Senato della Repubblica
XIX Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 227

Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria

21/04/2024 - 03:26

Indice

1. DDL S. 227 - XIX Leg. 1

1.1. Dati generali 2

1.2. Testi 3

1.2.1. Testo DDL 227 4

1.3. Trattazione in Commissione 16

1.3.1. Sedute 17

1.3.2. Resoconti sommari 18

1.3.2.1. 10^ Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) 19

1.3.2.1.1. 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 71 (ant.) del 23/05/2023 20

1.3.2.1.2. 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 97 (ant.) del 20/07/2023 24

1.4. Trattazione in consultiva 26

1.4.1. Sedute 27

1.4.2. Resoconti sommari 28

1.4.2.1. 4^ Commissione permanente (Politiche dell'Unione europea) 29

1.4.2.1.1. 4ªCommissione permanente (Politiche dell'Unione europea) - Seduta n. 56 (pom.) del 30/05/2023 . . 30

1.4.2.1.2. 4ªCommissione permanente (Politiche dell'Unione europea) - Seduta n. 80 (ant.) del 25/07/2023 . . . 36

1. DDL S. 227 - XIX Leg.

1.1. Dati generali

collegamento al documento su www.senato.it

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 227

collegamento al documento su www.senato.it

Senato della Repubblica XIX LEGISLATURA

N. 227

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **CANTÙ** , **ROMEO** , **BERGESIO** , **BIZZOTTO** , **BORGHESI** , **Claudio BORGHI** , **CANTALAMESSA** , **CENTINAIO** , **DREOSTO** , **GARAVAGLIA** , **GERMANÀ** , **MARTI** , **MINASI** , **MURELLI** , **PAGANELLA** , **PIROVANO** , **POTENTI** , **PUCCIARELLI** , **SPELGATTI** , **STEFANI** , **TESTOR** , **TOSATO** , **SILVESTRO** , **ZULLO** , **SATTA** , **LEONARDI** , **FALLUCCHI** , **TERNULLO** , **BERRINO** , **ZEDDA** , **MANCINI** , **MIELI** , **RUSSO** e **NOCCO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 OTTOBRE 2022

Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria

Onorevoli Senatori. - Il presente disegno di legge ha lo scopo di affrontare, non solo nel breve e medio periodo, i rilevanti *vulnus* e le notevoli criticità acuitesi durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19, costituenti altrettanti ostacoli alla piena attuazione del dettato costituzionale in termini di garanzia dei tempi, modi e contenuti delle risposte in materia di salute e di tutela delle fragilità, confacenti all'effettivo bisogno espresso dovute ai cittadini. Si tratta dell'evoluzione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, in specie dell' assistenza primaria e della continuità assistenziale, accessibili secondo modalità di appropriatezza temporale e sostanziale, in un sistema-Paese dove la compartecipazione alla spesa contempla delle lodevoli eccezioni ancorché sia già pagata dalla fiscalità generale, in ragione dell'intrinseca universalità del diritto fondamentale di cui all'articolo 32 della Costituzione.

Il Patto per la salute 2019-2021 ha cercato di indicare il cambio di archetipo anche per il potenziamento della medicina territoriale in linea con i principi della *primary health care* (PHC) definiti a livello europeo sin dal 2018, ma l'accelerazione generata dalle sfide dell'emergenza sanitaria impone di andare « oltre » per realizzare il cambio di passo necessario, di cui dovrà tenere conto l'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto collettivo nazionale. Occorre riformare la medicina territoriale con misure innovative di formazione, di tutoraggio e di supporto specialistico, clinico e diagnostico grazie alle nuove tecnologie (cosiddetto *Second Opinion Supporting*). Ed è altresì necessario superare la progressiva deprofessionalizzazione del medico del ruolo unico di assistenza primaria, ridotto essenzialmente a mero riproduttore di ricette, al di là di disquisizioni dogmatiche in ordine ad una eventuale diversa ascrizione tipologica del rapporto di lavoro che lo lega al SSN, posto che il tema è agire per una sua piena valorizzazione e responsabilizzazione secondo competenza e merito, colmando la rilevante carenza quantitativa e qualitativa.

L'articolato si propone di affrontare i nodi sin qui irrisolti sia sul versante organizzativo-strutturale che in termini di un importante investimento nel capitale umano e nella formazione, che richiedono di valutare coerente un adeguamento delle prospettive progettuali a missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77. Tali criticità sono approcciate solutoriamente con regole di *governance* e misure di recupero in attrattività della professione, per un riequilibrio quantitativo e qualitativo del rapporto tra medici e assistiti, sancendo i contenuti qualificanti il nuovo ruolo e riorientando la convenzione per l'applicazione di modelli organizzativi, gestionali e formativi di promozione della salute, della prevenzione, della continuità dell'assistenza e cura, agendo in potenziamento

dell'interazione tra territorio e presidio ospedaliero e considerando l'innovazione tecnologica digitale come motore di un effettivo miglioramento. Vale a dire, dando centralità al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che in prospettiva non deve avere più di 1.000 assistiti (si è consapevoli della quasi utopia al momento del parametro atteso, che non è un limite ma un tendenziale nel quinquennio, portando progressivamente ad una soglia di 60.000 unità su base nazionale il numero complessivo dei medici del ruolo unico di assistenza, integrati con i pediatri di libera), quale garante della continuità assistenziale del paziente e dell'effettiva presa in carico dei suoi bisogni e delle cronicità prevedendo, in accompagnamento alla dotazione ordinaria della strumentazione di primo livello, sistemi di telemedicina e di supporto specialistico diagnostico integrato e financo di carattere logistico, per soddisfare al meglio i bisogni degli assistiti marginalizzando gli accessi inappropriati al pronto soccorso e in generale l'ospedalizzazione non necessaria.
L'evoluzione della medicina territoriale prospettata viene sviluppata con un importante incremento di risorse, da riconoscersi a fronte di contestuali oggettivi miglioramenti degli indici di *performance* e, dunque, non può prescindere da un sistema di valutazione e di controllo degli impieghi e degli esiti non autoreferenziale ma che, grazie a un sistema di *rating* istituzionale (che comprende anche la soddisfazione del paziente e la verifica dell'umanizzazione delle cure), garantisca la possibilità di incidere sia sulla remunerazione che sulla regolazione convenzionale opportunamente aggiornata con adeguati incentivi e disincentivi, che possono arrivare, come *extrema ratio*, anche alla revoca dell'incarico.
Un altro aspetto nella correzione e nell'adeguamento normativo, volto ad evitare un'applicazione distonica dagli obiettivi recati dalla missione strategica 6 del PNRR, riguarda le attività del distretto sanitario rivolte al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o a rapporto orario, con un necessario riposizionamento delle Case della Comunità e delle centrali operative territoriali a servizio delle patologie croniche. Il distretto infatti - che, nelle intenzioni, deve essere lo snodo tra la medicina del territorio e l'ospedale per la corretta presa in carico dei bisogni dei cittadini - viene a connotarsi come punto fondamentale per il rafforzamento della prevenzione e la continuità delle cure, coinvolgendo e al contempo responsabilizzando tutta la filiera erogativa.
Data la natura di libero professionista del medico del ruolo unico di assistenza primaria va da sé che la stessa « scelta e revoca » è un indice di gradimento delle *performance* quand'anche da apportare alle effettive richieste, ancorché non esaudite per carenza di altri colleghi. Conseguentemente, questo indice deve essere monitorato a tutela sia degli assistiti che dei medici. La finalità di minimizzare le inappropriatezze e i consumi sanitari non necessari, financo indotti dall'assistito, deve essere infatti perseguita grazie alla possibilità per il medico di segnalare proattivamente eventuali difficoltà; parimenti, la minimizzazione delle carenze o dei ritardi nelle cure deve essere assicurata tramite l'intervento diretto del distretto, nella sua funzione di tutela e garanzia dei LEA territoriali. Stessa cosa dicasi per il contrasto delle prescrizioni specialistiche ospedaliere inappropriate. Da qui la necessità di modificare l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che orienti correttivamente il citato decreto ministeriale 77 del 2022, affinché, sempre per esemplificare, le Case della Comunità siano qualificate funzionalmente per dare risposte di prossimità anche nell'area delle cure intermedie ai bisogni sanitari e socio-sanitari dei pazienti cronici, in sinergia e integrazione con le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria sul versante della domiciliarizzazione appropriata delle cure, attraverso un rafforzamento mirato per classi di fragilità degli interventi domiciliari integrati con quelli di comunità.
Per quanto riguarda la prevenzione, bisogna ammettere che, nonostante le dichiarazioni di principio sempre condivise, essa continua ad essere la « Cenerentola » del sistema, non essendo messa a contratto o a convenzione in tutta la filiera. Tutt'ora relegata essenzialmente in un dipartimento dell'azienda sanitaria locale, è facilmente comprensibile quanto poco interesse abbia a fare prevenzione un erogatore, anche se pubblico, che ha nel suo *core* la produzione, se non vengono inseriti meccanismi di remunerazione e di negoziazione che disincentivino l'inappropriatezza prescrittiva ed erogativa, e al contrario favoriscano la sicurezza e la protezione delle cure. È quindi necessario intervenire e contrattualizzare la prevenzione primaria e secondaria, nonché rimarcare in

maniera netta la distinzione tra controllore e controllato.
In questa prospettiva si sviluppano le seguenti direttrici dell'articolato, con misure, anche di tipo congiunturale, agganciate al periodo di attuazione del PNRR e andando a incidere sulle storture amplificate dal contesto emergenziale:

- istituzione della rete territoriale di « Salute Globale » (cosiddetta *One Health*) dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, definita secondo *standard* e parametri collegati al numero di assistiti, oltreché in ragione dei volumi di prestazioni correlate ai LEA di promozione della salute, di prevenzione, assistenza e cura attesi e predefiniti per classi di età e di fragilità;

- modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi e risultati di prevenzione e di cura, nella forma mono o pluriprofessionale, opportunamente aggiornato per tutti i professionisti, definito privilegiando il rapporto di convenzione nonché sviluppando i parametri fondamentali assunti a contenuto minimo assistenziale del nuovo sistema di garanzia dei LEA di prevenzione e medicina territoriale, in una rete di cure di prossimità effettivamente integrata;

- fermo restando la libera scelta del medico da parte dell'assistito e il rapporto fiduciario che così si instaura, previsione di un parametro minimo di impegno professionale settimanale dedicato alle attività di studio e alle cure domiciliari, che si completa con le progettualità individuate dell'ASL territorialmente competente, secondo le priorità individuate quale patto di *governance* finalizzato al rafforzamento della medicina territoriale nel suo complesso. Nelle Case della Comunità, riprogettate adeguatamente, vengono collocate le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale, promuovendo altresì modelli sperimentali che tengano conto della stratificazione della popolazione per classi di fragilità, investendo in medicina predittiva e personalizzata e qualificandola anche con l'opzione, per il cittadino, di accedere a medici di famiglia esperti delle fragilità geriatriche, nel solco di una visione altamente professionalizzante e vocata ai bisogni dell'età e della non autosufficienza, non solo pediatrica ma anche geriatrica, nonché di strutturale integrazione tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e gli specialisti di riferimento per le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (One Health) *di promozione della salute, prevenzione e continuità di assistenza e cura)*

1. È istituita la Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (*One Health*), di seguito denominata « Rete », composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, operanti nelle forme di cui al comma 3. Ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria, in forma singola, associata o aggregata, è garante della continuità di cura dell'assistito secondo principi di prevenzione e di promozione della salute individuale e di cura appropriata.

