



N. 1241-A

Relazione orale
Relatrice CANTÙ

TESTO PROPOSTO DALLA 10^a COMMISSIONE PERMANENTE

**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO,
PREVIDENZA SOCIALE)**

Comunicato alla Presidenza il 9 aprile 2025

PER IL

DISEGNO DI LEGGE

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria

presentato dal Ministro della salute

di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze

con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie

e con il Ministro per la pubblica amministrazione

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 SETTEMBRE 2024

INDICE

Pareri:

- della 1^a Commissione permanente *Pag.* 3
- della 2^a Commissione permanente » 5
- della 5^a Commissione permanente » 6

Disegno di legge: testo d’iniziativa del Governo e testo proposto dalla Commissione » 14

PARERI DELLA 1^a COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, EDITORIA, DIGITALIZZAZIONE)

(Estensore: TOSATO)

sul disegno di legge

30 ottobre 2024

La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo, con le seguenti osservazioni:

– all'articolo 7, comma 3, si rappresenta l'opportunità di prevedere un termine di adozione del decreto ministeriale ivi previsto;

– all'articolo 12, comma 2, ai fini dell'adozione del decreto ministeriale per la definizione dei principi, dei criteri istitutivi e dei compiti della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria, valuti la commissione di merito l'opportunità di prevedere il coinvolgimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, alla luce della potestà legislativa residuale attribuita alle regioni dall'articolo 117, quarto comma, della Costituzione in materia di istruzione e formazione professionale.

sugli emendamenti approvati

11 marzo 2025

La Commissione, esaminati gli emendamenti approvati, riferiti al disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo con osservazioni sulle seguenti proposte:

sull'emendamento 4.0.4, che, al fine di potenziare l'organico del personale qualificato per il contrasto e la gestione delle emergenze legate alle epizootie sul territorio nazionale, consente ai medici veterinari ambulatoriali convenzionati, previo giudizio di idoneità, di presentare do-

manda per l'inquadramento nei ruoli dirigenziali, sentita la Conferenza delle regioni e delle province autonome, valuti la Commissione di merito l'opportunità di sostituire il riferimento alla Conferenza delle regioni e delle province autonome con quello alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

sull'emendamento 10.0.6, riguardante l'utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia, si rappresenta l'opportunità di riformulare il comma 2 del nuovo articolo 44-ter del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, prevedendo che le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina siano aggiornate, in senso conforme alle previsioni di cui al comma 1, con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

sull'emendamento 13.0.400 (testo 2), che modifica la disciplina sul riparto degli oneri finanziari tra gli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale e gli enti territoriali per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, considerato che la nuova disciplina troverà applicazione anche con riferimento agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, si ricorda che, secondo la consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale, il legislatore - nel rispetto del divieto stabilito dall'articolo 25 della Costituzione - può adottare norme retroattive, anche di interpretazione autentica, purché la retroattività trovi adeguata giustificazione nell'esigenza di tutelare principi, diritti e beni di rilievo costituzionale, che costituiscono altrettanti "motivi imperativi di interesse generale".

Il parere è non ostativo sui restanti emendamenti.

PARERE DELLA 2^a COMMISSIONE PERMANENTE
(GIUSTIZIA)

(Estensore: SALLEMI)

19 novembre 2024

La Commissione, esaminato il provvedimento, per quanto di competenza, esprime parere non ostativo.

PARERI DELLA 5ª COMMISSIONE PERMANENTE
(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO)

(Estensore: LIRIS)

sul disegno di legge

19 novembre 2024

La Commissione, esaminato il disegno di legge, e acquisiti gli elementi informativi del Governo, preso atto che:

