18.** Noja, Baldini.

Al comma 1, lettera c), sostituire la parola: mantenimento con la seguente: potenziamento.

Conseguentemente all'articolo 3, comma 1, primo periodo, sostituire la parola: mantenimento con la seguente: potenziamento .

**1.72.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

Al comma 1, lettera c), sostituire le parole da: e infermieristico fino alla fine della lettera, con le seguenti: , sanitario e socio-sanitario delle strutture di ricovero per malattie infettive e dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia.

Conseguentemente all'articolo 3, comma 1, primo periodo, sostituire le parole: e laureato con le seguenti: , sanitario e socio-sanitario.

**1.73.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

Al comma 1, lettera d), dopo le parole: aggiornamento professionale inserire le seguenti: obbligatoria, nell'ambito delle attività ECM, con assegnazione di crediti formativi,.

**1.62.** D'Arrando, Penna, Villani.

Al comma 1, lettera d), sostituire le parole da: , adattate alle attuali esigenze fino alla fine della lettera, con le seguenti: periodiche gratuite per il personale sanitario pubblico e privato, nonché per gli operatori del terzo settore, ivi inclusi gli operatori non appartenenti alle professioni sanitarie (*community health-workers*), per quanto attiene alla prevenzione, diagnosi e cura dell'HIV e alle attività di sostegno alle persone con HIV o AIDS. La partecipazione a tali corsi non comporta la corresponsione di assegni di studio. Alle spese per l'organizzazione di tali attività di formazione e aggiornamento si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge 5 giugno 1990 , n. 135.

**1.40.** Magi.

Al comma 1, lettera d), sostituire le parole da: , adattate alle attuali esigenze fino alla fine della lettera, con le seguenti: periodiche gratuite per il personale sanitario pubblico e privato, nonché per gli operatori del terzo settore, inclusi gli operatori non appartenenti alle professioni sanitarie (*community health-workers*), per quanto attiene alla prevenzione, diagnosi e cura dell'HIV e alle attività di sostegno alle persone con HIV o AIDS.

**1.41.** Magi.

Al comma 1, lettera d), sostituire le parole da: , adattate alle attuali esigenze fino alla fine della lettera, con le seguenti: pe-

riodico gratuito per il personale sanitario pubblico e privato, nonché per gli operatori del terzo settore per quanto attiene alla prevenzione, diagnosi e cura dell'HIV e dell'HPV nonché per le attività di sostegno alle persone con HIV, AIDS o HPV.

**1.5.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, Lepri, De Filippo, Pini, Ianaro.

*Al comma 1, lettera d), sostituire le parole da:* adattate alle attuali esigenze *fino alla fine della lettera, con le seguenti:* periodico gratuito per il personale sanitario pubblico e privato, nonché per gli operatori del terzo settore per quanto attiene alla prevenzione, diagnosi e cura dell'HIV e alle attività di sostegno alle persone con HIV o AIDS.

**1.25.** Stumpo.

*Al comma 1, lettera d), sopprimere le parole:* da tenersi fuori dell'orario di servizio, con obbligo di frequenza e con corresponsione di un assegno di studio,

*Conseguentemente all'articolo 3, comma 2, ultimo periodo, sopprimere le parole:* , nonché le modalità dell'assegno da corrispondere ai partecipanti.

**1.60.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera d), aggiungere, in fine, le seguenti parole:* , nonché alla gestione delle persone affette da HIV o AIDS in età pediatrica.

*Conseguentemente:*

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

2-bis. Nel definire e specificare gli interventi previsti dal comma 1, il Piano nazionale strategico per la lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS tiene in considerazione le caratteristiche, le necessità e i bisogni specifici dei pazienti in età pediatrica e delle loro famiglie.

b) *al comma 3, terzo periodo, dopo le parole:* la partecipazione del medico di me-

dicina generale *aggiungere le seguenti:* o del pediatra di famiglia per il paziente in età pediatrica.

**1.20.** Noja, Baldini.

*Al comma 1, lettera d), aggiungere, in fine, le seguenti parole:* , anche detenuta.

**1.15.** Ianaro, Carnevali, De Filippo, Rizzo Nervo, Siani, Lepri.

*Al comma 1, sostituire la lettera e) con la seguente:*

e) creazione e potenziamento dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali (ASL) per la prevenzione e il trattamento delle infezioni e malattie a trasmissione sessuale (IST), loro adeguamento alle esigenze sanitarie emergenti e potenziamento dei servizi di prevenzione, assistenza, trattamento, cura e riduzione del danno per persone che usano sostanze, anche detenute;

\* **1.6.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

\* **1.26.** Stumpo.

*Al comma 1, lettera e), aggiungere, in fine, le parole:* , anche adottando un approccio integrato, personalizzato e con l'ausilio di equipe multidisciplinari

**1.63.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, dopo la lettera e), inserire la seguente:*

e-bis) incremento della qualità dell'assistenza nella riorganizzazione della medicina territoriale ai pazienti affetti da malattia da HIV/AIDS, attraverso un percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale regionale che abbia come obiettivo la personalizzazione delle terapie con risorse adeguate nonché un modello di presa in carico del paziente stesso, che sia basato sull'approccio collaborativo tra lo specialista e il medico di medicina generale opportunamente formato, che tenga conto del pro-

gressivo invecchiamento della popolazione affetta da HIV e della maggiore prevalenza di comorbidità.

**1.16.** Ianaro, Carnevali, De Filippo, Rizzo Nervo, Siani, Lepri.

*Al comma 1, dopo la lettera e), aggiungere la seguente:*

*e-bis)* dispensazione ai pazienti dei farmaci antivirali per il trattamento dell'HIV in regime di distribuzione per conto nelle farmacie private convenzionate con il servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dall'articolo 8 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

**1.54.** Gemmato.

*Al comma 1, lettera f), sostituire le parole: e presidio di nuove emergenze infettive con le seguenti:* di tutti i servizi pubblici, a contratto o accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale o svolti in sussidiarietà orizzontale.

\* **1.7.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

\* **1.27.** Stumpo.

*Al comma 1, lettera f), aggiungere, in fine, le seguenti parole:* attraverso la realizzazione di un nuovo Sistema di sorveglianza unificato HIV-AIDS in cui la segnalazione sia effettuata attraverso una scheda di raccolta dati informatizzata unificata nazionale che garantisca l'integrazione della segnalazione di una nuova diagnosi HIV con quella di AIDS, un'unica piattaforma nazionale per l'inserimento telematico dei dati che ne tuteli la sicurezza e che garantisca l'aggiornamento dei dati medesimi in tempo reale.

**1.74.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, lettera f), aggiungere, in fine, le parole: , mediante un nuovo sistema di sorveglianza integrato HIV-AIDS.*

**1.64.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, dopo la lettera f), inserire le seguenti:*

*f-bis)* incentivazione di strategie di prevenzione e *screening* per HIV e infezioni sessualmente trasmesse su modello *community-based*, implementate anche, previo parere della Commissione per il Terzo settore, dagli enti del Terzo settore in contesti non sanitari, ivi inclusa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei test rapidi di *screening* da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie opportunamente formati, attraverso certificazione da parte degli enti di formazione accreditati, e ivi operanti;

*f-ter)* incentivazione della distribuzione anche gratuita degli strumenti di prevenzione riconosciuti efficaci e indicati dalle agenzie internazionali e dalle linee guida nazionali e internazionali ufficialmente riconosciute, nonché della distribuzione, da parte delle farmacie di comunità, dei farmaci innovativi e in distribuzione diretta (DD).

*f-quater)* creazione e inclusione nei *curricula* scolastici di corsi di informazione e prevenzione rivolti a studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, relativamente alle tematiche dell'HIV, delle infezioni sessualmente trasmesse e della salute sessuale.