2. La Rete è integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di *screening* nell'età evolutiva, inclusa la diagnosi precoce delle difficoltà cognitive del bambino e della depressione maggiore tra i ragazzi nella fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni, a sostegno delle famiglie e delle scuole, e le azioni specifiche e gli interventi di prossimità rispetto ai nuovi bisogni e le fragilità emergenti a supporto e tutela delle persone maggiormente a rischio. La Rete aggiorna i modelli e gli *standard* di assistenza distrettuale indicati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, secondo quanto previsto dalla presente legge.

3. La Rete è organizzata a livello distrettuale tramite forme organizzative monoprofessionali, denominate « aggregazioni funzionali territoriali » (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e procedure di verifica, nonché tramite le Case della Comunità, che erogano prestazioni assistenziali

infradistrettuali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, quali medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, tenuto conto della peculiarità dei territori afferenti il distretto sanitario quali aree metropolitane, aree disagiate o a bassa densità di popolazione e isole minori. La Rete garantisce l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, per tutti i giorni della settimana e per tutti gli assistiti dei medici, singoli, associati o aggregati. A tal fine, l'apertura degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta deve essere articolata in modo da garantire, all'interno della AFT di riferimento, l'attività assistenziale dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì, per tutti gli assistiti dei medici e pediatri di libera scelta, singoli o associati. La disponibilità dalle ore 20 alle ore 24 è garantita dal medico del ruolo unico ad attività oraria e dal pediatra di libera scelta presso la Casa della Comunità, sede di riferimento dell'AFT, o presso altra sede messa a disposizione dell'azienda sanitaria. Il suddetto modello organizzativo, sulla base di puntuale monitoraggio di garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) della medicina generale e dell'effettività della continuità assistenziale per tutti i cittadini e da personale medico del distretto sanitario, rappresenta lo *standard* minimo di appropriatezza erogativa delle prestazioni assistenziali per quanto riguarda l'accessibilità e la continuità, sia nella prevenzione che nella cura. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione regionale di un sistema strutturalmente integrato emergenza urgenza, continuità assistenziale e medicina territoriale, assicurano nelle Case della Comunità la continuità dell'assistenza dalle ore 24 alle ore 8, nel fine settimana e nei giorni festivi, anche in ulteriori sedi appositamente individuate.

4. La Rete si integra con il sistema di continuità assistenziale NEA 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di cure primarie secondo principi di appropriatezza, e forniscono al medesimo sistema le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali o alla centrale di telemedicina. La centrale di telemedicina si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di continuità dell'assistenza, in particolare nelle aree remote e in relazione ai soggetti fragili, riducendo gli accessi ai pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare, e anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata (*point of care*).

5. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni operano nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscono all'Ecosistema dei dati sanitari (EDS) utilizzando il sistema di monitoraggio, di valutazione e di controllo di aderenza ai flussi informatici informativi e di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite dal comma 7 del medesimo articolo 12, nonché delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, ai sensi del decreti del Ministro della salute del 18 e del 20 maggio 2022, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* n. 160 dell'11 luglio 2022.

Art. 2.

(Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito come segue:

« *1*. Ai fini dell'implementazione della Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (*One Health*), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono, nell'ambito del distretto sanitario, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendone l'integrazione con il settore sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedano forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Le AFT condividono, in forma strutturata e individuata dalle aziende sanitarie, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, procedure di verifica e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate

"unità complesse di cure primarie" (UCCP), che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, con le altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN, gli infermieri, le professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria, per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso personale convenzionato con il SSN. L'assetto fondamentale in cui i soggetti convenzionati operano e la valutazione al fine dell'assegnazione della parte variabile del compenso sono escluse dalle materie oggetto di contrattazione collettiva. Le verifiche delle inadempienze contrattuali sono affidate alla esclusiva responsabilità degli uffici aziendali preposti per legge, integrati da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN. Gli accordi collettivi nazionali disciplinano la materia dell'inadempienza contrattuale, limitatamente alla definizione di un codice di comportamento e alla tipologia di infrazioni e relative sanzioni, e non possono istituire procedure di impugnazione. I rapporti tra il SSN e i medici di medicina generale, per le attività non previste dalle disposizioni di cui al comma 1-*bis* della presente legge, quello tra il SSN e i pediatri di libera scelta e quello tra il SSN e gli specialisti ambulatoriali sono disciplinati da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. I suddetti accordi sono stipulati in base ai seguenti principi:

a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del SSN, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;

b) stabilire che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

c) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno, nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

d) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità in corrispondenza delle quali le regioni possono prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni pediatra di libera scelta, nell'ambito dei modelli organizzativi multiprofessionali in cui è prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico o altro personale sanitario nonché dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica;

e) definire gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra le medesime e le prestazioni aggiuntive di cui alla lettera *d)*; il medico sia tenuto a comunicare all'azienda sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza, nell'accesso alle attività incentivate previste dagli accordi integrativi, in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. In ogni caso, il mancato pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il SSN;

f) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmata; una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali;

g) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni;

h) prevedere che l'accesso alle funzioni dei medici non rientranti nel comma 1-*bis* del Servizio sanitario nazionale (SSN) avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e, per i pediatri di libera scelta, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi collettivi nazionali;

i) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del SSN secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente al settore a d'interesse, indicando quale luogo di lavoro prioritario le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, o altra sede diversa prevista dalla programmazione regionale e nell'ambito degli accordi regionali;

l) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire conflitti di interesse con le funzioni attribuite ai medici medesimi dai rapporti convenzionali in atto;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione con il SSN possa essere sospesa qualora, nell'ambito dell'integrazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei inconciliabili con il mantenimento della convenzione;

n) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153;

o) assicurare la formazione continua integrata tra presidi ospedalieri e ambiti territoriali all'interno dell'orario di servizio dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni, anche all'interno dei moduli prestazionali di supporto specialistico, clinico e diagnostico, attraverso contratti con le strutture sanitarie accreditate e convenzionate con il SSN, in particolare gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e le aziende ospedaliere universitarie di riferimento, nonché, anche all'interno del distretto sanitario, con le UCCP, le Case e gli Ospedali di Comunità quali sedi sia per la formazione continua che per la specializzazione universitaria, valorizzando altresì i medici di medicina generale pensionati e pensionandi su base volontaria, ancorché remunerati, con il coinvolgimento dell'ordine dei medici per il controllo dei requisiti di formazione e di iscrizione nel nuovo sistema di programmazione dei fabbisogni e della formazione dei medici di assistenza primaria, secondo principi di indipendenza e terzietà;

p) prevedere che gli accordi integrativi regionali (AIR) e gli accordi attuativi aziendali (AIA) operino nel limite delle vigenti disposizioni di legge e dell'accordo collettivo nazionale »;

b) il comma 1-*bis* è sostituito dai seguenti:

« *1-bis*. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ha la responsabilità clinica del rapporto di cura e del percorso di presa in carico dell'assistito e svolge la propria attività professionale di prevenzione, assistenza e cura degli assistiti presso il proprio studio e al domicilio del paziente. L'attività ambulatoriale presso il proprio studio da parte di ogni medico del ruolo unico di assistenza primaria massimalista non può essere inferiore a cinque ore al giorno per cinque giorni alla settimana per singolo medico, e la componente di attività per le visite domiciliari e le attività distrettuali completa il monte orario previsto di 38 ore settimanali. Il medico non massimalista riduce, in proporzione ai propri assistiti, il numero di ore di studio e di attività domiciliari e completa il monte orario settimanale complessivo pari a 38 ore con lo svolgimento di attività distrettuali diurne o notturne.

1-ter. La scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito nel rispetto del limite massimo di 1.500 assistiti per medico. Si assume quale rapporto ottimale di distribuzione sul territorio quello di un

medico del ruolo unico di assistenza primaria ogni 1.000 assistiti e, come dotazione *standard* per AFT, di un numero di 20 medici del ruolo unico di assistenza primaria ogni 20.000 assistiti. Le regioni possono adottare modelli innovativi territoriali che, tenendo conto della stratificazione della popolazione per classi di fragilità, sviluppino la Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (*One Health*) consentendo al cittadino di scegliere un medico del ruolo unico di assistenza primaria che abbia acquisito esperienza, anche attraverso l'attività in residenze sanitarie assistenziali (RSA), in relazione ai bisogni dell'età geriatrica e della non autosufficienza.

1-quater. L'accesso al ruolo unico di assistenza primaria avviene attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale per la selezione degli incarichi secondo il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 assistiti all'interno di ciascuna AFT. L'accesso è consentito ai medici forniti dal diploma o dagli attestati di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e ai soggetti che sono in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di incarichi, con l'attribuzione di un adeguato punteggio che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma.

1-quinquies. Per quanto non già espressamente disciplinato in materia di assistenza sanitaria di base, le funzioni e le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria dalle ore 8 alle ore 20 comprendono:

a) la gestione delle patologie croniche con attività di telemedicina e di teleconsulto mediante l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche interfacciate sia con sistemi di monitoraggio che di rilevazione dei parametri clinici da remoto, secondo le linee guida ministeriali vigenti in materia con prestazioni di supporto specialistico, clinico e diagnostico erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il Servizio sanitario regionale di appartenenza;

b) l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo inquadramento a integrazione della propria attività;

c) nell'ambito dell'AFT di appartenenza, la copertura dell'attività assistenziale diurna per dodici ore dal lunedì al venerdì, tramite apertura coordinata degli studi;

d) l'attività di prevenzione e promozione della salute, compresa la profilassi vaccinale in prevenzione e risposta a virus, influenzali e non, endemici e pandemici, secondo i programmi vaccinali nazionali e regionali, nonché la gestione dell'isolamento nella presa in carico delle patologie infettive degli assistiti;

e) l'erogazione delle attività correlate agli obiettivi regionali di cui al comma 1-*septies*, lettera *g)*, numero 4), per l'evoluzione del modello delle Case della Comunità di cui alla missione strategica 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), all'interno delle quali sono collocate sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale, favorendo la partecipazione anche degli specialisti interna convenzionati, compreso lo psichiatra e lo psicologo, per quanto concerne attività e interventi di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dell'età evolutiva, adulta e geriatrica e relativa presa in carico.