con riferimento all'articolo 2, viene rappresentato che l'istituzione formale del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA) non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto non determina la previsione di nuove funzioni ma la riorganizzazione e sistematizzazione di funzioni già svolte dal Ministero della salute coordinate dalla relativa Cabina di regia. Vengono quindi forniti specifici elementi informativi sulle strutture competenti in relazione a ciascuna delle funzioni elencate alle lettere da *a*) ad *f*) del comma 1. Viene fatto inoltre presente che le funzioni e i compiti assegnati al SINGLA sono riconducibili, in parte, ai compiti e funzioni svolti, finora, dall'attuale Osservatorio nazionale sulle liste di attesa (istituito con decreto del Ministro della salute del 20 giugno 2019 e modificato nella composizione con decreto del 31 dicembre 2021), la cui durata in carica è prevista fino alla vigenza del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021, esaurendosi *de facto* all'entrata in vigore del nuovo Piano. L'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, dunque, perde le funzioni che gli erano state attribuite dal decreto istitutivo, che passano *de facto* al SINGLA, e ne assume di nuove ed inedite. Infatti, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del disegno di legge in esame, all'Osservatorio sono demandate funzioni inerenti alla raccolta e all'analisi delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del Ministero della salute, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie, mediante il registro delle segnalazioni di cui alla disposizione citata. Viene quindi specificato che i componenti dell'Osservatorio, individuati con successivo decreto del Ministro della salute, non percepiranno compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il monitoraggio, come espresso dall'articolo 2, comma 1, lettera *d*), è effettuato presso il Ministero della salute dal SINGLA, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE-

NAS), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa prevista all'articolo 1, comma 1 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2004, n. 107. Tale attività sarà svolta nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie nella disponibilità dell'AGENAS e, pertanto, viene confermato la neutralità finanziaria della disposizione;

in relazione all'articolo 3, con riferimento alla richiesta di identificare le risorse che provvederanno al funzionamento del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa, viene precisato che si tratta nello specifico di un'attività di raccolta delle segnalazioni garantita attraverso le strutture presenti all'interno del Ministero della salute. Al riguardo, viene confermato che l'utilizzo delle risorse, poste a copertura dell'onere inerente allo sviluppo del registro, non pregiudica le finalità di pagamento dei residui in relazione alle quali tali somme erano state riassegnate;

con riferimento all'articolo 4, in relazione alla stima predisposta dalla relazione tecnica, viene precisato che si tratta di importo lordo;

in relazione all'articolo 7, viene rappresentato che la disposizione aggiorna il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Il Governo conferma che dalla disposizione non derivano effetti finanziari, in quanto alla copertura degli oneri derivanti dal comma 1, pari a 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e a 123 milioni annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse già previste a legislazione vigente, di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Il citato comma 246 della legge di bilancio 2024 ha disposto infatti la destinazione di una quota delle risorse incrementalmente derivanti dal rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale operato dalla medesima legge, quantificata in 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica; ai sensi dei predetti commi, vi sono delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità di quelli riguardanti anche il miglioramento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Per quanto riguarda il comma 2, viene evidenziato che l'importo aggiuntivo è compatibile con gli incrementi del fabbisogno sanitario standard per gli anni 2025 e seguenti.

Infine, in relazione al comma 3, viene evidenziato che la sperimentazione tariffaria è promossa nella regione Lazio, che sarà interessata dal Giubileo del 2025, anno nel quale si ipotizza una crescita della domanda di prestazioni ospedaliere per via del flusso previsto di pellegrini da ogni parte del mondo. La regione Lazio è autorizzata ad applicare, nell'ambito della sperimentazione, tariffe superiori rispetto a quelle massime. Al riguardo, viene precisato che l'eventuale differenza sarà reperita nell'ambito della quota di fondo sanitario nazionale disponibile per l'anno 2025. Pertanto, viene confermato che dalla disposizione non derivano ulteriori oneri per la finanza pubblica, atteso che la copertura verrà garantita nell'ambito del livello del finanziamento sanitario attribuito alla regione per il 2025;

con riferimento all'articolo 11, in relazione ai costi unitari indicati per ogni singolo profilo professionale, viene rappresentato che i valori, forniti dalla Ragioneria generale dello Stato, sono comprensivi degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e degli incrementi derivanti dai rinnovi contrattuali del triennio 2022-2024, pari al 5,78 per cento. Viene confermato, pertanto, che le quantificazioni indicate nella relazione tecnica sono compatibili con le rilevazioni del Conto annuale del 2022;