\* **1.36.** Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

\* **1.56.** Foscolo, Boldi, De Martini, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Al comma 1, dopo la lettera f), inserire le seguenti:*

*f-bis)* incentivazione di strategie di prevenzione e *screening* per HIV e infezioni sessualmente trasmesse su modello *com-*

*munity-based*, previo accordo tra il Ministero della salute, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Commissione per il Terzo settore;

*f-ter*) incentivazione della distribuzione anche gratuita degli strumenti di prevenzione riconosciuti efficaci e indicati dalle agenzie internazionali e dalle linee guida nazionali e internazionali ufficialmente riconosciute, nonché della distribuzione, da parte delle farmacie di comunità, dei farmaci innovativi;

*f-quater*) creazione e inclusione nei *curricula* scolastici di corsi di informazione e prevenzione rivolti a studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, relativamente alle tematiche dell'HIV, delle infezioni sessualmente trasmesse e della salute sessuale.

#### 1.49. Bologna.

*Al comma 1, dopo la lettera f), inserire la seguente:*

*f-bis*) incentivazione di strategie di prevenzione e screening per HIV e IST su modello *community-based*, implementate dagli enti del Terzo settore in contesti non sanitari secondo le linee di indirizzo emanate dal Ministero della salute, ivi inclusa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei test rapidi di screening da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie (*community health-workers*) opportunamente formati da Enti di formazione accreditati e ivi operanti.

*Conseguentemente, dopo il comma 3, inserire i seguenti:*

*3-bis.* Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per incentivare e assicurare, anche con i finanziamenti di cui al comma 3-ter, le attività di prevenzione e screening HIV/IST in sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *f-bis*);

*3-ter.* Per le attività di cui al comma 3-*bis*, in aggiunta alle risorse assegnate a legislazione vigente, presso il Ministero della salute è istituito un fondo denominato « Fondo per i servizi *community-based* implementati dagli enti del Terzo settore in contesti non sanitari », al quale è assegnata la somma di 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022. Le risorse del Fondo sono ripartite annualmente tra le regioni e le Province autonome, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

*3-quater.* Agli oneri derivanti dal comma 3-*ter*, pari a 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili in corso di gestione di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

#### 1.42. Magi.

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

*f-bis*) incentivazione di strategie di prevenzione e screening per HIV e IST su modello *community-based*, implementate dagli enti del Terzo settore in contesti non sanitari, ivi inclusa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei test rapidi di screening da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie (*community health-workers*) opportunamente formati e ivi operanti.

*Conseguentemente, dopo il comma 3, inserire i seguenti:*

*3-bis.* Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per incentivare e assicurare, anche con i finanziamenti di cui al successivo 3-*ter*, le attività di prevenzione e screening HIV/IST in sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *f-bis*).

*3-ter.* Per le attività di cui al comma 3-*bis*, presso il Ministero della salute è istituito un fondo denominato « Fondo per i servizi *community-based* implementati da-

gli enti del Terzo settore in contesti non sanitari », al quale è assegnata la somma di 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022. Le risorse del Fondo sono ripartite annualmente tra le regioni e le Province autonome, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

*3-quater.* Agli oneri derivanti dal comma 3-ter, pari a 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili in corso di gestione di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

\* **1.8.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Lepri, Pini, Ianaro.

\* **1.28.** Stumpo.

*Al comma 1, dopo la lettera f), inserire la seguente:*

*f-bis)* incentivazione di strategie di prevenzione e screening per HIV e IST su modello *community-based*, implementate dagli enti del Terzo settore in contesti non sanitari secondo le linee di indirizzo emanate dal Ministero della salute, ivi inclusa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei test rapidi di screening da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie (*community health-workers*) opportunamente formati da enti di formazione accreditati e ivi operanti.

*Conseguentemente, dopo il comma 3, inserire il seguente:*

*3-bis.* Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per incentivare e assicurare le attività di prevenzione e screening HIV/IST in sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 1 comma 1 lettera *f-bis*).

**1.46.** Magi.

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

*f-bis)* potenziamento della prevenzione attraverso l'inserimento dell'educa-

zione sessuale, comprensiva delle informazioni preventive rispetto all'HIV e alle altre IST, nei *curricula* scolastici e programmi didattici, nonché attraverso la maggiore diffusione e reperibilità dei mezzi di prevenzione primaria e secondaria indicati come efficaci dalle agenzie internazionali per il contrasto all'HIV, con particolare riguardo alle popolazioni maggiormente esposte.

**1.75.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

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

*f-bis)* utilizzo, secondo indicazione medica, di strumenti di prevenzione – anche farmacologici – per le persone maggiormente soggette a rischio di infezione, fermo restando quanto previsto dalle linee guida internazionali e nazionali vigenti. Il Piano nazionale di interventi contro l'HIV e l'AIDS individua le condizioni di fragilità cui è concesso l'utilizzo dei suddetti strumenti.

**1.37.** Novelli, Magi, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

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

*f-bis)* utilizzo, secondo indicazione medica, di strumenti di prevenzione – anche farmacologici – per le persone maggiormente soggette a rischio di infezione, come previsto dalle linee guida internazionali e nazionali vigenti. Il Piano nazionale di interventi contro l'HIV e l'AIDS individua le condizioni di fragilità cui è concesso l'utilizzo dei suddetti strumenti.

**1.50.** Bologna.

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

*f-bis)* distribuzione anche gratuita degli strumenti di prevenzione riconosciuti efficaci e indicati dalle agenzie internazionali e dalle linee guida nazionali e internazionali ufficialmente riconosciute, in particolare per le popolazioni maggiormente

esposte all'HIV, anche attraverso la distribuzione diretta da parte delle farmacie di comunità.

**1.43.** Magi.

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

*f-bis)* creazione e inclusione nei *curricula* scolastici, in accordo con il Ministero dell'istruzione, di corsi di informazione e prevenzione rivolti a studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, relativamente alle tematiche HIV e IST e della salute sessuale.

\* **1.10.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

\* **1.30.** Stumpo.

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

*f-bis)* distribuzione gratuita degli strumenti di prevenzione riconosciuti efficaci e indicati dalle agenzie internazionali in particolare per le popolazioni maggiormente esposte all'HIV.

**1.29.** Stumpo.

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

*f-bis)* distribuzione eventualmente anche gratuita degli strumenti di prevenzione riconosciuti efficaci e indicati dalle agenzie internazionali in particolare per le popolazioni maggiormente esposte all'HIV.

**1.9.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

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

*f-bis)* potenziamento della ricerca sull'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) anche attraverso l'individua-

zione di specifiche linee di indirizzo e di risorse.

**1.57.** Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

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

*f-bis)* interventi di contrasto alle discriminazioni nei confronti delle persone affette da HIV o AIDS, anche mediante campagne di sensibilizzazione.