1-sexies. Le prestazioni di cui al comma 1-*quinquies* sono individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del presente decreto, e di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, quale contenuto minimo assistenziale a carico del medico del ruolo unico di assistenza primaria, non derogabile in convenzione.

1-septies. Il rapporto tra il SSN e i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria operante nella AFT e nella Casa della Comunità è disciplinato, in base alle disposizioni di cui al comma 1 del presente decreto, da apposita convenzione di durata triennale conforme agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. La convenzione disciplina:

a) le modalità di verifica distrettuale tese a garantire, sia a tutela dell'assistito che del professionista, la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno, trascorso un tempo congruo di valutazione, nonché la ricusazione della scelta da parte del medico*;*

b) per le forme organizzative multiprofessionali che le aziende sanitarie possono adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento basate sul bilancio previsionale;

c) i compiti, le funzioni e i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste al presente comma;

d) i parametri del sistema di valutazione, di monitoraggio e di controllo delle attività di cui al comma 1-*quinquies*, basato su *standard* e indicatori di qualità, sicurezza e appropriatezza;

e) gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione, strutturata e occasionale, in modo da garantire che le attività esercitate in libera professione non pregiudichino il corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito, o l'esercizio di attività in libera professione al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il SSN;

f) l'incarico del medico del ruolo unico di assistenza primaria di 38 ore settimanali per l'offerta assistenziale presso il proprio studio, secondo quanto disposto al comma 1-*bis,* per le visite domiciliari e per l'effettuazione di attività in favore del distretto sia diurne che notturne.

g) il compenso, che deve essere adeguato alle risorse finalizzate o vincolate alla realizzazione del potenziamento dell'assistenza primaria di cui alla presente legge, e si compone di:

1) una quota fissa, che rappresenti nel massimo il 60 per cento della retribuzione complessiva per ciascun soggetto iscritto alla lista dei propri assistiti, corrisposta su base annuale, per le attività di cui al comma 1-*quinquies*;

2) una quota per l'assistenza ai pazienti cronici calcolata sulla base del numero di assistiti di età superiore ai 65 anni, riconosciuta a fronte della verifica dell'espletamento delle funzioni di cui al comma 1-*quinquies*, lettera *a)*;

3) una quota per l'indennità di organizzazione del fondo di AFT, comprensiva delle dotazioni di cui al comma 1-*quinquies*, lettera *a)*; detta quota può essere incrementata dalla regione nel limite del 50 per cento;

4) una quota legata agli obiettivi regionali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di prestazione regionali o aziendali, in merito sia allo sviluppo dei programmi di prevenzione che di marginalizzazione delle inappropriatezze; detta quota può essere incrementata dalla regione nel limite del 50 per cento;

5) una quota legata al numero di ore svolte in favore di attività distrettuali tese al completamento dell'orario settimanale;

h) regola la partecipazione dei medici convenzionati a società o cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

i) prevede le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa qualora, nell'ambito dell'integrazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie del SSN attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione medesima;

l) promuove la collaborazione interprofessionale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, in base alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153.

1-octies. Il mancato rispetto degli adempimenti previsti ai comma 1-*bis*, 1-*quinques*, 1-*sexies* e 1-*septies* comporta, secondo le tipologie di infrazione e il codice di comportamento di cui al presente

comma, l'applicazione di sanzioni secondo il principio di graduazione, in ragione alla gravità dell'inadempimento. Il reiterato mancato rispetto rappresenta motivo di decadenza del rapporto convenzionale. La materia delle inadempienze contrattuali è affidata alla resposabilità esclusiva degli uffici aziendali competenti, integrati da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN. Gli accordi collettivi nazionali disciplinano la materia limitatamente alla definizione di un codice di comportamento ed alla tipologia di infrazioni e relative sanzioni, e non possono istituire procedure di impugnazione.

1-novies. Le aziende sanitarie locali, in accordo con le rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT. ».

Art. 3.

(Misure straordinarie relative alla missione 6 del PNRR per sopperire alla carenza congiunturale di medici convenzionati)

1. Per la realizzazione della Rete secondo la dotazione *standard* di un medico ogni 1.000 assistiti, e del necessario numero di ore della specialistica ambulatoriale interna, sulla base della programmazione regionale, dovendo far fronte alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici, calcolata entro il 31 dicembre 2026, del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni secondo i fabbisogni per disciplina*,* e in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza per il periodo di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso le aziende sanitarie locali, possono trattenere in servizio, in regime di convenzione, su base volontaria, i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali che ne facciano richiesta, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, per un periodo di un anno, rinnovabile e comunque non oltre il 31 dicembre del 2026 e fino al compimento del settantatreesimo anno di età, verificata l'impossibilità di procedere alla reclutamento di medici mediante le procedure ordinarie e, per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, il raggiungimento del massimale orario previsto. Il mantenimento della convenzione da parte dei suddetti medici cessa dal mese successivo al venir meno dell'esigenza di sopperire alla carenza di personale medico, una volta espletate le procedure di selezione degli incarichi a 38 ore.

2. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del sistema di formazione specifica e di programmazione della distribuzione delle borse di studio, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali per il ruolo unico del medico dell'assistenza primaria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto una o più delle seguenti attività nel periodo dal 1° marzo 2020 al 1° marzo 2022, per un totale complessivo di almeno 3.200 ore:

a) servizio presso le unità di continuità assistenziale (UCA), ai sensi del decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

b) servizio presso aziende sanitarie o da altri enti accreditati presso il SSN nei reparti di pronto soccorso o adibiti alla ricezione di pazienti affetti da SARS-CoV-2. La partecipazione all'assegnazione dei soggetti di cui all'alinea è in ogni caso aggiuntiva alle assegnazioni già previste alla data di entrata in vigore della presente legge. I medici ai quali viene conferito incarico di medico di medicina generale ai sensi del presente comma svolgono, nell'arco dei due anni successivi al conferimento dell'incarico, l'attività didattica prevista, pari a 1.600 ore. In caso di mancato svolgimento dell'attività didattica, l'incarico si intende revocato. Il termine di cui all'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, è prorogato fino al 31 dicembre 2026.

3. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza dei medici del ruolo unico

dell'assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, e in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che, ai sensi della normativa vigente, hanno instaurato un rapporto convenzionale a tempo determinato con il SSN o hanno assunto un incarico provvisorio, sono attivate a livello territoriale modalità innovative di tutoraggio, anche all'interno dei moduli prestazionali di supporto specialistico, clinico e diagnostico, da contrattualizzare con le strutture sanitarie accreditate e convenzionato con il SSN, in particolare con gli IRCCS e le aziende ospedaliere universitarie di riferimento, nonché all'interno del distretto sanitario, con le UCCP, le Case e gli Ospedali di Comunità quali sedi sia per la formazione continua che per la specializzazione universitaria, valorizzando altresì i medici di medicina generale pensionati e pensionandi su base volontaria ancorché remunerati in base alla normativa vigente, con il coinvolgimento dell'ordine dei medici per il controllo dei requisiti di formazione e di iscrizione ai corsi di medicina generale, al fine di garantire il supporto continuativo all'attività ambulatoriale svolta, anche ai fini previsti dall'articolo 26, comma 2, lettera *d)*, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

4. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, entro il 31 dicembre 2026, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali nel ruolo unico del medico dell'assistenza primaria anche i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto le funzioni di medico di assistenza primaria per almeno 1.000 giorni.

5. A decorrere dall'anno 2023 i medici con formazione specifica in medicina generale sono tenuti a prestare servizio presso il SSN per almeno tre anni con contratti in convenzione, partecipando alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria sul territorio nazionale. In caso di mancato svolgimento di suddetto servizio, il medico con diploma di formazione specifica in medicina generale è tenuto a restituire l'intero ammontare della borsa di studio percepita.

6. A decorrere dall'anno 2023 i medici specializzati sono tenuti a prestare servizio presso il SSN per almeno tre anni con contratti di lavoro presso gli ospedali o in convenzione specialistica ambulatoriale interna presso le strutture territoriali. In caso di mancato svolgimento di detto servizio, il medico specializzato è tenuto a restituire l'intero ammontare della retribuzione percepita durante la specializzazione.

7. In via residuale, esaurita l'assegnazione delle borse di studio programmate per soddisfare le carenze accertate e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, i medici chirurghi specialisti di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, possono partecipare alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria sul territorio nazionale.

8. Per il periodo di attuazione del PNRR, e comunque sino al 31 dicembre 2026, gli enti locali provvedono a fornire in comodato d'uso ai medici neoincaricati, per la durata dell'incarico, un luogo idoneo all'esercizio delle funzioni, dotato di spazi, arredi, attrezzature, di sala d'attesa, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei e necessari per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria. Il medico è tenuto a stipulare un'adeguata assicurazione per la copertura dei rischi e a restituire i locali nelle condizioni iniziali. I suddetti luoghi completano la rete di assistenza territoriale di cui alla Missione 6 del PNRR, con l'utilizzo di parte delle risorse assegnate per eventuali riqualificazioni all'uopo necessarie.

9. Per il periodo di attuazione del PNRR e comunque sino al 31 dicembre 2026 i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi è riconosciuto ai fini del conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi

previsti.

10. Fino al 31 dicembre 2026, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici calcolata entro il 31 dicembre 2026, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale medesimo, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti.

11. Fino 31 dicembre 2026 i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria e i pediatri di libera scelta possano impiegare nelle attività ausiliare e logistiche di studio i soggetti percettori del reddito di cittadinanza, di cui al decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.

12. A decorrere dall'anno 2024 l'importo delle borse di studio per la frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale è pari a 1.200 euro mensili. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, pari a 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'articolo 18, comma 1, lettera *a)*, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

Art. 4.

(Norme di garanzia, coordinamento e adeguamento normativo)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Comitato di settore regioni-sanità e autonomie locali approva l'atto di indirizzo di cui all'articolo 47 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai fini della stipulazione dell'accordo collettivo nazionale.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo di cui al comma 1 le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale, nel rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo collettivo entro il termine di cui al precedente periodo, il Ministro della salute adotta, entro trenta giorni dalla predetta data, 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 Bolzano, un decreto per l'attuazione in via transitoria dei principi contenuti nell'atto di indirizzo di cui al comma 1. Il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale di cui al presente articolo.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, le disposizioni necessarie all'attuazione della presente legge. Ai fini di cui al primo periodo il suddetto decreto prevede altresì l'inserimento stabile delle competenze fisiatriche nelle strutture di assistenza territoriale definite dal decreto medesimo, in integrazione con le altre professionalità e coadiuvando i medici del ruolo unico di assistenza primaria, in particolar modo nell'area delle patologie disabilitanti croniche.

Art. 5.