in relazione all'articolo 12, recante l'istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria, con riferimento al numero di ore di docenza, viene rappresentato che, per consentire una maggiore flessibilità nell'organizzazione e nella predisposizione del calendario della didattica, non si è ritenuto di fissare un numero minimo di ore di docenza da erogare. Dovendo comunque effettuare una stima di fabbisogno formativo complessivo, nella parte descrittiva della relazione tecnica si è ipotizzata l'erogazione di circa 25 ore di lezione "al mese". Il Governo specifica tuttavia che si tratta di mero errore materiale rispetto alla corretta previsione di "25 ore alla settimana", ossia indicativamente 5 ore al giorno di lezione dal lunedì al venerdì. Viene inoltre precisato che il monte ore così individuato non è riferito a ciascun docente, ma va inteso come un totale da ripartire tra i diversi settori di insegnamento previsti. Nel seguito della relazione tecnica, infatti, viene ipotizzato prudenzialmente un impegno mensile medio massimo di 21 ore per docente, assumendo di poter coprire ogni macroarea quotidianamente con 5 docenti per 5 ore di lezione al giorno (110 ore complessivamente ipotizzando 22 giorni lavorativi). Viene altresì precisato che, poiché l'articolo 12, comma 2, del disegno di legge in esame rinvia a un decreto interministeriale la

definizione dei principi, criteri istitutivi e compiti della suddetta Scuola, non è possibile in questa fase prevedere con certezza le modalità di individuazione dei docenti né la loro provenienza geografica. Considerato comunque che la sede della scuola sarà a Roma, nella relazione tecnica si è ipotizzato un numero prevalente di docenti residenti nella regione Lazio. Viene specificato poi che l'importo del compenso massimo lordo unitario dei docenti è comprensivo degli oneri a carico dell'Amministrazione, quali gli "oneri conto Amministrazione" per una quota del 29,88 per cento e l'Imposta sui redditi delle attività produttive (IRAP) pari al 8,50 per cento.

Per quanto riguarda la quota parte di spese classificate come maggior spesa in conto capitale, viene specificato che si tratta di un arrotondamento degli oneri derivanti dall'acquisto di beni e attrezzature multimediali che si ritiene necessario dedicare alla didattica.

Con riferimento ai fabbisogni stimati di beni di facile consumo per la Scuola, vengono forniti elementi informativi sulla stima prudenziale della dotazione di *personal computer*. Quanto alla sede della nuova Scuola, invece, è stato ipotizzato l'utilizzo delle aree congressuali delle sedi ministeriali di Roma entrambe dotate di spazi adeguati. Nell'ambito dei corsi di formazione dedicati alla dirigenza sanitaria, si è ipotizzato che la frequenza ai corsi sarà facoltativa, mentre, per le spese di spostamento, si è ipotizzato che le stesse siano a carico dei discenti.

Per quanto riguarda la capacità di svolgere le attività amministrative della Scuola avvalendosi unicamente delle risorse disponibili a legislazione vigente, viene rappresentato che si è ipotizzato l'utilizzo di sei unità di personale appartenenti all'area dei Funzionari e di quattro unità appartenenti all'area degli Assistenti per assicurare lo svolgimento delle attività organizzative e di coordinamento della didattica. Indicativamente, detto personale - che sarà individuato tra le unità in servizio presso la Direzione generale delle risorse umane e del bilancio del Ministero della salute - non sarà assegnato in via esclusiva alla Scuola ma continuerà a svolgere in parallelo le attività dell'ufficio di appartenenza, nell'ambito dell'ordinario orario di servizio settimanale,

esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

su emendamenti approvati

19 marzo 2025

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti approvati, relativi al disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 6.0.18, 11.0.19 (testo 2), 11.0.20, 13.0.700 (testo 2), 13.0.8 e 13.0.11.

Sull'emendamento 12.0.7, il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla seguente riformulazione:

« Art. 12-bis. – (*Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*) – 1. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200 del 2022, nelle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono istituti di ricovero e cura a carattere scientifico il cui bacino minimo di utenza, come definito dall'allegato 2 del decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, è superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche dei singoli IRCCS da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture. Le prestazioni di cui al primo periodo sono riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le regioni nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica, da parte delle Regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in essa residenti ».

Sulle proposte 13.0.13 e 13.0.14 (testo 2), il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla seguente riformulazione: «*1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui alla presente legge compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale* ».