**1.19.** Noja, Baldini.

*Al comma 2, sostituire le parole:* nel Piano nazionale strategico per la lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS, adottato con decreto del Ministro della salute *con le seguenti:* Piano di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale adottato con decreto dal Ministro della salute, sentito il Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale di cui all'articolo 6, comma 1, nonché il Consiglio superiore di sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

*Conseguentemente:*

a) *sostituire il comma 3 con i seguenti:*

3. Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per assicurare la funzionalità e l'adeguatezza dei servizi per l'assistenza territoriale e il trattamento a domicilio delle persone affette da HIV o AIDS e patologie correlate, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza nei casi in cui, superata la fase del ricovero, sia possibile la prosecuzione della cura presso il domicilio dei pazienti con l'obiettivo di garantire una buona qualità della vita correlata allo stato di salute. Il trattamento a domicilio è eseguito mediante il servizio di assistenza domiciliare integrata, in accordo con le indicazioni terapeutiche e assistenziali fornite dalla struttura di ricovero per

malattie infettive che ha in cura il paziente. Il servizio di cura domiciliare assicura la partecipazione del medico di medicina generale all'assistenza e la collaborazione, quando possibile e in via residuale, del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali o di enti del terzo settore o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. L'assistenza e il trattamento possono essere attuati a livello territoriale in forma residenziale o semiresidenziale presso centri idonei e residenze collettive o case alloggio, con il ricorso dei medesimi soggetti accreditati a tale fine. Le modalità di accreditamento e le forme di convenzione sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le modalità di accreditamento e le forme di convenzione sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3-bis. Le regioni assicurano, almeno nei capoluoghi di provincia, Centri unitari per lo screening e la prevenzione delle altre infezioni a trasmissione sessuale, oltre che per la promozione della salute sessuale, anche in collaborazione con gli enti del Terzo settore;

b) *al comma 5 sopprimere le parole: ,* entro le previsioni quantitative stabilite dal Piano nazionale strategico,;

c) *sostituire l'articolo 6 con il seguente:*

#### Art. 6.

*(Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale)*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmis-

sione sessuale del Comitato tecnico sanitario, composta da rappresentanti delle professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e rappresentanti degli enti del terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale, con comprovata esperienza nell'attività di prevenzione, screening, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio. Il numero dei componenti e i criteri di composizione sono stabiliti dal Ministro della salute garantendo equa rappresentanza a tutte le parti interessate, e la presenza di almeno due rappresentanti del Ministero della salute, un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e un rappresentante delle regioni.

2. La sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS, le infezioni e le malattie a trasmissione sessuale del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1 collabora all'attuazione del Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale, di cui all'articolo 1, comma 2, e suggerisce le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni dell'epidemia da HIV anche attraverso il raccordo costante con le commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS, le infezioni e le malattie a trasmissione sessuale di cui al comma 2.

3. Al fine di garantire la migliore attuazione del Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale nel territorio nazionale, le regioni istituiscono, a livello regionale, commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale costituite in modo analogo alla sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale del Comitato tecnico sanitario.

4. Il Governo presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del Piano di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale. Nella relazione il Governo dà altresì conto della diffusione di HIV, da AIDS e di infezioni e malattie a trasmis-

sione sessuale tra i minori e della loro presa in carico da parte delle strutture sociosanitarie preposte.

\* **1.38.** Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

\* **1.51.** Bologna.

\* **1.58.** De Martini, Boldi, Foscolo, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Al comma 2, sostituire le parole:* Piano nazionale strategico per la lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS, adottato con decreto del Ministro della salute *con le seguenti:* Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS) predisposto dal Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS di cui all'articolo 6, comma 1, adottato con decreto del Ministro della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, nonché d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Ciascun piano ha durata triennale e può essere aggiornato, ove occorra, nel corso del triennio.

*Conseguentemente, sostituire l'articolo 6 con il seguente:*

Art. 6.

*(Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS)*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario, composta da minimo 30 componenti equamente individuati per almeno un 40 per cento tra le professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e per almeno un altro 40 per cento tra gli enti di terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, con comprovata esperienza in attività di prevenzione, screening, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio.

2. Il Ministero della salute garantisce la presenza tra i componenti della sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1, di un rappresentante del Ministero, di un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e di almeno un membro designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. La sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1 monitora l'attuazione del Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS), di cui all'articolo 1, comma 2, e indica le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni dell'epidemia da HIV anche attraverso il raccordo costante con le commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS di cui al comma 4.

4. Al fine di garantire la migliore attuazione del Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS) nel territorio nazionale, le regioni istituiscono a livello regionale commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS costituite in modo analogo alla sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1.

5. Il Governo presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di intervento contro HIV e AIDS.

**1.31.** Stumpo.

*Al comma 2, sostituire le parole da Piano nazionale fino a* Ministro della salute *con le seguenti:* Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS) predisposto dal Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS di cui all'articolo 6, comma 1, adottato con decreto del Ministro della salute, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

*Conseguentemente, sostituire l'articolo 6 con il seguente:*

Art. 6.

*(Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS)*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario, composta da minimo 30 componenti equamente individuati per almeno un 40 per cento tra le professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e per almeno un altro 40 per cento tra gli enti di terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, con comprovata esperienza in attività di prevenzione, screening, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio.

2. Il Ministero della salute garantisce la presenza tra i componenti della sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1, di un rappresentante del Ministero, di un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e di almeno un membro designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. La sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1 monitora l'attuazione del Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS), di cui all'articolo 1, comma 2, e indica le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni dell'epidemia da HIV anche attraverso il raccordo costante con le commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS di cui al comma 4.

4. Al fine di garantire la migliore attuazione del Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS) nel territorio nazionale, le regioni istituiscono a livello regionale commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS costituite in modo analogo alla sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1.

5. Il Governo presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di intervento contro HIV e AIDS.

**1.11.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Lepri, Pini, Ianaro.

*Al comma 2, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole:* previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

**1.59.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

3. Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per assicurare la funzionalità e l'adeguatezza dei servizi per l'assistenza territoriale e il trattamento a domicilio delle persone affette da HIV o AIDS e patologie correlate, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza dei pazienti con l'obiettivo di garantire una buona qualità della vita correlata allo stato di salute. Il trattamento a domicilio è svolto mediante il servizio di assistenza domiciliare integrata, in accordo con le indicazioni terapeutiche e assistenziali fornite dalla struttura di ricovero per malattie infettive che ha in cura il paziente. Il servizio di cura domiciliare assicura la partecipazione del medico di medicina generale all'assistenza e la collaborazione, quando possibile, del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali o di enti del terzo settore o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. L'assistenza e il trattamento possono essere attuati a livello territoriale in forma residenziale o semi-residenziale presso centri idonei e residenze collettive o case alloggio, con il ricorso dei medesimi soggetti accreditati a tale fine. Le modalità di accreditamento e le forme di convenzione sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza perma-

nente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

### 1.32. Stumpo.

*Al comma 3, sostituire il primo periodo con il seguente:* Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per assicurare la funzionalità e l'adeguatezza dei servizi per l'assistenza territoriale e il trattamento a domicilio delle persone affette da HIV o AIDS e patologie correlate, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza dei pazienti con l'obiettivo di garantire una buona qualità della vita correlata allo stato di salute.

*Conseguentemente, al medesimo comma 3:*

*a) al secondo periodo sostituire le parole: secondo le con le seguenti:* in accordo con;

*b) al terzo periodo sostituire le parole: associazioni di volontariato con le seguenti:* enti del terzo settore o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale;

*c) sostituire il quarto periodo con il seguente:* L'assistenza e il trattamento possono essere attuati a livello territoriale in forma residenziale o semiresidenziale presso centri idonei e residenze collettive o case alloggio, con il ricorso dei medesimi soggetti accreditati a tale fine.

### 1.12. Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Lepri, Ianaro.

*Al comma 3, ultimo periodo, sostituire le parole: sono definite con le seguenti: , definite dal decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1991, sono aggiornate nel rispetto della normativa vigente in materia, e aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Col medesimo decreto di cui al periodo precedente sono definite le modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali e l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate e degli esiti di cura, la

formazione e rotazione del personale addetto al controllo nonché il sistema sanzionatorio che contempli anche la revoca e la sospensione in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni.

### 1.65. D'Arrando, Penna, Villani.

*Dopo il comma 3, inserire i seguenti:*

*3-bis.* Le regioni favoriscono, incentivano e assicurano la co-programmazione, co-progettazione e realizzazione di strategie di prevenzione e screening per HIV e infezioni sessualmente trasmesse su modello *community-based*, implementate dagli Enti del terzo settore attivi nella prevenzione dell'HIV e delle IST in contesti non sanitari, sulla base degli indirizzi forniti dal Ministero della salute, ivi inclusa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei test rapidi di screening da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie opportunamente formati e ivi operanti.