(Modalità di finanziamento)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano la realizzazione del potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria di cui alla presente legge, ad esclusione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12, della presente legge, nel quadro delle risorse complessivamente determinate e assegnate ai sensi delle disposizioni vigenti relative al livello di finanziamento del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato. Per l'attuazione della finalità di cui al presente comma, e in particolare delle disposizioni di cui all'articolo 8, commi 1-*bis* e seguenti del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificati dall'articolo 2 della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore all'1,5 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale

standard cui concorre lo Stato, a decorrere dall'anno 2024.

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

collegamento al documento su www.senato.it

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 10^ Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

1.3.2.1.1. 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 71 (ant.) del 23/05/2023

collegamento al documento su www.senato.it

10ª Commissione permanente
(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)
MARTEDÌ 23 MAGGIO 2023
71ª Seduta (antimeridiana)
Presidenza della Vice Presidente
CANTU'

Interviene il vice ministro del lavoro e delle politiche sociali Maria Teresa Bellucci.
La seduta inizia alle ore 10,35.
IN SEDE CONSULTIVA
(705) ***Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2023, n. 35, recante disposizioni urgenti per la realizzazione del collegamento stabile tra la Sicilia e la Calabria*** , approvato dalla Camera dei deputati
(Parere alla 8a Commissione. Esame. Parere favorevole)
Il senatore RUSSO (*FdI*) riferisce sugli aspetti di competenza del decreto-legge n. 35. Segnala in primo luogo l'articolo 1, volto a modificare l'assetto societario della Stretto di Messina S.p.a, ridefinendo anche la composizione degli organi di amministrazione e controllo. In particolare, la remunerazione dei componenti di tali organi è determinata facendo rinvio alle norme civilistiche, derogando alla disciplina relativa agli amministratori e ai dipendenti delle società controllate da pubbliche amministrazioni. Le ulteriori disposizioni concernono l'attività di vigilanza del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti.
L'articolo 2 ridefinisce il rapporto di concessione fra il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e la Stretto di Messina S.p.A. in considerazione delle modifiche apportate alla *governance* della società.
L'articolo 3, che disciplina il riavvio delle attività di programmazione e progettazione del Ponte sullo stretto di Messina, dispone, tra l'altro, che l'opera è inserita nell'Allegato infrastrutture del DEF.
L'articolo 3-bis detta disposizioni volte a disciplinare le procedure espropriative relative alle opere di realizzazione del Ponte.
L'articolo 4 introduce disposizioni finali e di coordinamento funzionali a consentire, in tempi rapidi, la riattivazione della società e la ridefinizione dei rapporti contrattuali dalla medesima stipulati, mentre l'articolo 5 disciplina l'entrata in vigore del provvedimento.
Il senatore MAGNI (*Misto-AVS*) esprime contrarietà rispetto all'opera oggetto del provvedimento in esame. Il medesimo decreto-legge difetta inoltre, a suo giudizio, dei presupposti costituzionali di necessità e urgenza.
La costruzione del ponte sullo Stretto di Messina non ha oltretutto carattere prioritario a fronte delle carenze infrastrutturali che sussistono all'interno dello stesso territorio siciliano. L'iniziativa del Governo risponde piuttosto ad una logica propagandistica.
La senatrice ZAMPA (*PD-IDP*) rileva i forti dubbi in merito alla realizzabilità dell'opera e alla sua

compatibilità ambientale emersi dalle audizioni svolte presso l'altro ramo del Parlamento. Le stime più attendibili pongono inoltre in luce l'enorme aumento dei costi, oltretutto in assenza delle necessarie coperture finanziarie. Risulta peraltro maggiormente rilevante la necessità di investimenti mirati alla sicurezza dei territori.
Il senatore MAZZELLA (*M5S*) sostiene il carattere propagandistico dell'iniziativa del Governo, specie tenuto conto dell'attuale insussistenza dei mezzi a disposizione per l'effettivo avvio dell'opera, la quale assorbirebbe comunque risorse che sarebbero più utilmente destinate al settore sanitario.
Esprime quindi la contrarietà del proprio Gruppo al provvedimento in esame.
Il relatore RUSSO (*FdI*) pone in evidenza l'utilità strategica per lo sviluppo del ponte sullo Stretto di Messina, che, ponendo rimedio a una situazione di isolamento, comporterebbe vantaggi anche per il settore sanitario. Presenta quindi una proposta di parere favorevole.
La presidente CANTU' avverte che si passerà alla votazione della proposta di parere.
Interviene per dichiarazione di voto contrario a nome del Gruppo la senatrice ZAMBITO (*PD-IDP*), la quale sottolinea la mancanza di garanzie in ordine all'impatto ambientale, nonché le lacune normative in materia di tutela dei lavoratori e di procedure di esproprio, attualmente particolarmente penalizzanti.
Il senatore ZULLO (*FdI*) ricorda che la costruzione del ponte sullo Stretto di Messina era contemplata nel programma elettorale della coalizione che attualmente costituisce la maggioranza parlamentare. Giudica quindi sfavorevolmente, la tendenza a opporsi all'opera con motivazioni preconcette, mentre sarebbe auspicabile un atteggiamento di critica costruttiva. Preannuncia infine il voto favorevole del proprio Gruppo.
La senatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) ritiene che la costruzione del ponte sullo Stretto di Messina sarebbe espressione di una tendenza all'innovazione fortemente positiva per il Paese, specie nel confronto internazionale, caratterizzato dalla ricerca di soluzioni ingegneristiche di elevata complessità nel settore delle infrastrutture. Dichiara pertanto il voto favorevole del suo Gruppo.
Il senatore SILVESTRO (*FI-BP-PPE*) fa riferimento alla coerenza con il programma elettorale dell'attuale maggioranza e pone in evidenza i vantaggi dell'opera anche sul piano dell'immagine. L'investimento relativo alla costruzione del ponte sullo Stretto di Messina non comporterebbe peraltro sacrifici a carico delle aree non direttamente interessate dalla costruzione. Dichiara quindi il voto favorevole del proprio Gruppo.
Verificata la presenza del numero legale per deliberare, la Commissione approva infine a maggioranza la proposta di parere.
(108-376-B) ***Ratifica ed esecuzione dei seguenti Accordi: a) Accordo tra la Repubblica italiana e la Confederazione svizzera relativo all'imposizione dei lavoratori frontalieri, con Protocollo aggiuntivo e Scambio di lettere, fatto a Roma il 23 dicembre 2020, b) Protocollo che modifica la Convenzione tra la Repubblica italiana e la Confederazione svizzera per evitare le doppie imposizioni e per regolare talune altre questioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio, con Protocollo aggiuntivo, conclusa a Roma il 9 marzo 1976, così come modificata dal Protocollo del 28 aprile 1978 e dal Protocollo del 23 febbraio 2015, fatto a Roma il 23 dicembre 2020, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno*** , approvato dalla Camera dei deputati
(Parere alle Commissioni 3a e 6a riunite. Esame. Parere favorevole)
Il relatore RUSSO (*FdI*) ricapitola preliminarmente le finalità del disegno di legge in esame e le fasi precedenti dell'*iter*.
Nel riferire in merito agli aspetti di competenza delle disposizioni inserite dalla Camera dei deputati fa quindi riferimento ai commi 1 e 2 del nuovo articolo 12. In particolare, è disposto che a decorrere dal 1° febbraio 2023 i giorni di lavoro svolti nello Stato di residenza in modalità di telelavoro dai lavoratori frontalieri rientranti nel campo di applicazione dell'Accordo con la Svizzera in materia di imposizione si considerano effettuati nell'altro Stato, fino al 40 per cento del tempo di lavoro.
In conclusione formula una proposta di parere favorevole.
Previa verifica della presenza del numero legale, la proposta di parere è messa ai voti, risultando approvata.
La presidente CANTU' constata l'unanimità della Commissione.

IN SEDE REDIGENTE

(227) *Maria Cristina CANTU' e altri. - Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria*

(Discussione e rinvio)

La relatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) illustra innanzitutto le finalità del disegno di legge in esame, recante misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria. Passa quindi all'articolo 1, che, al comma 1, istituisce la Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (One Health), composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria.

La Rete, in base al successivo comma 2, è integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di screening nell'età evolutiva. L'articolazione e le linee fondamentali del funzionamento della Rete, basata a livello organizzativo sulle "aggregazioni funzionali territoriali" (AFT) e sulle Case della Comunità, sono quindi specificate dal comma 3. Il successivo comma 4 dispone in ordine all'integrazione con il sistema di continuità territoriale, particolarmente al fine di ridurre gli accessi ai pronto soccorso e potenziare la gestione domiciliare. Inoltre è previsto dal comma 5 che i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni operino nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscano all'Ecosistema dei dati sanitari (EDS).

L'articolo 2 dispone in materia di rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e medici di assistenza primaria, apportando modifiche all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. In primo luogo, si prevede che le regioni definiscano, nell'ambito del distretto sanitario, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendone l'integrazione con il settore sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini.

Il rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali resta demandato alla disciplina posta da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali, in aderenza a una serie di principi. È inoltre delineata la disciplina riguardante il medico del ruolo unico di assistenza primaria e si interviene sulla normativa concernente la scelta del medico di assistenza primaria. Si prefigura poi un trattamento sanzionatorio in relazione agli eventuali inadempimenti dei medici e, infine, è disposto che le aziende sanitarie locali, in accordo con le rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuino gli obiettivi e concordino i programmi di attività delle AFT.

L'articolo 3 reca una serie di misure volte a sopperire alla carenza congiunturale di medici convenzionati.

L'articolo 4 contiene disposizioni di garanzia, coordinamento e adeguamento normativo, mentre l'articolo 5 individua le modalità di finanziamento del potenziamento della medicina territoriale.

La senatrice ZAMPA (*PD-IDP*) richiama l'attenzione per il prosieguo della discussione, sulla necessità di congiunzione con ulteriori disegni di legge riguardanti la medesima materia presentati dal proprio Gruppo.

La PRESIDENTE fornisce rassicurazioni al riguardo, ponendo in evidenza l'utilità dell'arricchimento del dibattito che comporterebbe la trattazione di ulteriori proposte. Sollecita inoltre una riflessione in merito all'opportunità dello svolgimento di audizioni.

Il senatore ZULLO (*FdI*) ritiene che successivamente all'eventuale assegnazione di nuovi disegni di legge la questione dell'organizzazione dei lavori potrà essere oggetto di valutazione da parte dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, tenendo conto della finalità di una discussione approfondita e aperta alla condivisione.

La senatrice PIRRO (*M5S*) rileva la necessità delle audizioni in ragione della rilevanza della materia.

Il senatore MAGNI (*Misto-AVS*) si associa in merito all'opportunità dello svolgimento di audizioni.