Il parere è non ostativo sui restanti emendamenti approvati, fatta eccezione per le proposte 1.32, 2.0.100 (testo 2), 2.0.200, 4.0.100, 4.0.4,

5.0.12 (testo 2), 6.9, 6.10, 6.0.100 (testo 2), 7.0.1 (testo 5), 8.0.3 (testo 2), 8.0.4, 10.0.6, 12.0.6 (testo 2), 13.0.4 (testo 2), 13.0.10 (testo 2), 13.0.12, 13.0.100 (testo 2), 13.0.200, 13.0.400 (testo 2), 13.0.500 (testo 2) e 13.0.600 (testo 2), il cui esame resta sospeso.

su ulteriori emendamenti approvati

2 aprile 2025

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti approvati accantonati nella seduta del 19 marzo scorso, relativi al disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 1.32 (testo 2), 2.0.100 (testo 2), 2.0.200, 4.0.100, 6.9, 6.10, 7.0.1 (testo 5), 13.0.200, 13.0.500 (testo 2), 13.0.4 (testo 2) e 13.0.10 (testo 2).

Sull'emendamento 5.0.12 (testo 2), il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, all'inserimento di una clausola d'invarianza finanziaria.

Sugli emendamenti 8.0.3 (testo 2) e 8.0.4, il parere è contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sui commi 1, 2 e 3, mentre è non ostativo sul comma 4.

Sull'emendamento 13.0.100 (testo 2), il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, all'inserimento di una clausola d'invarianza finanziaria.

Il parere è non ostativo sugli emendamenti 10.0.6 e 12.0.6 (testo 2).

L'esame resta sospeso sugli emendamenti 4.0.4, 6.0.100 (testo 2), 13.0.400 (testo 2), 13.0.600 (testo 2) e 13.0.12.

A rettifica del parere reso il 19 marzo scorso, l'esame è altresì sospeso sugli emendamenti 11.0.19 (testo 2), 11.0.20 e 12.0.7.

su ulteriori emendamenti approvati

2 aprile 2025

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti approvati accantonati nella seduta antimeridiana del 2

aprile, relativi al disegno di legge in titolo, esprime, per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulla proposta 4.0.4.

Sull'emendamento 13.0.12 il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla seguente riformulazione:

« Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

“Art. 13-bis. – (*Poteri di accertamento e sanzione in materia di pubblicità sanitaria*) – 1. L'inosservanza delle disposizioni in materia di comunicazioni informative delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie, di cui all'articolo 1, comma 525, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è accertata e sanzionata dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato. In materia di accertamento e sanzione delle violazioni, si applica l'articolo 27, commi da 2 a 15-bis, del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 ».”.

L'esame resta sospeso sugli emendamenti 6.0.100 (testo 2), 11.0.19 (testo 2), 11.0.20, 12.0.7, 13.0.400 (testo 2) e 13.0.600 (testo 2).

su ulteriori emendamenti approvati

8 aprile 2025

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti approvati accantonati nella seduta pomeridiana del 2 aprile, relativi al disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 6.0.100 (testo 2), 11.0.19 (testo 2), 11.0.20 e 13.0.400 (testo 2).

Sull'emendamento 12.0.7, il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla seguente riformulazione:

« Art. 12-bis. – (*Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*) – 1. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200 del 2022, nelle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono istituti di ricovero e cura a carattere scientifico il cui bacino minimo di utenza, come definito dall'allegato 2 del decreto legislativo n. 200 del 2022, è superiore alla

popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche dei singoli IRCCS da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture. Le prestazioni di cui al primo periodo sono riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le regioni nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica, da parte delle regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in essa residenti ».

Sull'emendamento 13.0.600 (testo 2), il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla sostituzione dei commi 1 e 2 con i seguenti:

« 1. All'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, è aggiunto, infine, il seguente periodo: "Le disposizioni di cui al primo periodo si applicano nei limiti e con riferimento all'ambito oggettivo previsto, anche in deroga agli *standard* relativi al numero di posti letto previsti dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, in un arco di tempo necessario alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre 2026".

2. Le strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento istituzionale con il Servizio sanitario nazionale, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 settembre 2017 sono riconosciute quali presidi sanitari di prossimità del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale e partecipano anche all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale secondo le indicazioni della programmazione sanitaria, e previa autorizzazione, accreditamento istituzionale e contrattualizzazione di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ».