*3-ter.* Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 3-bis, valutati in 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 11, dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025.

### 1.45. Magi.

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:*

*3-bis.* Le regioni definiscono entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli indirizzi alle aziende sanitarie locali per assicurare almeno nei capoluoghi di provincia Centri unitari per lo *screening*, la prevenzione e la cura gratuite dell'HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale, oltre che per la promozione della salute sessuale, anche in collaborazione con gli enti del Terzo settore.

### 1.34. Stumpo.

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:*

3-bis. Le regioni dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali per assicurare almeno nei capoluoghi di provincia Centri unitari per lo screening, la prevenzione e la cura gratuite dell'HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale, oltre che per la promozione della salute sessuale, anche in collaborazione con gli enti del Terzo settore.

**1.13.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

*Al comma 5, sostituire le parole:* Piano nazionale strategico *con le seguenti:* Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS).

**1.14.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

5-bis. Potenziamento della ricerca di base, clinica e farmacologica sulle infezioni e malattie da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e a trasmissione sessuale anche attraverso l'individuazione di specifiche linee di indirizzo e di risorse.

**1.53.** Bologna.

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

5-bis. Potenziamento della ricerca sulle infezioni e malattie da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e a trasmissione sessuale anche attraverso l'individuazione di specifiche linee di indirizzo e di risorse.

**1.52.** Bologna.

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

5-bis. Potenziamento della ricerca sulle infezioni da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) di tipo bio-psico-sociale anche attraverso l'individuazione di specifiche linee di indirizzo e di risorse.

**1.47.** Magi.

*Dopo il comma 5, inserire il seguente:*

5-bis. Potenziamento della ricerca sulle infezioni da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) anche attraverso l'individuazione di specifiche linee di indirizzo e di risorse.

**1.39.** Novelli, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

*Al comma 6, sostituire le parole da:* quote *fino alla fine del comma, con le seguenti:* una specifica quota di risorse del Fondo sanitario nazionale di parte corrente vincolata allo scopo.

**1.66.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Sopprimere il comma 7.*

**1.21.** Noja, Baldini.

*Alla rubrica, sostituire le parole:* contro l'AIDS *con le seguenti:* per la lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS.

*Conseguentemente nel titolo, dopo le parole:* per la prevenzione *aggiungere le seguenti:* dall'infezione da HIV

**1.67.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Alla rubrica, sostituire le parole:* l'AIDS *con le seguenti:* l'HIV e l'AIDS.

*Conseguentemente, sostituire il titolo con il seguente:* Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV e l'AIDS.

**1.22.** Stumpo.

*Alla rubrica, sostituire le parole:* contro l'AIDS *con le seguenti:* contro l'HIV e l'AIDS

**1.2.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

Art. 1-bis.

(Interventi di screening e prevenzione contro l'HPV (Human Papilloma Virus))

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da *Human Papilloma Virus* (HPV) mediante attività di prevenzione e cura sono garantiti programmi di screening oncologici gratuiti.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente disposizione, sono definiti i criteri e le modalità per l'attuazione dello screening di cui al comma 1.

3. Agli oneri di cui al presente articolo pari a 3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022 si provvede mediante utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano nazionale sanitario, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

4. Al fine di raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale anti-HPV definiti nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale, pari al 95 per cento di copertura per i ragazzi e le ragazze nel dodicesimo anno di vita sono promosse campagne di informazione e di sensibilizzazione sul Papillomavirus e sulle opportunità di prevenzione dei tumori HPV-correlati;

5. In attuazione di quanto previsto dal comma 4 il Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'istruzione e nel rispetto dell'autonomia scolastica favorisce l'inserimento tra gli indirizzi della programmazione annuale delle scuole secondarie di I e II grado dei progetti volti a una più adeguata formazione sulle malattie sessualmente trasmissibili e sulla prevenzione dei relativi tumori.

Conseguentemente, sostituire il titolo con il seguente: Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV, l'AIDS e l'HPV.

**1.01.** Siani, Carnevali, Lepri, De Filippo, Rizzo Nervo, Pini, Ianaro, Schirò.

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

Art. 1-bis.

(Preso in carico di minori affetti da infezioni da HIV o da sindrome da AIDS e delle loro famiglie)

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV e dell'AIDS tra i minori e tra le loro famiglie, anche in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, presso ogni regione e provincia autonoma è individuato un centro regionale pediatrico di riferimento, dotato di strutture e di personale dedicati alla presa in carico dei minori affetti da HIV o da AIDS e delle loro famiglie.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i requisiti delle strutture dedicate alla cura dei minori affetti da HIV e da AIDS di cui al comma 1 e i criteri per l'adeguamento dell'organico pediatrico, sia medico sia infermieristico, ad esse assegnato, assicurando la presenza di un'equipe multidisciplinare in ambito pediatrico che comprende anche uno psicologo.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità, emana specifiche linee guida sull'utilizzo della terapia antiretrovirale e sulla gestione diagnostico-clinica dei minori affetti da infezione da HIV o da AIDS, distinguendo tra neonati, bambini e adolescenti. Le linee guida devono indicare anche i servizi per il trattamento a domicilio dei minori affetti da HIV o da AIDS e delle eventuali patologie correlate.

4. Nel trattamento a domicilio del minore affetto da HIV o da AIDS il pediatra di libera scelta collabora e si coordina con il centro regionale pediatrico di riferimento

che ha in cura il paziente nonché con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

5. Il Ministero della salute, il Ministero dell'università e della ricerca, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono progetti di ricerca indipendenti per lo studio dell'infezione da HIV e da AIDS nei minori. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del presente comma nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, è istituito l'Osservatorio nazionale sulle malattie infettive pediatriche e ne sono definiti i compiti. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio. Ai componenti dell'Osservatorio non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

7. Presso il Ministero della salute è istituito il registro italiano per le infezioni da HIV in pediatria. Con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i dati che possono essere raccolti nel registro, le modalità relative al loro trattamento nonché le ulteriori disposizioni attuative del presente comma.

8. Con decreto del Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le linee guida per l'accoglienza dei minori con malattie infettive o sospette di esserlo esclusiva-

mente in aree pediatriche dedicate, adatte all'assistenza specifica e ai bisogni del minore e dotate di personale medico e infermieristico pediatrico con specifiche competenze infettivologiche.

9. Il Ministero della salute, nell'ambito delle attività informative e comunicative previste a legislazione vigente, promuove azioni utili per assicurare un'informazione tempestiva e per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle infezioni da HIV e da AIDS, in particolare tra i minori.

10. All'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Nella relazione il Governo dà altresì conto della diffusione dell'infezione da HIV e da AIDS tra i minori e della loro presa in carico da parte delle strutture sociosanitarie preposte. ».

**1.02.** Siani, Carnevali, De Filippo, Lepri, Rizzo Nervo, Pini, Ianaro, Schirò.

*Dopo l'articolo 1, inserire il seguente:*

Art. 1-bis.

*(Piano di interventi contro le malattie sessualmente trasmissibili e le malattie infettive diverse da HIV)*

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili nonché le infezioni causa di malattie infettive, come riconosciute dal Ministero della salute e con particolare riguardo all'HPV, mediante le attività di prevenzione e cura e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, è autorizzata l'attuazione dei seguenti interventi:

a) iniziative di carattere pluriennale volte alla promozione dell'adesione della popolazione ai programmi di screening oncologici garantiti dai livelli essenziali di assistenza, come previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

b) verifica dell'adempimento a livello regionale degli obiettivi di copertura vaccinale come definiti nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale;

c) promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione, da parte del Ministero della salute nonché dalle associazioni del Terzo Settore, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulle malattie infettive e sulle opportunità di prevenzione;

d) favorire l'inserimento tra gli indirizzi della programmazione annuale delle scuole secondarie di I e II grado di progetti volti all'informazione e formazione sulle malattie sessualmente trasmissibili e sulle malattie infettive.