Suggerisce inoltre di procedere una trattazione aperta a ulteriori contributi, secondo con una visione organica della materia.
La relatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) suggerisce di rimettere all'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi la valutazione in ordine all'opportunità di procedere ad audizioni, alla luce di eventuali successivi abbinamenti di altre iniziative legislative.
La presidente CANTU' richiama l'attenzione sulla coerenza dell'impostazione della materia del disegno di legge in titolo con il parere espresso dalla Commissione sul Documento di economia e finanza in relazione a medicina territoriale, emergenza urgenza e salute mentale. Rileva inoltre l'utilità di una trattazione ampia e organica della materia.
Il seguito della discussione è quindi rinviato.
IN SEDE REFERENTE
(685) ***Conversione in legge del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, recante misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro***
(Seguito dell'esame e rinvio)
Prosegue l'esame sospeso nella seduta del 9 maggio.
La presidente CANTU' invita i Gruppi a segnalare le richieste di intervento in discussione generale al fine di un'oculata e razionale organizzazione dei lavori.
La senatrice ZAMPA (*PD-IDP*) segnala la volontà di intervenire di tutte le rappresentanti del proprio Gruppo, nonché la congruità delle convocazioni previste ai fini di una trattazione adeguata.
La senatrice GUIDOLIN (*M5S*) fa a sua volta presente l'intenzione di intervenire in discussione generale da parte dell'intera rappresentanza del suo Gruppo, a partire dall'odierna seduta pomeridiana.
Constatato che non ci sono richieste di intervento nella presente seduta, la PRESIDENTE dispone il rinvio del seguito dell'esame.
Il seguito dell'esame è quindi rinviato.
La seduta termina alle ore 11,35.

1.3.2.1.2. 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 97 (ant.) del 20/07/2023

collegamento al documento su www.senato.it

10ª Commissione permanente
(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)
GIOVEDÌ 20 LUGLIO 2023
97ª Seduta
Presidenza del Presidente
ZAFFINI

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Gemmato.
La seduta inizia alle ore 9,15.
IN SEDE REDIGENTE
(227) ***Maria Cristina CANTU' e altri. - Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria***
(726) ***Sandra ZAMPA e altri. - Disposizioni concernenti l'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria***
(Seguito della discussione del disegno di legge n. 227, congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 726 e rinvio)
Prosegue la discussione del disegno di legge n. 227, sospesa nella seduta del 23 maggio.
La relatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) specifica le finalità del disegno di legge n. 726, consistenti in primo luogo nel potenziamento della funzione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.
L'articolo 1 reca la disciplina relativa all'attività dei medici summenzionati, nell'ambito delle reti assistenziali predisposte sul territorio, nonché alle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale.
L'articolo 2 prevede l'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale ai contenuti del provvedimento.
Il successivo articolo 3 apporta alcune modifiche all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in tema di criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati, a fini di adeguamento ai contenuti del disegno di legge in discussione.
L'articolo 4 prevede, per i medici impegnati nel corso di formazione specifica in medicina generale, un periodo di formazione da effettuare anche in strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità. Viene inoltre introdotta una disciplina espressamente finalizzata ad affrontare la contingente carenza di medici di medicina generale, in attesa di una revisione del sistema di formazione specifica in medicina generale.
L'articolo 5 inserisce nella struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, oltre ai rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due componenti nominati dal Ministro della salute.
Gli articoli 6 e 7 recano, rispettivamente, la clausola di invarianza finanziaria e la clausola di

salvaguardia delle regioni a statuto speciale e delle province autonome.
In considerazione dell'affinità della materia, il presidente ZAFFINI propone, per il prosieguo dell'*iter*, l'abbinamento del disegno di legge n. 726 con il disegno di legge n. 227.
La Commissione conviene.
La relatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) suggerisce lo svolgimento di un ciclo di audizioni.
Il presidente ZAFFINI propone di trasmettere le segnalazioni riguardanti i soggetti da audire entro il termine delle ore 12 di giovedì 27 luglio.
La Commissione conviene.
Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.
IN SEDE REFERENTE
(790) ***Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus SARS-CoV-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2*** , approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Molinari e altri; Bignami e altri; Faraone e altri
(Seguito dell'esame e rinvio)
Prosegue l'esame, sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.
La senatrice PIRRO (*M5S*) riconosce l'utilità di un'attività di indagine relativamente alla gestione dell'emergenza pandemica, ricordando in particolare che già nella scorsa legislatura era stata rilevata la necessità di un potenziamento della medicina territoriale. Qualsiasi attività di indagine e di approfondimento non può peraltro evitare di approfondire la questione del ruolo svolto dalle regioni, che hanno costantemente preso parte alle attività di concertazione delle misure adottate e hanno anche adottato determinazioni, come quelle relative alle RSA, che hanno di fatto aggravato la pandemia. Le specifiche fragilità del sistema sanitario di ciascuna regione erano inoltre derivanti dalle politiche messe in atto da ciascun governo regionale. L'esperienza della pandemia è dunque rivelatrice del bisogno di una nuova riforma del Titolo V della Costituzione, finalizzata a ricalibrare la competenza statale in materia sanitaria.
Il senatore GUIDI (*Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE*) richiama la confusione dei ruoli tra politica e scienza verificatasi nel periodo della pandemia, che certo non è risultata utile alla popolazione in una situazione già di elevata complessità.
Ricorda quindi che, pur a fronte della riconosciuta possibilità di un'emergenza pandemica, la presidenza dell'Istituto superiore di sanità aveva deciso la soppressione del centro di epidemiologia, benché di elevata levatura scientifica e impegnato nella predisposizione di piani per la reazione a eventuali pandemie, ai livelli regionale e nazionale. Tale scelta ha quindi impedito di disporre di strumenti adeguati al verificarsi dell'emergenza.
La Commissione parlamentare d'inchiesta non può essere intesa come sostitutiva dell'autorità giudiziaria, né può avere la finalità di ricercare colpe e responsabilità, consistendo piuttosto in uno strumento utile a trarre dall'esperienza insegnamenti validi per una migliore preparazione rispetto a situazioni analoghe, in un contesto sociale e sanitario di elevata complessità.
La senatrice ZAMBITO (*PD-IDP*) osserva l'anomalia nel panorama internazionale costituita dalla scelta di procedere all'istituzione di una commissione d'inchiesta di natura politica. Nel Regno Unito le funzioni di indagine relativamente alla pandemia sono state per esempio affidate a una commissione tecnica.
La caratterizzazione politica dell'operato della maggioranza è inoltre attestata dalla scelta, incomprensibile nel merito, di escludere dall'ambito di indagine soggetti quali le regioni, nonostante il loro ruolo di primo piano nella risposta alla pandemia. Ciò ha inoltre posto in evidenza capacità di gestione fortemente differenziate, come dimostrato dai tempi differenti di attuazione dei piani di vaccinazione.
Il seguito dell'esame è quindi rinviato.
La seduta termina alle ore 9,55.

1.4. Trattazione in consultiva

1.4.1. Sedute

collegamento al documento su www.senato.it

1.4.2. Resoconti sommari

1.4.2.1. 4^ Commissione permanente (Politiche dell'Unione europea)

1.4.2.1.1. 4ªCommissione permanente (Politiche dell'Unione europea) - Seduta n. 56 (pom.) del 30/05/2023

collegamento al documento su www.senato.it

4ª Commissione permanente
(POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA)
MARTEDÌ 30 MAGGIO 2023
56ª Seduta
Presidenza del Presidente
TERZI DI SANT'AGATA

La seduta inizia alle ore 16.
IN SEDE CONSULTIVA
(227) ***Maria Cristina CANTU' e altri. - Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria***
(Parere alla 10a Commissione. Esame e rinvio)
La senatrice PELLEGRINO (*FdI*), relatrice, introduce l'esame del disegno di legge in titolo, che si propone di potenziare i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, incentrata sulla figura del medico di assistenza primaria, ovvero il medico di famiglia, organizzato in una Rete territoriale di "Salute globale" che opera attraverso le Case di comunità.
L'intervento si inserisce nell'ambito della Riforma 1 della Componente M6C1-1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, relativa alla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, volta a definire modelli e *standard* relativi all'assistenza territoriale, riforma che è già stata definita e strutturata con il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.
La Componente M6C1 del PNRR prevede, infatti, una serie di investimenti, tra cui l'Investimento 1.1: Case della comunità e presa in carico della persona, che prevede l'avvio di almeno 1.350 Case della comunità, e l'investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina, che consiste nell'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina e assistenza domiciliare, nel sostegno all'innovazione in campo sanitario.
Il disegno di legge è motivato anche dalla volontà di porre rimedio alle criticità emerse durante l'emergenza epidemiologica da Covid, sia sul versante organizzativo-strutturale che in termini di un importante investimento nel capitale umano e nella formazione, prevedendo adeguate regole di *governance* e misure di recupero in attrattività della professione medica di assistenza primaria, per un riequilibrio quantitativo e qualitativo del rapporto tra medici e assistiti, sancendo i contenuti qualificanti il nuovo ruolo e riorientando la convenzione per l'applicazione di modelli organizzativi, gestionali e formativi di promozione della salute, della prevenzione, della continuità dell'assistenza e cura, agendo in potenziamento dell'interazione tra territorio e presidio ospedaliero e considerando l'innovazione tecnologica digitale come motore di un effettivo miglioramento.
Il provvedimento si compone di 5 articoli.
L'articolo 1 istituisce la Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (*One Health*), composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria e integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate, nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati

ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di *screening* nell'età evolutiva.
La Rete è organizzata a livello distrettuale tramite forme organizzative monoprofessionali, denominate «aggregazioni funzionali territoriali» (AFT), nonché tramite le Case della Comunità. La Rete garantisce l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, per tutti i giorni della settimana e per tutti gli assistiti dei medici, singoli, associati o aggregati. A tal fine, l'assistenza primaria e pediatrica è assicurata dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì, mentre fino alle 24 è assicurata la continuità assistenziale del medico ad attività oraria (guardia medica). Dalle 24 alle 8 e negli altri giorni, l'assistenza primaria e di continuità è assicurata dalle regioni, sempre presso le Case della comunità.
La Rete è, inoltre, integrata con la centrale operativa del Numero Europeo Armonizzato, istituito in base alla decisione 2007/116/CE, come modificata dalla decisione 2009/884/CE, per le cure mediche non urgenti, anche in telemedicina, al fine di ridurre gli accessi ai pronto soccorso e potenziare la gestione domiciliare. I medici operano nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscano all'Ecosistema dei dati sanitari (Eds) basato sul sistema del fascicolo sanitario elettronico (FSE).
L'articolo 2, ai fini dell'implementazione della Rete "Salute globale", prevede modifiche all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilendo che le regioni organizzino, nell'ambito del distretto sanitario, le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) monoprofessionali e le Unità complesse di cure primarie (UCCP) multiprofessionali, attraverso personale convenzionato con il SSN. Per quanto non disciplinato dalla legge il rapporto contrattuale è regolato dagli accordi collettivi nazionali per i quali sono stabiliti una serie di principi direttivi.
Si stabilisce che l'attività ambulatoriale del medico presso il proprio studio non può essere inferiore a cinque ore al giorno per cinque giorni alla settimana e che le 38 ore settimanali sono completate con le visite domiciliari e le attività distrettuali. Ciascun medico non può avere più di 1.500 assistiti, con un numero ottimale di 1.000 assistiti per medico.
Sono poi stabilite disposizioni di accesso alla professione dell'assistenza primaria e in merito alla convenzione triennale che regola i rapporti con il SSN. Si interviene per ridefinire la struttura del compenso spettante al medico del ruolo unico di assistenza primaria, al fine di valorizzare il merito.
L'articolo 3 reca una serie di misure volte a sopperire alla carenza congiunturale di medici convenzionati, in cui si consente alle regioni di trattenere in servizio i medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali, per il periodo di attuazione del PNRR e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, e fino ai 73 anni di età. Possono inoltre esercitare l'assistenza primaria i laureati in medicina, abilitati, che abbiano svolto 3.200 ore nell'ambito delle strutture Covid. Per gli iscritti alla specializzazione di medicina generale, sono previste forme di tutoraggio e formazione presso le strutture sanitarie.
Per il periodo di attuazione del PNRR, e comunque sino al 31 dicembre 2026, gli enti locali provvedono a fornire in comodato d'uso ai medici neoincaricati, per la durata dell'incarico, un luogo idoneo all'esercizio delle funzioni, dotato di spazi, arredi, attrezzature, di sala d'attesa, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei e necessari per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria.
Quanto ai pediatri, per il periodo di attuazione del PNRR e comunque sino al 31 dicembre 2026 i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, potranno assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN.
A decorrere dall'anno 2024 l'importo delle borse di studio per la frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale è pari a 1.200 euro mensili.
L'articolo 4 contiene disposizioni di garanzia, coordinamento e adeguamento normativo, mentre l'articolo 5 individua le modalità di finanziamento del potenziamento della medicina territoriale.
La senatrice MALPEZZI (*PD-IDP*) richiama l'attenzione sulla necessità del rispetto delle competenze regionali in materia sanitaria, considerata la portata complessiva della riforma.
La relatrice PELLEGRINO (*FdI*) rassicura sul rispetto delle competenze regionali, richiamando anche il coinvolgimento della Conferenza Stato-regioni.

La senatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*), relatrice sul provvedimento in 10a Commissione, conferma che il disegno di legge si propone di potenziare la medicina territoriale, fondata sui medici di assistenza primaria, sui pediatri e i medici specialisti, in accordo con le regioni, per un'unica Sanità, detta appunto *One Health*, coordinata a livello nazionale.
Comunica inoltre che, presso la Commissione di merito si svolgeranno audizioni e che il provvedimento sarà probabilmente abbinato ad altri disegni di legge.
Il senatore ZANETTIN (*FI-BP-PPE*) concorda sulla qualificazione del provvedimento come legge quadro che, per le materie di competenza concorrente, stabilisce i principi fondamentali che saranno poi concretamente attuati dalle regioni.
Il seguito dell'esame è quindi rinviato.
ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA
Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alla qualità dell'aria ambiente e per un'aria più pulita in Europa (rifusione) (n. COM (2022) 542 definitivo)
(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 144, commi 1-*bis* e 6, del Regolamento, del progetto di atto legislativo dell'Unione europea, e rinvio)
Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 24 maggio.
La senatrice MURELLI (*LSP-PSd'Az*) propone una serie di modifiche allo schema di risoluzione presentato dalla relatrice, senatrice Bevilacqua, che evidenziano la necessità di consentire interventi diversificati a seconda delle particolarità delle diverse zone interessate dai fenomeni di inquinamento.
In particolare, al quarto capoverso propone di sopprimere le parole iniziali "il controllo del", riferendosi quindi direttamente all'inquinamento atmosferico. Inoltre, propone di sostituire l'affermazione secondo cui il problema affrontato dalla proposta non può essere affrontato in modo adeguato dagli Stati membri singolarmente, con l'affermazione secondo cui può essere affrontato in modo adeguato "attraverso il giusto bilanciamento tra le misure prese dai singoli Stati membri e un'azione coordinata a livello di Unione europea".
Al settimo capoverso, relativo al principio di sussidiarietà, dopo le parole "e pertanto è necessaria un'azione coordinata a livello europeo", propone di aggiungere "che lasci tuttavia un certo grado di flessibilità agli Stati membri per consentire di tenere in considerazione le singole specificità".
Al nono capoverso, relativo alla proroga prevista all'articolo 18, relativa al rispetto dei valori limite fissati, per la quale si suggerisce che non sia fissata in 5 anni, ma che sia modulabile in modo realistico, propone di aggiungere anche il riferimento "in particolare laddove risulti necessario realizzare interventi strutturali importanti".
Il senatore SENSI (*PD-IDP*) ritiene che i temi posti dalla senatrice Murelli, di natura politica, meritino un supplemento di riflessione, poiché andrebbero a modificare in punti importanti la risoluzione proposta dalla senatrice Bevilacqua.
La senatrice BEVILACQUA (*M5S*), relatrice, ritiene opportuno approfondire adeguatamente i punti sollevati.
Il senatore LOREFICE (*M5S*) si sofferma sul punto relativo alla flessibilità richiesta agli Stati membri.
Il presidente TERZI DI SANT'AGATA osserva come la diversità delle situazioni di fatto in cui versano le aree interessate dalla disciplina europea in esame possa meritare una richiesta di maggiore flessibilità per gli Stati membri maggiormente interessati.
Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.
IN SEDE CONSULTIVA
(685) *Conversione in legge del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, recante misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro*
(Parere alla 10a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)
Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 24 maggio.
Il senatore SATTA (*FdI*), relatore, illustra una nuova versione dello schema di parere, pubblicato in allegato, in cui, oltre ad essere soppresso il primo capoverso del dispositivo, è aggiunta l'integrazione relativa alla proposta di Raccomandazioni specifiche per Paese, che è stata pubblicata dalla Commissione europea il 24 maggio scorso, unitamente al *Country Report* pubblicato nella medesima

data.
In particolare, in tali documenti, si indica all'Italia di adottare, nel 2023 e 2024, misure volte a ridurre ulteriormente il cuneo fiscale sul lavoro, pur mantenendo la neutralità di bilancio, e si fa riferimento alla dinamica della produttività e alle politiche attive del lavoro.
Il seguito dell'esame è rinviato ad altra seduta.

Schema di decreto legislativo recante adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2021/784 relativo al contrasto della diffusione di contenuti terroristici *online* (n. 45)

(Osservazioni alla 2a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)
Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 25 maggio
Il presidente TERZI DI SANT'AGATA (*FdI*), relatore, illustra uno schema di osservazioni sull'atto del Governo in titolo, pubblicato in allegato.
In particolare, osserva che lo schema di decreto legislativo provvede ad adeguare l'ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2021/784 e a rispondere ai rilievi mossi dalla Commissione europea nella procedura di infrazione, aperta nei confronti dell'Italia, in relazione all'individuazione delle autorità competenti a emettere ed esaminare gli ordini di rimozione dei contenuti terroristici e a predisporre le norme volte a sanzionare le violazioni delle disposizioni del regolamento, e propone pertanto la formulazione di osservazioni favorevoli.
Il seguito dell'esame è quindi rinviato.
La seduta termina alle ore 16,30.

SCHEMA DI PARERE PROPOSTO DAL RELATORE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 685

La 4a Commissione,
esaminato il disegno di legge in titolo, che reca la conversione in legge del decreto-legge n. 48 del 4 maggio 2023, contenente una serie di misure per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro;
considerato che il capo I dispone la riforma delle misure di sostegno alla povertà e di inclusione attiva, con l'istituzione dell'assegno di inclusione e il supporto per la formazione e il lavoro;
considerato, in particolare, che gli articoli 2 e 12 prevedono, al momento della presentazione della domanda per l'assegno di inclusione o del supporto per la formazione e il lavoro, la residenza in Italia per almeno cinque anni, di cui gli ultimi due anni in modo continuativo;
ricordato, al riguardo, che il requisito della residenza è considerato anche nell'ambito della procedura di infrazione n. 2022/4024, avviata con la lettera di messa in mora del 15 febbraio 2023, in cui si afferma che, a norma del regolamento (UE) n. 492/2011 e della direttiva 2004/38/CE, le prestazioni di sicurezza sociale come il reddito di cittadinanza dovrebbero essere accessibili ai cittadini dell'UE, indipendentemente da dove abbiano soggiornato in passato, fatta salva la residenza legale in Italia da almeno tre mesi. Inoltre, secondo la Commissione europea, il requisito della residenza potrebbe ostacolare la libera circolazione nell'UE degli italiani che, se lasciassero l'Italia per motivi di lavoro, non avrebbero diritto al reddito minimo al loro rientro in Italia;
considerato, inoltre, che:
- il capo II (articoli da 14 a 18) reca interventi per il rafforzamento della sicurezza sul lavoro e di tutela contro gli infortuni, nonché di aggiornamento del sistema di controlli ispettivi;
- il capo III (articoli 19-38) reca ulteriori interventi in materia di politiche sociali e di lavoro, tra cui in particolare, l'articolo 19 che prevede un incremento della dotazione del Fondo nuove competenze, mediante l'impiego di risorse relative al periodo di programmazione 2021-2027 della politica di coesione europea;
- l'articolo 24 modifica la disciplina dei contratti di lavoro dipendente a tempo determinato nel settore privato, con riguardo alle cosiddette causali per l'ammissione a contratti superiori a dodici mesi (fino a ventiquattro mesi). Al riguardo si ricorda che, ai sensi del comma 1-*bis* dell'articolo 19 del decreto legislativo n. 81 del 2015, in caso di stipulazione di un contratto di durata superiore a dodici mesi in assenza di una delle causali, il contratto si trasforma in contratto a tempo indeterminato dalla data di