A rettifica del parere precedentemente reso, sugli emendamenti 8.0.3 (testo 2) e 8.0.4. il parere non ostativo è condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, alla sostituzione del comma 3 con il seguente: « 3. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2025, si provvede mediante utilizzo delle risorse del fondo istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ».

DISEGNO DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEL GOVERNO

—

CAPO I

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Art. 1.

(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. Il medico, a cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, la prognosi e la terapia, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico. La prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema tessera sanitaria, al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati, si provvede alla definizione omogenea del quesito o sospetto diagno-

DISEGNO DI LEGGETESTO PROPOSTO
DALLA COMMISSIONE

—

CAPO I

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Art. 1.

(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. *Identico.*

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

stico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie.

2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito delle risorse organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire al medico specialista che ritenga necessari ulteriori accertamenti, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, di prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici.

3. Ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, è assegnata una tempistica specifica per ciascuna delle seguenti classi di priorità, come di seguito indicato:

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

2. *Identico.*

2-bis. Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta le linee guida contenenti *standard* minimi omogenei per la redazione dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico.

3. *Identico.*

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

a) classe urgente (classe U): entro settantadue ore dalla data della richiesta delle prestazioni;

b) classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni dalla data della prenotazione;

c) classe differita (classe D): entro trenta giorni dalla data della prenotazione per le visite o sessanta giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;

d) classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni dalla data della prenotazione.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per assicurare il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, nonché prevedere, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

5. Le aziende sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

6. I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per assicurare il rispetto dei tempi di attesa, **per monitorare i risultati raggiunti e vigilare sugli stessi nonché per prevedere, in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa**, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

5. *Identico.*

6. *Identico.*

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

7. Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

Art. 2.

(Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

1. Per garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa, presso il Ministero della salute è istituito il Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA), quale in-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

7. *Identico.*

Art. 2.

(Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

1. *Identico.*

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

sieme delle strutture e degli strumenti per l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), di cui al decreto del Ministro della salute 27 febbraio 2018, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 20 marzo 2018, tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche clinico-assistenziali, sviluppato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con il monitoraggio del Ministero della salute, secondo quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, e dalla relativa disciplina di attuazione;

b) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni, mediante il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della Missione 6 - Salute, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

c) identificare e quantificare il sistema dell'offerta dei servizi sanitari necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini nonché implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla Missione 6-Salute del PNRR;

d) monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libe-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

ro-professionale *intramoenia* (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107;

e) integrare il modello di *governance* del Servizio sanitario nazionale basato sul nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa;

f) definire, nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, stabilendo *standard* nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli *standard* assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale, e individuando in particolare:

1) le articolazioni dell'assistenza territoriale;

2) i canali di prenotazione innovativi;

3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;

4) il potenziamento e l'individuazione delle articolazioni dell'assistenza territoriale;

5) i criteri e gli indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti *web*;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

6) il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di regia, presieduta dal Ministro della salute, alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'ISS e il direttore dell'AGENAS. Alle sedute della Cabina di regia possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, delle federazioni e degli ordini dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della Cabina di regia non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

3. La Cabina di regia sovrintende all'elaborazione del PNGLA e vigila sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di regia, presieduta dal Ministro della salute, alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'ISS e il direttore dell'AGENAS. Alle sedute della Cabina di regia possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, delle federazioni e degli ordini **delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche**, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della Cabina di regia non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

3. La Cabina di regia sovrintende all'elaborazione del PNGLA e vigila sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge,

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

4. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 3.

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

1. Presso il Ministero della salute è istituito il registro delle segnalazioni, al quale accedono i cittadini, tramite il sito *internet* istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*.

2. Agli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, **di cui all'articolo 3, comma 3.**

3-bis. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di modifica del decreto 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, recante nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, è individuato un indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica.

4. *Identico.*

Art. 3.

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

1. *Identico.*

2. Agli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196,

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2024-2026. Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro di cui al comma 1, pari a 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione **delle proiezioni** dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, al quale partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio **2025-2027**. Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro di cui al comma 1, pari a 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale **2025-2027**, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno **2025**, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono **ridefiniti** i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, **istituito ai sensi dell'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano n. 28/CSR del 21 febbraio 2019**, al quale partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

Art. 4.