**1.03.** Bagnasco, Magi, Versace, Novelli, Bond, Brambilla.

*Dopo l'articolo 1, inserire il seguente:*

Art. 1-bis.

*(Piano di interventi contro le malattie sessualmente trasmissibili e le malattie infettive diverse da HIV)*

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili nonché le infezioni causa di malattie infettive, come riconosciute dal Ministero della salute, mediante le attività di prevenzione e cura e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, è autorizzata l'attuazione dei seguenti interventi:

a) iniziative di carattere pluriennale volte alla promozione dell'adesione della popolazione ai programmi di screening infettivi e oncologici garantiti dai livelli essenziali di assistenza, come previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

b) verifica dell'adempimento a livello regionale degli obiettivi di copertura vaccinale come definiti nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale;

c) promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione, da parte del Ministero della salute nonché dalle associazioni del Terzo settore, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulle malattie infettive e sulle opportunità di prevenzione;

d) favorire l'inserimento tra gli indirizzi della programmazione annuale delle scuole secondarie di I e II grado di progetti volti all'informazione e formazione sulle malattie sessualmente trasmissibili e sulle malattie infettive.

**1.04.** Bologna.

*Dopo l'articolo 1, inserire il seguente:*

Art. 1-bis.

*(Piano di interventi contro le malattie sessualmente trasmissibili e le malattie infettive diverse da HIV)*

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili nonché le infezioni causa di malattie infettive, come riconosciute dal Ministero della salute e con particolare riguardo all'HPV, mediante le attività di prevenzione e cura e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, è autorizzata l'attuazione dei seguenti interventi:

a) iniziative di carattere pluriennale volte alla promozione dell'adesione della popolazione ai programmi di *screening* oncologici garantiti dai livelli essenziali di assistenza, come previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

b) iniziative volte a promuovere il raggiungimento a livello regionale degli obiettivi definiti nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale, con particolare riguardo agli obiettivi di copertura vaccinale anti-HPV;

c) promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione, da parte del Ministero della salute nonché dagli enti del Terzo settore, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulle malattie infettive e sulle opportunità di prevenzione;

d) favorire l'inserimento tra gli indirizzi della programmazione annuale delle scuole secondarie di I e II grado di progetti volti all'informazione e formazione sulle

malattie sessualmente trasmissibili e sulle malattie infettive.

**1.05.** Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Panizzut, Patelli, Sutto, Tiramani.

ART. 2.

*Sopprimerlo.*

\* **2.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Lepri, Pini, Ianaro.

\* **2.2.** Stumpo.

\* **2.4.** Bologna.

\* **2.5.** Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Sopprimerlo.*

*Conseguentemente, sostituire il titolo della proposta di legge con il seguente:* Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

**2.3.** Versace, Magi, Novelli, Bagnasco, Bond, Brambilla.

*Al comma 1, sopprimere le parole:* o di altre patologie infettive con analoghe caratteristiche di immediato rischio sanitario per la popolazione.

*Conseguentemente, al titolo, sopprimere le parole:* e le epidemie infettive aventi carattere di emergenza.

**2.6.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, sostituire le parole:* con le modalità previste dal presente articolo *con le seguenti:* ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, così come aggiornata anche a seguito delle misure

adottate per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

**2.7.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 1, sostituire le parole:* con le modalità previste dal presente articolo *con le seguenti:* ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, così come aggiornata anche a seguito delle misure adottate per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

*Conseguentemente, sopprimere i commi 3, 4, 5, 6 e 7.*

**2.8.** D'Arrando, Penna, Villani.

ART. 3.

*Sostituire l'articolo 3 con il seguente:*

Art. 3.

*(Norme in materia di personale, di formazione e di aggiornamento)*

1. Per l'attuazione dell'articolo 1, comma 1, lettera d), il Ministero della salute e le regioni organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento sui temi oggetto della presente legge e definiscono le modalità di erogazione dell'assegno da corrispondere ai partecipanti. Gli obiettivi formativi e le modalità di realizzazione e partecipazione vengono definiti annualmente sulla base delle indicazioni contenute nel Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale e nel Piano nazionale della prevenzione. La realizzazione dei corsi è finanziata con le risorse di cui all'articolo 7, comma 2, della presente legge.

**3.4.** Bagnasco, Novelli, Bond, Versace, Brambilla.

*Sostituire l'articolo 3 con il seguente:*

Art. 3.

*(Norme in materia di personale, di formazione e di aggiornamento)*

1. Per l'attuazione dell'articolo 1, comma 1, lettera *d*), il Ministero della salute e le regioni organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento sui temi oggetto della presente legge. Gli obiettivi formativi e le modalità di realizzazione e partecipazione vengono definiti annualmente sulla base delle indicazioni contenute nel Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale e nel Piano nazionale della prevenzione.

**3.8.** Bologna.

*Sostituire l'articolo 3 con il seguente:*

Art. 3.

*(Norme in materia di personale, di formazione e di aggiornamento)*

1. Per l'attuazione dell'articolo 1, comma 1, lettera *d*), le aziende sanitarie locali organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento sui temi oggetto della presente legge. Gli obiettivi formativi e le modalità di realizzazione e partecipazione vengono definiti annualmente dalle Commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS delle singole regioni e province autonome sulla base delle indicazioni contenute nel Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS. La realizzazione dei corsi è finanziata con le risorse di cui all'articolo 7, comma 2, della presente legge.

\* **3.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Lepri, Pini, Ianaro.

\* **3.3.** Stumpo.

*Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole:* pubbliche selezioni per titoli *con le*

*seguinti:* le procedure concorsuali di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

**3.14.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 2, sostituire le parole da:* per il personale che opera *fino alla fine del comma, con le seguenti:* sui temi oggetto della presente legge. Gli obiettivi formativi e le modalità di realizzazione e partecipazione vengono definiti annualmente dalle Commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le altre IST delle singole regioni e province autonome sulla base delle indicazioni contenute nel Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le altre IST. La realizzazione dei corsi è finanziata con le risorse di cui all'articolo 7, comma 2, della presente legge.

*Conseguentemente, alla rubrica, dopo la parola:* personale *inserire le seguenti:* , di formazione e di aggiornamento.

**3.11.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

*Al comma 2, sostituire le parole da:* per il personale che opera *fino alla fine del comma, con le seguenti:* sui temi oggetto della presente legge. Gli obiettivi formativi e le modalità di realizzazione e partecipazione vengono definiti annualmente dalle Commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le altre IST delle singole regioni e province autonome sulla base delle indicazioni contenute nel Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le altre IST. La realizzazione dei corsi è finanziata con le risorse di cui all'articolo 7, comma 2 della presente legge.

\* **3.5.** Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

\* **3.10.** Bologna.

*Al comma 2, primo periodo, sostituire le parole:* per il personale che opera presso i reparti ospedalieri *con le seguenti:* per il personale sanitario e socio sanitario, ospede-

daliero e territoriale, prioritariamente per il personale che opera presso i presidi.

### 3.12. D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 2, secondo periodo, dopo le parole: sentito il Consiglio superiore di sanità, inserire le seguenti:* tenuto conto delle disposizioni vigenti in materia delle attività di aggiornamento ECM.

*Conseguentemente, al medesimo periodo, sopprimere le parole: , nonché delle modalità di erogazione dell'assegno da corrispondere ai partecipanti.*

### 3.13. D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 2 sostituire le parole da: dei corsi fino alla fine del comma, con le seguenti:* dei suddetti corsi di formazione obbligatoria.