superamento del termine di dodici mesi;
- l'articolo 31 reca disposizioni per il completamento dell'attività di liquidazione della compagnia aerea Alitalia, con i connessi risvolti occupazionali, prevedendo che, nel completamento dell'attività liquidatoria, i proventi siano prioritariamente destinati al soddisfacimento dei crediti verso lo Stato, ivi inclusi i crediti da recupero di aiuti di Stato dichiarati illegittimi dalla Commissione europea;
- l'articolo 38 reca disposizioni relative al trattamento giuridico ed economico degli ex lettori di lingua straniera, modificando a tal fine la legge europea 2017 (legge n. 167 del 2017). In particolare, si prevedono modifiche sia di natura procedurale sia di natura sanzionatoria a carico degli atenei statali inadempienti rispetto all'obbligo di ricostruzione di carriera degli ex lettori di lingua. Tali modifiche legislative vengono introdotte a seguito dello stato di avanzamento della procedura di infrazione n. 2021/4055 allo stadio del parere motivato ex articolo 258 del TFUE, emesso il 26 gennaio 2023;
ricordato che la direttiva (UE) 2022/2041, relativa a salari minimi adeguati nell'Unione europea, entrata in vigore nel novembre 2022, dovrà essere recepita entro il 15 novembre 2024;
tenuto conto del Pilastro europeo dei diritti sociali, proclamato dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione il 17 novembre 2017, che al punto 4 proclama che "*ogni persona ha diritto [...] a ricevere un sostegno per la ricerca di un impiego, la formazione e la riqualificazione*" e al punto 14 che "*chiunque non disponga di risorse sufficienti ha diritto a un adeguato reddito minimo che garantisca una vita dignitosa in tutte le fasi della vita e l'accesso a beni e servizi. Per chi può lavorare, il reddito minimo dovrebbe essere combinato con incentivi alla (re)integrazione nel mercato del lavoro*", nonché della connessa raccomandazione del Consiglio, del 30 gennaio 2023, relativa a un adeguato reddito minimo che garantisca l'inclusione attiva (2023/C 41/01) e delle indicazioni sul lavoro contenute nella raccomandazione specifica per l'Italia 2023 (COM(2023) 612) e nella relazione 2023 relativa all'Italia (SWD(2023) 612);
valutato che il provvedimento non presenta profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea,
esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo, con le seguenti osservazioni:
in riferimento al limite temporale, stabilito all'articolo 3, di un periodo continuativo non superiore a 18 mesi, rinnovabile previa sospensione di 1 mese, per periodi ulteriori di 12 mesi, si valuti l'opportunità di chiarire se esistano limiti al numero di rinnovi possibili;
in riferimento all'articolo 11, che istituisce l'Osservatorio sulle povertà e reca disposizioni in merito al coordinamento, al monitoraggio e alla valutazione sull'efficacia dell'assegno di inclusione e del supporto per la formazione e il lavoro, si valuti l'opportunità di prevedere la presentazione di una relazione alle Camere sui risultati ottenuti dall'applicazione dei due strumenti, anche con riferimento ai requisiti di accesso e all'impianto sanzionatorio previsto in caso di fruizione illegittima, e in termini di numero dei beneficiari e di congruità dell'entità del beneficio;
a tale riguardo, e in vista dell'attuazione alla direttiva (UE) 2022/2041 sul salario minimo, si valuti l'opportunità di affrontare anche il tema del contrasto al fenomeno della contrattazione collettiva cosiddetta pirata, per assicurare ai lavoratori un salario superiore al 60 per cento del salario lordo mediano o del 50 per cento del salario lordo medio, come indicato nella direttiva;
in riferimento alla raccomandazione specifica per l'Italia relativa al 2023, si evidenzia che questa indica all'Italia di adottare, nel 2023 e 2024, misure volte a ridurre ulteriormente il cuneo fiscale sul lavoro, che rimane elevato a tutti i livelli di reddito rispetto ad altri Stati membri dell'UE. Tale riduzione dovrebbe essere attuata mantenendo la neutralità di bilancio con il ricorso ad altre fonti di copertura meno penalizzanti per la crescita, come i beni immobili, l'IVA e l'autorizzazione per l'uso di beni demaniali costieri. La dinamica della produttività del lavoro resta una questione primaria, ma si prevede un suo graduale miglioramento, grazie all'attuazione delle riforme e degli investimenti contenuti nel PNRR. Permangono inoltre problemi strutturali nel mercato del lavoro, sebbene questo abbia dimostrato resilienza durante la crisi pandemica anche grazie al sostegno delle politiche pubbliche. Al riguardo, le riforme e gli investimenti del PNRR sono destinati a migliorare le politiche attive del mercato del lavoro, a contrastare il lavoro non dichiarato e a promuovere l'inclusione sociale delle persone vulnerabili.

SCHEMA DI OSSERVAZIONI PROPOSTO DAL RELATORE SULL'ATTO DEL GOVERNO N. 45

La 4ª Commissione permanente,
esaminato lo schema di decreto legislativo in titolo, recante le disposizioni necessarie ad adeguare l'ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2021/784, relativo al contrasto della diffusione di contenuti terroristici *online*, in forza della delega legislativa prevista dall'articolo 15 della legge 4 agosto 2022, n. 127 (legge di delegazione europea 2021)*;*
tenuto conto della procedura di infrazione n. 2022/2122, attualmente allo stadio della messa in mora, aperta nei confronti dell'Italia, ai sensi dell'articolo 258 del TFUE, per non aver provveduto - entro la data del 7 giugno 2022 - all'individuazione delle autorità competenti a emettere ed esaminare gli ordini di rimozione dei contenuti terroristici (articolo 12 del regolamento), nonché alla predisposizione delle norme volte a sanzionare le violazioni delle disposizioni del regolamento (in base all'articolo 18);
valutato che lo schema di decreto legislativo provvede ad adeguare l'ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2021/784 e a rispondere ai rilievi mossi dalla Commissione europea nella citata procedura di infrazione in relazione all'individuazione delle autorità competenti a emettere ed esaminare gli ordini di rimozione dei contenuti terroristici e a predisporre le norme volte a sanzionare le violazioni delle disposizioni del regolamento,
formula, per quanto di competenza, osservazioni favorevoli.

1.4.2.1.2. 4ªCommissione permanente (Politiche dell'Unione europea) - Seduta n. 80 (ant.) del 25/07/2023

collegamento al documento su www.senato.it

4ª Commissione permanente
(POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA)
MARTEDÌ 25 LUGLIO 2023
80ª Seduta
Presidenza del Presidente
TERZI DI SANT'AGATA

La seduta inizia alle ore 11,15.
IN SEDE CONSULTIVA
(227) ***Maria Cristina CANTU' e altri. - Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria***
(726) ***Sandra ZAMPA e altri. - Disposizioni concernenti l'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria***
(Parere alla 10a Commissione. Seguito dell'esame del disegno di legge n. 227, congiunzione con l'esame del disegno di legge n. 726, e rinvio)
Prosegue l'esame del disegno di legge n. 227, sospeso nella seduta del 30 maggio.
Il PRESIDENTE, in considerazione dell'omogeneità della materia, propone di proseguire l'esame del disegno di legge n. 227, congiuntamente con il disegno di legge n. 726.
La senatrice PELLEGRINO (*FdI*), relatrice, condivide la proposta di congiunzione.
La Commissione conviene.
Il seguito dell'esame congiunto è quindi rinviato.
(797) ***Delega al Governo per la riforma fiscale*** , approvato dalla Camera dei deputati
(Parere alla 6a Commissione. Esame e rinvio)
Il senatore MATERA (*FdI*), relatore, illustra il disegno di legge d'iniziativa governativa, collegato alla manovra di bilancio, che delega il Governo alla riforma fiscale. Il provvedimento consta di 20 articoli.
L'articolo 1, in particolare, delega il Governo ad adottare, entro 24 mesi, decreti legislativi di revisione del sistema tributario, adottati nel rispetto dei principi costituzionali, dell'ordinamento dell'Unione europea e del diritto internazionale, e sulla base dei principi e criteri direttivi generali di cui agli articoli 2 e 3 e dei principi e criteri direttivi specifici di cui agli articoli da 4 a 18.
L'articolo 2 individua i principi generali di delega, tra cui che la riforma sia diretta a produrre uno stimolo della crescita economica e della natalità, la prevenzione e riduzione dell'evasione e dell'elusione fiscale, una riduzione del carico fiscale, una semplificazione degli adempimenti per i contribuenti, un trattamento favorevole per le persone con disabilità e l'applicazione dei principi e criteri direttivi generali di cui alla legge sul federalismo fiscale.
L'articolo 3 reca i principi e criteri direttivi relativi agli aspetti internazionali e sovranazionali del sistema tributario, con particolare riferimento all'adeguamento dell'ordinamento tributario nazionale agli standard di protezione dei diritti stabiliti dal diritto dell'Unione europea, alle raccomandazioni dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico nell'ambito del progetto BEPS (*base erosion and profit shifting*) contro l'erosione della base imponibile, alla migliore prassi internazionale e alle convenzioni sottoscritte dall'Italia per evitare le doppie imposizioni. Per effetto

delle modifiche apportate dalla Camera dei deputati è stato previsto di recepire la direttiva (UE) 2022/2523 che stabilisce un livello di imposizione fiscale minimo globale per i gruppi multinazionali di imprese e i gruppi nazionali su larga scala nell'Unione. Si prevede poi di semplificare e razionalizzare il regime delle società estere controllate (*controlled foreign companies*), rivedendo i criteri di determinazione dell'imponibile assoggettato a tassazione in Italia.
L'articolo 4 stabilisce che il Governo, nell'esercizio della delega per la revisione del sistema fiscale, osservi una serie di principi e criteri direttivi per la revisione dello Statuto dei diritti del contribuente.
L'articolo 5 contiene i principi e i criteri direttivi in materia di IRPEF (Imposta sul reddito delle persone fisiche), per la sua graduale riduzione, nel rispetto del principio di progressività e del graduale raggiungimento di un'aliquota unica, tenendo conto di alcuni elementi tra cui la composizione del nucleo familiare, la tutela del bene casa, della salute e dell'istruzione. Con le modifiche approvate dalla Camera dei deputati, la cosiddetta *flat tax* incrementale, originariamente prevista in via generalizzata dal disegno di legge, è stata limitata agli straordinari superiori a una determinata soglia, alla tredicesima e ai premi di produttività. Inoltre, la cedolare secca è stata estesa agli immobili adibiti ad uso diverso da quello abitativo, qualora il conduttore sia un esercente, una attività d'impresa, o di arti e professioni.
L'articolo 6 reca i princìpi e i criteri direttivi per la revisione del sistema di imposizione sui redditi delle società e degli enti. In sintesi, a seguito delle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati, si prevede, oltre alla semplificazione dell'allineamento tra valori civilistici e fiscali, un doppio regime agevolato rispetto all'IRES (Imposta sui redditi delle società) ordinaria: accanto all'aliquota ordinaria (attualmente pari al 24 per cento) infatti, in sostituzione del principio di delega originariamente previsto alla lettera a), si prevedono due regimi di vantaggio complementari. Il primo prevede la riduzione dell'aliquota dell'IRES nel caso in cui sia impiegata in investimenti in nuove assunzioni o in schemi stabili di partecipazione dei dipendenti agli utili. Il secondo prevede incentivi fiscali sui predetti investimenti, anche attraverso il potenziamento dell'ammortamento e della maggiorazione della deducibilità dei relativi costi.
L'articolo 7 reca i principi e criteri direttivi specifici per la revisione dell'IVA (Imposta sul valore aggiunto), prevedendo una ridefinizione dei presupposti dell'imposta, anche al fine di renderli più aderenti alla normativa dell'Unione europea.
L'articolo 8 stabilisce principi e criteri direttivi specifici volti a realizzare il graduale superamento dell'imposta regionale sulle attività produttive IRAP (Imposta regionale sulle attività produttive), indicando le priorità di attuazione dell'intervento.
L'articolo 9 prevede principi di semplificazione dei criteri di determinazione del reddito d'impresa, degli incentivi alle imprese e della fiscalità di vantaggio. Sono stabiliti principi e criteri direttivi con riferimento ai redditi delle imprese che accedono agli istituti disciplinati dal codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza, alle società "di comodo", nonché con riferimento ai regimi agevolativi per gli enti del Terzo settore e alle misure fiscali per gli enti sportivi. Nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati sono stati introdotti ulteriori princìpi di delega, volti anche a favorire lo sviluppo economico del Mezzogiorno e la riduzione del divario territoriale, nonché a favorire la permanenza e il rientro in Italia di studenti ivi formati.
L'articolo 10 specifica i principi e i criteri direttivi specifici relativi ai tributi indiretti diversi dall'Iva, con particolare riferimento all'imposta di registro, imposta sulle successioni e donazioni e imposta di bollo.
L'articolo 11 reca i principi e i criteri direttivi specifici a cui il Governo è tenuto ad attenersi per la revisione della disciplina doganale, attraverso il riassetto del quadro normativo in materia doganale, il completamento della telematizzazione delle procedure e degli istituti doganali, il potenziamento dello Sportello unico doganale e dei controlli ed il riordino delle procedure di liquidazione, accertamento, revisione dell'accertamento e riscossione.
L'articolo 12 reca i principi e criteri direttivi per l'attuazione della delega con riferimento alle accise e alle altre imposte indirette sulla produzione e sui consumi, in modo da tener conto dell'impatto ambientale di ciascun prodotto, la promozione della produzione di energia elettrica, di gas metano o di