(*Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni*)

1. Per garantire la completa attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 - Triennio 2019-2021, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 4 aprile 2024, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 147 del 25 giugno 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1 del presente articolo, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 dell'Accordo collettivo nazionale di cui al medesimo comma 1 può essere incrementata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

3. Per le finalità di cui al comma 2 si provvede, nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui con-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 4.

(*Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni*)

Identico.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

corre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'allegato III alla citata legge n. 213 del 2023.

Art. 5.

(Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

1. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: « Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, » sono soppresse e le parole: « per un massimo di 8 ore settimanali » sono sostituite dalle seguenti: « per un massimo di 10 ore settimanali ».

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 5.

(Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

1. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: « Fino al 31 dicembre **2026**, in via sperimentale, » sono soppresse e le parole: « per un massimo di 8 ore settimanali » sono sostituite dalle seguenti: « per un massimo di 10 ore settimanali ».

Art. 5-bis.

(Disposizioni in materia di trattenimento in servizio di personale docente a tempo pieno)

1. Il personale docente a tempo pieno, strutturato presso strutture afferenti al Servizio sanitario nazionale, può, su richiesta dell'interessato, essere trattenuto in servizio fino al compimento del settantaduesimo anno di età, non oltre il 31 dicembre 2026, per comprovate esigenze assistenziali ovvero attività di ricerca e formazione, ai fini delle quali il suddetto personale si impegna a svolgere attività di tutoraggio in favore di giovani assunti con contratto per ricercatore universitario a tempo determinato di cui all'articolo 24, comma 3, della legge 30 dicembre 2010, n. 240. Il personale docente di cui al

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

Art. 6.

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti » e di reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, fino al 31 dicembre 2026, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

2. I direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

primo periodo non può mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale.

2. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle stesse con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 6.

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno **dell'affidamento a terzi dei servizi sanitari** e di reinternalizzare **i medesimi** servizi appaltati ad operatori economici privati, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, fino al 31 dicembre 2026, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

2. *Identico.*

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è comunicata al collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento, che provvede all'inoltro alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

Art. 7.

(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

1. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

3. Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo della Chiesa cattolica per il 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie nonché di ottimizzare la disponibilità dei posti letto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti, le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8, del decreto-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 7.

(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

Identico.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 23 del 28 gennaio 2013. Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

Art. 8.

(*Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia*)

1. All'articolo 34 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 10-*bis*, dopo le parole: « consumi farmaceutici » sono inserite le seguenti: « e dei servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia » e dopo le parole: « nelle forme della distribuzione per conto » sono inserite le seguenti: « e ai servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia »;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 8.

(*Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia*)

Identico.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

b) al comma 10-ter, dopo le parole: « parafarmaci registrati come dispositivi medici » sono inserite le seguenti: « e degli integratori alimentari ».

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 8-bis.

(Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e misure per l'efficientamento della Rete ospedaliera dell'emergenza sanitaria)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, per l'anno 2025, un Fondo con una dotazione pari a 3 milioni di euro. Le risorse del Fondo sono destinate all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.

2. Entro trenta 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, sentite le federazioni e le associazioni di categoria mag-

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

Art. 9.

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza terri-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

giormente rappresentative, adotta un decreto per definire:

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

b) le modalità con cui le medesime regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, possono disciplinare l'erogazione del contributo ai fini del comma 1.

3. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2025, si provvede mediante utilizzo delle risorse del fondo istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

4. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2024, n. 207, il comma 278 è sostituito dal seguente:

« 278. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 277 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso o inserite nella rete dell'emergenza-urgenza nonché nelle reti cliniche tempo dipendenti, conseguenti all'accesso o al trasferimento da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio ».

Art. 9.

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

Identico.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

toriale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o), secondo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stata rilasciata idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

Art. 10.

(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

1. All'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al primo periodo, dopo le parole: « per le regioni che » sono inserite le seguenti: « garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che ».

2. Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assegnano, nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti, specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Ai medesimi fini i direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo e al secondo periodo sono effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 10.

(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

Identico.

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

3. All’articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« *1-bis.* Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici ».

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 10-bis.

(Utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia)

1. Nella sezione III del capo III del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, dopo l’articolo 44-bis è aggiunto il seguente:

« *Art. 44-ter. – (Disposizioni in materia di certificazione di malattia con modalità di telemedicina) – 1.* La modalità di visita con strumenti di telemedicina soddisfa il criterio della constatazione diretta da parte del medico, ai fini del rilascio della certificazione di malattia. Le visite mediche del medico certificatore finalizzate a verificare lo stato di malattia di un lavoratore che si assenta dal proprio impiego possono essere effettuate anche in modalità di telemedicina.

2. Con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono aggiornate le Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina in senso conforme alle disposizioni di cui al comma 1 ».

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

CAPO II

ULTERIORI MISURE
IN MATERIA SANITARIA

Art. 11.

(Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale)

1. Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:

a) nell'anno 2025, 44 unità di medici psichiatri, 36 unità di neuropsichiatri infantili, 34 unità di psicologi e 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;

b) nell'anno 2026, 7 unità di medici psichiatri, 6 unità di neuropsichiatri infantili, 6 unità di psicologi e 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 del presente articolo, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

CAPO II

ULTERIORI MISURE
IN MATERIA SANITARIA

Art. 11.

(Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale)

Identico.

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono ripartite le risorse di cui al comma 2 sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 12.

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

1. Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del *management* nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 6, è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS). Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026. Le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente presso il Ministero della salute, che si avvale del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 12.

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

1. *Identico.*

2. *Identico.*

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

con il Ministro dell’università e della ricerca e con il Ministro dell’economia e delle finanze, sono definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

3. All’onere derivante dall’attuazione del presente articolo, pari a 1 milione di euro per l’anno 2025 e a 950.000 euro annui a decorrere dall’anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione **delle proiezioni** dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell’ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell’economia e delle finanze per l’anno 2024, allo scopo utilizzando parzialmente l’accantonamento relativo al Ministero della salute.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

3. All’onere derivante dall’attuazione del presente articolo, pari a 1 milione di euro per l’anno 2025 e a 950.000 euro annui a decorrere dall’anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale **2025-2027**, nell’ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell’economia e delle finanze per l’anno **2025**, allo scopo utilizzando parzialmente l’accantonamento relativo al Ministero della salute.

Art. 12-bis.

(Norme in materia di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica)

1. All’articolo 8, comma 7-bis, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, le parole: « 31 dicembre 2025 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2030 ».

Art. 12-ter.

(Disposizioni per l’uniformità e la tempestività nell’accesso alle terapie per le persone affette da patologie rare)

1. All’articolo 10 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, dopo il comma 5 è inserito il seguente:

« 5-bis. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo e omogeneo alle terapie per i pazienti affetti

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

da patologie rare, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono approvvigionarsi dei farmaci orfani ai sensi del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, tramite un’unica procedura d’acquisto per l’intero fabbisogno nazionale, avvalendosi di una centrale di committenza regionale individuata con intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione sono adottate le disposizioni attuative del presente comma ».

Art. 12-quater.

(Disposizioni sull’accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)

1. In coerenza con quanto previsto dall’articolo 11 del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, nelle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) il cui bacino minimo di utenza, come definito dall’allegato 2 al decreto legislativo n. 200 del 2022, è superiore alla popolazione regionale, è consentito l’accesso alle prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche dei singoli IRCCS da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture. Le prestazioni di cui al primo periodo sono riconosciute in sede di com-

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

Art. 13.

(*Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali*)

1. All'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) alla lettera *f*), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo » sono sostituite dalle seguenti: « approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo »;

2) alla lettera *g*), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale » sono sostituite dalle seguenti: « approvare la tassa annuale »;

b) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

« *4-bis.* Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel comma 1, lettere *f*) e *g*), è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti che decide in via definitiva ».

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

pensazione della mobilità sanitaria tra le regioni nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica, da parte delle regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in esse residenti.

Art. 13.

(*Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali*)

Identico.

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 13-bis.

(Modifica all’articolo 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213)

1. All’articolo 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: « Le disposizioni di cui al primo periodo si applicano anche ai dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della salute e, in ogni caso, alla scadenza del termine di cui al medesimo primo periodo, i predetti dirigenti sanitari e i dirigenti sanitari del Ministero della salute sono equiparati, ai fini pensionistici, ai dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale. »

2. Dall’attuazione del comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all’attuazione dello stesso con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 13-ter.