### 3.9. Bologna.

*Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole: dei corsi con le seguenti:* dei suddetti corsi di formazione obbligatoria.

\* **3.6.** Versace, Novelli, Bagnasco, Bond, Brambilla.

\* **3.7.** Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

*Sostituire la rubrica con la seguente:* Norme in materia di personale, di formazione e di aggiornamento.

### 3.2. Stumpo.

## ART. 4.

*Al comma 1, premettere il seguente:*

01. Il Ministero della salute e le regioni assicurano che in ogni capoluogo di provincia sia garantito almeno un punto di accesso gratuito e anonimo al test HIV;

*Conseguentemente,*

a) *sostituire il comma 1 con il seguente:*

1. Chiunque nell'esercizio delle proprie funzioni, venga a conoscenza di un caso di infezione da HIV, con o senza AIDS, è tenuto a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita così come per previsto per le altre patologie croniche.;

b) *sostituire il comma 2 con il seguente:*

2. Il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di infezione da HIV e di AIDS è unificato mantenendo le garanzie di tutela della riservatezza dei dati personali.;

c) *al comma 4, sostituire la parola: sedicesimo con la seguente:* quattordicesimo;

d) *al comma 4, sostituire la parola: minore ovunque ricorra, con la seguente:* minore;

e) *al comma 6, sostituire le parole: sportive o per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro con le seguenti:* scolastiche, formative o sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro, ad eccezione dei casi individuati dalla normativa vigente, per l'accesso al credito o alle coperture assicurative.

**4.15.** Versace, Magi, Novelli, Bagnasco, Bond, Brambilla.

*Al comma 1, premettere il seguente:*

01. Il Ministero della salute e le regioni assicurano che in ogni capoluogo di provincia sia garantito almeno un punto di accesso gratuito e anonimo al test HIV.

*Conseguentemente,*

a) *sostituire il comma 1 con il seguente:*

1. Chiunque nell'esercizio delle proprie funzioni, venga a conoscenza di un caso di infezione da HIV, con o senza AIDS, è tenuto a prestare la necessaria assistenza

adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita così come per previsto per le altre patologie croniche.;

b) *sostituire il comma 2 con il seguente:*

2. Il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di infezione da HIV e di AIDS è unificato mantenendo le garanzie di tutela della riservatezza dei dati personali.;

c) *al comma 4, sostituire la parola: minore ovunque ricorra, dalla seguente: minore;*

d) *al comma 6, sostituire le parole: sportive o per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro con le seguenti: scolastiche, formative o sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro, ad eccezione dei casi individuati dalla normativa vigente, per l'accesso al credito o alle coperture assicurative.*

\* **4.14.** Novelli, Magi, Bagnasco, Versace, Bond, Brambilla.

\* **4.17.** Bologna.

\* **4.18.** Foscolo, Boldi, De Martini, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Al comma 1, premettere il seguente:*

01. Le regioni assicurano che in ogni capoluogo di provincia sia garantito almeno un punto di accesso gratuito e anonimo al test HIV.

\*\* **4.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

\*\* **4.8.** Stumpo.

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

1. Gli operatori sanitari o del Terzo settore che nell'esercizio delle loro funzioni vengano a conoscenza di un caso di AIDS ovvero di un caso di infezione da HIV sono tenuti ad adottare tutte le misure occor-

renti per la tutela della riservatezza della persona assistita.

**4.16.** Magi.

*Al comma 1, sostituire le parole: Gli operatori sanitari che nell'esercizio della loro professione, vengano con le seguenti: Chiunque nell'esercizio delle proprie funzioni venga;*

*Conseguentemente, sostituire le parole: anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti con le seguenti: è tenuto.*

\* **4.2.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Lepri, Ianaro.

\* **4.9.** Stumpo.

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

2. Il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di infezione da HIV e di AIDS è unificato mantenendo le garanzie di tutela della riservatezza dei dati personali.

\*\* **4.3.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, Lepri, De Filippo, Pini, Ianaro.

\*\* **4.10.** Stumpo.

*Al comma 2, sostituire il secondo periodo con il seguente: È istituita un'unica piattaforma nazionale per la sorveglianza epidemiologica e statistica dei casi di AIDS e di sieropositività al HIV, fatto salvo che la disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche deve prevedere modalità differenziate per le due tipologie di casi.*

**4.7.** Noja, Baldini.

*Sopprimere il comma 4.*

*Conseguentemente, dopo l'articolo 4, inserire il seguente:*

Art. 4-bis.

*(Accesso dei minori all'accertamento da infezione)*

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV e dell'AIDS tra i

minori e tra le loro famiglie, anche in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, presso ogni regione e provincia autonoma è individuato un centro regionale pediatrico di riferimento, dotato di strutture e di personale dedicati alla presa in carico dei minorenni affetti da HIV o da AIDS e delle loro famiglie.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, 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, stabilisce i requisiti delle strutture dedicate alla cura dei minorenni affetti da HIV e da AIDS di cui al comma 1 e i criteri per l'adeguamento dell'organico pediatrico, sia medico sia infermieristico, ad esse assegnato, assicurando la presenza di un'*équipe* multidisciplinare in ambito pediatrico che comprende anche uno psicologo.

3. I minorenni, a partire dal compimento del sedicesimo anno di età, possono essere sottoposti ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV anche senza il consenso dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela dei minorenni stessi, in deroga a quanto disposto dall'articolo 2 del codice civile in materia di acquisizione della capacità di agire al compimento della maggiore età e ai sensi dell'articolo 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e resa esecutiva dalla legge 27 maggio 1991, n. 176. Le analisi sono effettuate all'interno dei centri regionali pediatrici di cui al comma 1, previo colloquio riguardante i temi della prevenzione dell'infezione e l'eventuale coinvolgimento dei genitori o del tutore.

4. La comunicazione dei risultati di esami diagnostici diretti o indiretti per l'accertamento dell'infezione da HIV, di cui al comma 3, può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti, con la presenza di un medico infettivologo e di uno psicologo. Ove possibile e ritenuto op-

portuno, la struttura sanitaria fornisce al minorenne assistenza e sostegno psicologico per la comunicazione dello stato di sieropositività ai familiari o alle altre persone adulte di riferimento. Nel trattamento a domicilio del minorenne affetto da HIV o da AIDS il pediatra di libera scelta collabora e si coordina con il centro regionale pediatrico di riferimento che ha in cura il paziente nonché con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

5. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, con proprio decreto, aggiorna il Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS con specifiche linee guida sull'utilizzo della terapia anti-retrovirale e sulla gestione diagnostico-clinica dei minori affetti da infezione da HIV o da AIDS, distinguendo tra neonati, bambini e adolescenti. Le linee guida devono indicare anche i servizi per il trattamento a domicilio dei minorenni affetti da HIV o da AIDS e delle eventuali patologie correlate. Il Piano nazionale è altresì integrato con le linee guida per l'accoglienza dei minorenni con malattie infettive o sospette di esserlo esclusivamente in aree pediatriche dedicate, adatte all'assistenza specifica e ai bisogni del minorenne e dotate di personale medico e infermieristico pediatrico con specifiche competenze infettivologiche.

6. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, con decreto del Ministro della salute, è istituito l'Osservatorio nazionale sulle malattie infettive pediatriche e ne sono definiti i compiti. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio. Ai componenti dell'Osservatorio non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

7. Presso il Ministero della salute è istituito il registro italiano per le infezioni da HIV in pediatria. Con regolamento da

adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i dati che possono essere raccolti nel registro, le modalità relative al loro trattamento nonché le ulteriori disposizioni attuative del presente comma.

8. Il Ministro della salute, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, adotta le opportune iniziative al fine di promuovere la cultura della prevenzione dell'infezione da HIV e l'educazione all'affettività e alle emozioni nelle scuole e attraverso apposite campagne informative da realizzare tramite i social media e i mezzi di comunicazione pubblicitaria.

9. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 3, 4, primo periodo, e 8 del presente articolo, valutati in 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022, si provvede attraverso le risorse di cui all'art. 1, comma 11, dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025.

**4.22.** Bagnasco, Magi, Versace, Novelli, Bond, Brambilla.

*Sopprimere il comma 4.*

*Conseguentemente, dopo l'articolo 4, inserire il seguente:*

**Art. 4-bis.**

*(Accesso dei minori all'accertamento da infezione)*

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV e dell'AIDS tra i minori e tra le loro famiglie, anche in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,

presso ogni regione e provincia autonoma è individuato un centro regionale pediatrico di riferimento, dotato di strutture e di personale dedicati alla presa in carico dei minorenni affetti da HIV o da AIDS e delle loro famiglie.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, 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, stabilisce i requisiti delle strutture dedicate alla cura dei minorenni affetti da HIV e da AIDS di cui al comma 1 e i criteri per l'adeguamento dell'organico pediatrico, sia medico sia infermieristico, ad esse assegnato, assicurando la presenza di un'équipe multidisciplinare in ambito pediatrico che comprende anche uno psicologo.

3. I minorenni, a partire dal compimento del quattordicesimo anno di età, possono essere sottoposti ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV anche senza il consenso dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela dei minorenni stessi, in deroga a quanto disposto dall'articolo 2 del codice civile in materia di acquisizione della capacità di agire al compimento della maggiore età e ai sensi dell'articolo 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e resa esecutiva dalla legge 27 maggio 1991, n. 176. Le analisi sono effettuate all'interno dei centri regionali pediatrici di cui al comma 1, previo colloquio riguardante i temi della prevenzione dell'infezione e l'eventuale coinvolgimento dei genitori o del tutore.

4. La comunicazione dei risultati di esami diagnostici diretti o indiretti per l'accertamento dell'infezione da HIV, di cui al comma 3, può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti, con la presenza di un medico infettivologo e di uno psicologo. Ove possibile e ritenuto opportuno, la struttura sanitaria fornisce al minorenne assistenza e sostegno psicologico per la comunicazione dello stato di sieropositività ai familiari o alle altre persone adulte di riferimento. Nel trattamento a domicilio del minorenne affetto da HIV o

da AIDS il pediatra di libera scelta collabora e si coordina con il centro regionale pediatrico di riferimento che ha in cura il paziente nonché con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

5. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, con proprio decreto, aggiorna il Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS con specifiche linee guida sull'utilizzo della terapia anti-retrovirale e sulla gestione diagnostico-clinica dei minori affetti da infezione da HIV o da AIDS, distinguendo tra neonati, bambini e adolescenti. Le linee guida devono indicare anche i servizi per il trattamento a domicilio dei minorenni affetti da HIV o da AIDS e delle eventuali patologie correlate. Il Piano nazionale è altresì integrato con le linee guida per l'accoglienza dei minorenni con malattie infettive o sospette di esserlo esclusivamente in aree pediatriche dedicate, adatte all'assistenza specifica e ai bisogni del minorenne e dotate di personale medico e infermieristico pediatrico con specifiche competenze infettivologiche.

6. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, con decreto del Ministro della salute, è istituito l'Osservatorio nazionale sulle malattie infettive pediatriche e ne sono definiti i compiti. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio. Ai componenti dell'Osservatorio non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

7. Presso il Ministero della salute è istituito il registro italiano per le infezioni da HIV in pediatria. Con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i dati che possono essere raccolti nel registro, le modalità relative al loro trattamento nonché le ulteriori disposizioni attuative del presente comma.

8. Il Ministro della salute, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, adotta le opportune iniziative al fine di promuovere la cultura della prevenzione dell'infezione da HIV e l'educazione all'affettività e alle emozioni nelle scuole e attraverso apposite campagne informative da realizzare tramite i social media e i mezzi di comunicazione pubblicitaria.

9. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 3, 4, primo periodo, e 8 del presente articolo, valutati in 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022, si provvede attraverso le risorse di cui all'art. 1, comma 11, dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025.

**4.23.** Novelli, Magi, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

*Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: il sedicesimo anno di età con le seguenti: il quattordicesimo anno di età.*

\* **4.4.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

\* **4.11.** Stumpo.

*Al comma 4, terzo periodo, sostituire le parole: Ove possibile e ritenuto opportuno con le seguenti: Nel superiore interesse del minore*

**4.20.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 6, sostituire le parole: non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione alla scuola, per lo svolgimento di attività sportive o per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro*

con le seguenti: in nessun caso può costituire motivo di discriminazione

**4.21.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 6, sostituire le parole:* per l'iscrizione alla scuola, per lo svolgimento di attività sportive o per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro *con le seguenti:* per lo svolgimento di attività scolastiche, formative o sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro, per l'accesso al credito o alle coperture assicurative.

\* **4.5.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Lepri, Ianaro.

\* **4.12.** Stumpo.

*Aggiungere, in fine, i seguenti commi:*

*6-bis.* Fatte salve le circostanze in cui per specifica idoneità all'impiego sia necessaria la dichiarazione della positività al virus, in ogni contesto lavorativo fa fede inequivocabilmente l'assunto scientifico internazionale U=U (*undetectable = untransmittable*, viremia 0 = non trasmissibile) che non esclude il lavoratore HIV positivo a viremia non rilevabile da nessuna attività, poiché non sussiste possibilità di contagio;

*6-ter.* La persona HIV positiva a viremia non rilevabile e in buone condizioni di salute può arruolarsi nell'Esercito italiano o intraprendere la carriera militare, senza alcuna forma di discriminazione;

*6-quater.* La persona HIV positiva a viremia non rilevabile e in buone condizioni di salute, nel rispetto di quanto previsto dal diritto di famiglia, può inoltrare richiesta di affidamento e/o adozione di minore.

*6-quinquies.* Alla persona HIV positiva, previa dichiarazione di non rilevanza, è resa possibile la stipula di assicurazioni vita secondo la normativa della compagnia proponente. La periodicità e il rinnovo è variabile a seconda della compagnia proponente e sulla base del calcolo del rischio fondato sugli studi clinici più avanzati.

**4.6.** Ianaro, Siani, Rizzo Nervo.

*Aggiungere, in fine, il seguente comma:*

*6-bis.* Alle violazioni delle disposizioni di cui al comma 6 del presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 28 del decreto legislativo 1 settembre 2011, n. 150.

\* **4.13.** Stumpo.

\* **4.19.** Novelli, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

## ART. 5.

*Sostituire il comma 1 con i seguenti:*

1. Fermo restando quanto previsto dal testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90, e dalla legge 12 gennaio 2015, n. 2, è vietato ai datori di lavoro pubblici e privati lo svolgimento di indagini di ogni forma e specie volte ad accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività all'HIV nei dipendenti o nei candidati in fase preselettiva o preassuntiva per l'instaurazione di un rapporto di lavoro.

*1-bis.* Le tutele di cui all'articolo 4, comma 6, si applicano anche in caso di forme preselettive e preassuntive, nei limiti previsti dalla normativa vigente.

*1-ter.* È fatto divieto ai datori di lavoro, o a chi ne fa le veci, di accedere ai dati sanitari del lavoratore tramite ogni forma e specie di strumento, nei limiti della normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro e di tutela della privacy.

*Conseguentemente, al comma 2, sostituire le parole:* al comma 1 con le seguenti: al presente articolo

\* **5.4.** Versace, Novelli, Bond, Bagnasco, Brambilla.