(Modifiche all’articolo 2 della legge 15 settembre 2023, n. 130)

1. All’articolo 2, comma 1, della legge 15 settembre 2023, n. 130, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all’alinea, le parole: « composto da tredici membri » sono sostituite dalle seguenti: « composto da un numero di componenti non superiore a diciannove »;

b) la alla lettera c) è sostituita dalla seguente: « c) otto medici, quattro per ciascuna patologia, di comprovata esperienza in campo nazionale e internazionale nella diagnosi e nella cura, preferi-

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

bilmente in età pediatrica, del diabete di tipo 1 e della celiachia »;

c) alla lettera d), le parole: « due rappresentanti » sono sostituite dalle seguenti: « fino a tre rappresentanti »;

d) dopo la lettera d) è aggiunta la seguente:

« d-bis) un rappresentante, per ciascuna patologia, delle società scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, del diabete di tipo 1 e della celiachia ».

2. In attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute provvede ad integrare la composizione dell’osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia, in conformità a quanto previsto dall’articolo 2 della legge 15 settembre 2023, n. 130, come modificato dal comma 1 del presente articolo.

Art. 13-quater.

(Modifica all’articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e presidi sanitari di prossimità)

1. All’articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le disposizioni di cui al primo periodo si applicano nei limiti e con riferimento all’ambito oggettivo previsto, anche in deroga agli *standard* relativi al numero di posti letto previsti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, in un arco di tempo necessario alla com-

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

pleta messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro il 31 dicembre 2026 ».

2. Le strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento istituzionale con il Servizio sanitario nazionale, comprese la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, sono riconosciute quali presidi sanitari di prossimità del Servizio sanitario nazionale nell’ambito dell’assetto complessivo dell’assistenza territoriale e partecipano anche all’erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale secondo le indicazioni della programmazione sanitaria e previ autorizzazione, accreditamento istituzionale e contrattualizzazione di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 13-quinquies.

(Disposizioni in materia di conoscenze linguistiche per il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie)

1. All’articolo 7, comma 1-septies, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: « presidente dell’ordine dei medici » sono sostituite dalle seguenti: « presidente dell’ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri »;

(Segue: *Testo d'iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

b) le parole: « una sezione speciale dell'albo dei medici alla quale » sono sostituite dalle seguenti: « una sezione speciale dell'albo dei medici e una sezione speciale dell'albo degli odontoiatri alle quali »;

c) dopo le parole: « professione medica » sono inserite le seguenti: « o odontoiatrica ».

Art. 13-sexies.

(Norme in materia di professione di fisico)

1. Fino al 31 dicembre 2026, i Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e dei fisici provvedono, su domanda, all'iscrizione alla sezione A - settore Fisica e alla sezione B - settore Fisica dell'Albo professionale dei chimici e dei fisici, di coloro che hanno conseguito, rispettivamente, uno dei titoli di studio di cui alle tabelle C e D di cui all'allegato al decreto del Ministro della salute 23 marzo 2018 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 128 del 5 giugno 2018, e che dimostrino, alternativamente:

a) di avere svolto da almeno tre anni attività di professore universitario di ruolo o aggregato, anche in modo non continuativo, ovvero ricercatore o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali;

b) di aver svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, attività di dirigenti ovvero di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di fisico, rientranti nella contrattazione collettiva del comparto sanità;

c) di avere svolto per almeno tre anni, anche in modo non continuativo, l'attività di dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo profes-

(Segue: *Testo d’iniziativa del Governo*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

sionale di fisico, rientranti nella contrattazione collettiva di altri comparti;

d) di avere svolto da almeno tre anni l’attività di esperto di radioprotezione con relativa iscrizione all’elenco di cui al decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101;

e) di avere completato almeno il secondo anno di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria;

f) di avere svolto da almeno cinque anni attività nel profilo professionale di fisico in regime libero professionale.

2. Il comma 5 dell’articolo 6 del citato decreto del Ministro della salute 23 marzo 2018 è abrogato.

Art. 13-septies.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le disposizioni di cui alla presente legge compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull’intero territorio nazionale.

€ 4,00