\* **5.6.** Bologna.

*Al comma 1, dopo le parole:* lo svolgimento di indagini *aggiungere le seguenti:* di ogni forma e specie.

*Conseguentemente, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al medesimo comma 1, dopo le parole:* di sieropositività *aggiungere le seguenti:* all'HIV;

b) *dopo il comma 1 aggiungere i seguenti:*

1-bis. Le tutele di cui all'articolo 4, comma 6, si estendono anche in caso di forme preselettive e preassuntive.

1-ter. È fatto divieto ai datori di lavoro, o a chi ne fa le veci, di accedere ai dati sanitari del lavoratore tramite ogni forma e specie di strumento, nei limiti della normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro.

c) *al comma 2, sostituire le parole:* di cui al comma 1 *con le seguenti:* di cui al presente articolo.

**5.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, Lepri, De Filippo, Pini, Ianaro.

*Al comma 1, dopo le parole:* lo svolgimento di indagini *aggiungere le seguenti:* di ogni forma o specie.

*Conseguentemente, dopo le parole:* di sieropositività *aggiungere le seguenti:* all'HIV.

**5.2.** Stumpo.

*Dopo il comma 1, aggiungere i seguenti:*

1-bis. Le tutele dell'articolo 4, comma 6, si estendono anche in caso di forme preselettive e preassuntive.

1-ter. È fatto divieto ai datori di lavoro, o a chi ne fa le veci, di accedere ai dati sanitari del lavoratore tramite ogni forma e specie di strumento, nei limiti della normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro.

**5.3.** Stumpo.

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

2. Alle violazioni delle disposizioni di cui al presente articolo si applicano le

disposizioni previste dall'articolo 28 del decreto legislativo 1 settembre 2011, n. 150.

**5.5.** Magi.

ART. 6.

*Sostituirlo con il seguente:*

Art. 6.

*(Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS)*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario, composta da minimo 30 componenti equamente individuati per almeno un 40 per cento tra le professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e per almeno un altro 40 per cento tra gli enti di terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, con comprovata esperienza in attività di prevenzione, screening, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio.

2. Il Ministero della salute garantisce la presenza tra i componenti della sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1, di un rappresentante del Ministero, di un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e di almeno un membro designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. La sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1 monitora l'attuazione del Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS), di cui all'articolo 1, comma 2, e indica le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni dell'epidemia da HIV anche attraverso il raccordo costante con le commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS di cui al comma 4.

4. Al fine di garantire la migliore attuazione del Piano nazionale di interventi con-

tro HIV e AIDS (PNAIDS) nel territorio nazionale, le regioni istituiscono a livello regionale commissioni regionali per la lotta contro l'HIV e l'AIDS costituite in modo analogo alla sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1.

5. Il Governo presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di intervento contro HIV e AIDS.

\* **6.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro, Lepri.

\* **6.4.** Stumpo.

\* **6.6.** Magi.

*Sostituirlo con il seguente:*

Art. 6.

*(Comitato tecnico sanitario, sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale)*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale del Comitato tecnico sanitario, composta da rappresentanti delle professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e rappresentanti degli enti del terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale, con comprovata esperienza nell'attività di prevenzione, screening, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio. Il numero dei componenti e i criteri di composizione sono stabiliti dal Ministro della salute garantendo equa rappresentanza a tutte le parti interessate, e la presenza di almeno due rappresentanti del Ministero della salute, un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e un rappresentante delle regioni.

2. La sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS, le infezioni e le malattie a trasmissione sessuale del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1 collabora all'attuazione del Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a

trasmissione sessuale, di cui all'articolo 1, comma 2, e suggerisce le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni dell'epidemia da HIV anche attraverso il raccordo costante con le commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS, le infezioni e le malattie a trasmissione sessuale di cui al comma 2.

3. Al fine di garantire la migliore attuazione del Piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale nel territorio nazionale, le regioni istituiscono, a livello regionale, commissioni regionali per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale costituite in modo analogo alla sezione per la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale del Comitato tecnico sanitario.

4. Il Governo presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del Piano di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale. Nella relazione il Governo dà altresì conto della diffusione di HIV, da AIDS e di infezioni e malattie a trasmissione sessuale tra i minori e della loro presa in carico da parte delle strutture sociosanitarie preposte.

\*\* **6.5.** Novelli, Magi, Bagnasco, Versace, Bond, Brambilla.

\*\* **6.7.** Bologna.

\*\* **6.8.** Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

*Sopprimere il comma 1.*

*Conseguentemente*

a) *al comma 2, sostituire le parole:* Comitato interministeriale di cui al comma 1 *con le seguenti:* Ministro della salute, attraverso la Sezione per la lotta contro l'AIDS e la Sezione del volontariato per la lotta contro l'AIDS del Comitato tecnico sanitario,

b) *alla rubrica sostituire le parole:* Comitato interministeriale con le seguenti: Coordinamento degli interventi

**6.11.** Ruggiero, D'Arrando, Penna, Villani.

*Sostituire il comma 1 con i seguenti:*

1. È istituita presso il Ministero della salute la sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario, composta da minimo 30 componenti equamente individuati per almeno un 40 per cento tra le professioni sanitarie e sociali in ambito HIV e relative comorbidità, e per almeno un altro 40 per cento tra gli enti del terzo settore, o che comunque perseguano, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, con comprovata esperienza in attività di prevenzione, *screening*, cura dell'HIV o supporto delle persone con HIV e delle popolazioni chiave sul territorio.

1-bis. Il Ministero della salute garantisce la presenza tra i componenti della nella sezione per la lotta contro l'HIV e l'AIDS del Comitato tecnico sanitario di cui al comma 1, di un rappresentante del Ministero della salute, di un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità e di almeno un membro designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

**6.9.** Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

*Al comma 1, sostituire le parole:* la Presidenza del Consiglio dei Ministri con le seguenti: il Ministero della salute.

*Conseguentemente,*

a) *sostituire le parole:* Presidente del Consiglio dei Ministri con le seguenti: Ministro della salute;

b) *dopo le parole:* del quale fanno parte i Ministri *sopprimere le seguenti:* della salute.

**6.2.** Noja, Baldini.

*Al comma 3, dopo le parole:* annualmente alle Camere *inserire le seguenti:*, per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari,.

**6.10.** D'Arrando, Penna, Villani.

*Al comma 3, dopo le parole:* sullo stato di attuazione *aggiungere le seguenti:* della presente legge, del Piano nazionale strategico di cui all'articolo 1, comma 2, e.

**6.3.** Noja, Baldini.

*Dopo l'articolo 6, inserire il seguente:*

Art. 6-bis.

*(Spostamenti extraeuropei)*

1. All'interno del sito istituzionale del Ministero della salute è creata un'apposita sezione in cui è possibile consultare le norme, vigenti a livello internazionale, che regolano l'ingresso ed il soggiorno per le persone sieropositive.

2. Il Ministero della salute, in accordo con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, provvede, con cadenza annuale, all'aggiornamento dei contenuti presenti all'interno della sezione.

**6.01.** Bagnasco, Magi, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

TIT.

*Sostituire il titolo con il seguente:* Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV e l'AIDS

**Tit.1.** Rizzo Nervo, Carnevali, Lepri, Siani, De Filippo, Pini, Ianaro.

*Sostituire il titolo con il seguente:* Interventi per la prevenzione la lotta contro l'HIV e l'AIDS

**Tit.3.** Stumpo.

*Sostituire il titolo con il seguente:* Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

**Tit.4.** Bagnasco, Magi, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

*Sostituire il titolo con il seguente:* Interventi per la prevenzione e la lotta contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

**Tit.5.** Bologna.