gas naturale o di altri gas ottenuti da biomasse o altre risorse rinnovabili e la rimodulazione della tassazione sui prodotti energetici impiegati per la produzione di energia elettrica per incentivare l'uso di quelli più compatibili con l'ambiente intervenendo inoltre sui sussidi ambientalmente dannosi. Nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati è stato introdotto un principio di delega concernente il divieto di vendita a distanza di prodotti da inalazione contenenti nicotina e che la consegna di tali prodotti in ogni caso avvenga esclusivamente presso una rivendita autorizzata di tabacchi ovvero presso i soggetti autorizzati alla vendita dei prodotti da inalazione senza combustione costituiti da sostanze liquide.
L'articolo 13, reca i principi e i criteri direttivi in materia di giochi, anche a tutela dei soggetti più vulnerabili e alla prevenzione e cura della patologia da gioco.
L'articolo 14 contiene undici principi e criteri direttivi relativi alla revisione generale dei procedimenti dell'amministrazione finanziaria e degli adempimenti dei contribuenti, in un'ottica di semplificazione.
L'articolo 15 indica principi e criteri direttivi specifici per la semplificazione dell'attività di accertamento nei confronti dei contribuenti.
L'articolo 16 reca i principi e i criteri direttivi specifici per la revisione del sistema nazionale della riscossione che assicuri una maggiore efficacia, imparzialità ed efficienza, con il progressivo superamento dello strumento del ruolo e della cartella di pagamento.
L'articolo 17 reca i principi e i criteri direttivi per la revisione della disciplina e dei processi tributari, con particolare riguardo al rafforzamento agli istituti deflattivi del contenzioso, all'implementazione del processo di informatizzazione della giustizia tributaria nonché intervenendo su alcuni aspetti procedurali e organizzativi.
Con l'articolo 18 si prevedono principi e criteri direttivi per la revisione del sistema sanzionatorio tributario, amministrativo e penale, in materia di imposte sui redditi, di imposta sul valore aggiunto, di altri tributi erariali indiretti e di tributi degli enti territoriali.
L'articolo 19 delega al riordino organico delle disposizioni che regolano il sistema tributario, mediante la redazione di testi unici per la codificazione della normativa fiscale e detta i principi e i criteri direttivi.
Infine, l'articolo 20 reca le disposizioni finanziarie, rinviando al momento della redazione dei decreti legislativi per la quantificazione e la copertura degli eventuali oneri sulla finanza pubblica e per la valutazione degli effetti sulla pressione fiscale.
Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2021/1883, sulle condizioni di ingresso e soggiorno dei cittadini di Paesi terzi che intendano svolgere lavori altamente qualificati, e che abroga la direttiva 2009/50/CE (n. 53)

(Osservazioni alla 1a Commissione. Esame e rinvio)
Il senatore SCURRIA (*FdI*), relatore, illustra lo schema di decreto legislativo in titolo, il quale dà attuazione alla direttiva (UE) 2021/1883, sulle condizioni di ingresso e di soggiorno di cittadini di Paesi terzi che intendano svolgere lavori altamente qualificati, che abroga la direttiva 2009/50/CE.
La direttiva, aggiornando i requisiti e le esistenti procedure finalizzate al rilascio del titolo di soggiorno, ha l'obiettivo di ampliare i presupposti, oggettivi e soggettivi, per il rilascio della Carta blu UE ai lavoratori stranieri altamente qualificati.
Il decreto in esame novella a tal fine il decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 108, e si compone di due articoli.
In particolare, l'articolo 1, comma 1, lettera *a)*, modifica i requisiti oggettivi di accesso previsti all'articolo 27-*quater*, comma 1, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.
Con le nuove disposizioni, possono fare ingresso in Italia i lavoratori stranieri altamente qualificati che posseggano, in alternativa: un titolo di istruzione superiore di livello terziario rilasciato dall'autorità competente del Paese dove è stato conseguito, che attesti il completamento di un percorso di istruzione superiore di durata almeno biennale o di una qualificazione professionale di livello *post* secondario di durata almeno biennale o corrispondente almeno al livello 5 del Quadro Nazionale delle Qualificazioni; i requisiti previsti dal decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 206, limitatamente

all'esercizio di professioni regolamentate; una qualifica professionale superiore attestata da almeno cinque anni di esperienza professionale di livello paragonabile ai titoli d'istruzione superiori di livello terziario, pertinenti alla professione o al settore specificato nel contratto di lavoro o all'offerta vincolante; una qualifica professionale superiore attestata da almeno tre anni di esperienza professionale pertinente acquisita nei sette anni precedenti la presentazione della domanda di Carta blu UE, per quanto riguarda dirigenti e specialisti nel settore delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Le lettere *b)*, *c)* e *d)* modificano e abrogano talune disposizioni del comma 3, che individua le categorie di stranieri cui non si applicano le disposizioni in oggetto.

Le lettere *e)*, *f)* e *g)* innovano il comma 5, concernente gli allegati alla domanda di nulla osta al lavoro che il datore di lavoro presenta allo sportello unico dell'immigrazione, aggiornandolo alle disposizioni della direttiva.

La lettera *h)* aggiunge due nuovi commi, il comma 5-*bis* e il comma 5-*ter*, i quali prevedono che, qualora la domanda di Carta blu UE riguardi un cittadino di Paese terzo titolare di altro titolo di soggiorno, rilasciato ai fini dello svolgimento di un lavoro altamente qualificato, egli non sia tenuto a dimostrare i requisiti di natura oggettiva di cui al comma 1 e, in deroga all'articolo 22, comma 2, il datore di lavoro non sia tenuto a verificare presso il centro dell'impiego competente la disponibilità di un lavoratore presente sul territorio nazionale.

La lettera *i)* abroga il comma 7.

La lettera *l)* modifica il comma 8, prevedendo che, qualora il datore di lavoro sia stato riconosciuto tramite sottoscrizione del protocollo d'intesa con il Ministero dell'interno, sentito il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al lavoratore straniero altamente qualificato sia rilasciato dal Questore il permesso di soggiorno entro 30 giorni dall'avvenuta comunicazione.

La lettera *m)* aggiunge i commi 11-*bis* e 11-*ter*, che aggiornano il campo delle "annotazioni" della Carta blu UE al fine di includere sia i beneficiari di protezione internazionale, sia coloro in possesso delle competenze professionali non elencate nell'allegato I della direttiva (UE) 2021/1883.

La mancanza, alternativamente, delle condizioni previste al comma 5, lettere *b)* e *c)*, o di un contratto di lavoro valido per un lavoro altamente qualificato costituisce un'ulteriore ipotesi di mancato rilascio del permesso (lettera *n)*); in tali casi, si specifica che qualsiasi decisione di revocare una Carta blu UE o di rifiutarne il rinnovo deve tener conto delle specifiche circostanze del caso, rispettando il principio di proporzionalità (lettera o*)*).

La lettera *p)* riduce a dodici mesi il termine previsto dal comma 13, concernente l'arco temporale entro il quale il lavoratore altamente qualificato è vincolato a esercitare attività lavorative conformi alle condizioni per le quali è stata rilasciato il titolo di soggiorno.

La lettera *q)* introduce i commi 13-*bis* e 13-*ter*, secondo i quali il titolare di Carta blu UE, durante il periodo di disoccupazione, è autorizzato a cercare e assumere un impiego in conformità alle condizioni che sottostanno al rilascio della Carta blu UE e può esercitare, in parallelo all'attività subordinata altamente qualificata, un'attività di lavoro autonomo.

La lettera *r)* riduce ai primi dodici mesi il termine, di cui al comma 15, che limita l'accesso al mercato del lavoro.

La lettera *s)* aggiunge al comma 16 la possibilità di convertire il permesso di soggiorno per motivi familiari in permesso di soggiorno per lavoro subordinato, per lavoro autonomo o per studio, sussistendone i requisiti, nonché la possibilità del rilascio contestuale del titolo di soggiorno al lavoratore altamente qualificato e ai suoi familiari, come previsto dall'articolo 17, paragrafo 4, della direttiva.

La lettera *t)* sostituisce il comma 17, il quale prevede ora che lo straniero titolare di Carta blu UE rilasciata da altro Stato membro e in corso di validità possa fare ingresso e soggiornare in Italia per svolgere un'attività professionale per un periodo massimo di novanta giorni in un arco temporale di centottanta giorni.

Infine, la lettera *u)* aggiunge i commi 18-*bis*, 18-*ter* e 18-*quater*, relativi ai compiti dei Ministeri competenti, ovvero del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'interno e del

Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, come la pubblicazione sui siti istituzionali delle informazioni su requisiti e procedure per ottenere una Carta blu UE, le comunicazioni obbligatorie annuali alla Commissione europea, lo scambio di informazioni con gli altri Stati membri.
L'articolo 2 reca la clausola di invarianza finanziaria.
Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

(791) ***Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2022***
(792) ***Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2023***

(Parere alla 5a Commissione. Esame congiunto e rinvio)
Il presidente TERZI DI SANT'AGATA, in sostituzione della senatrice Murelli, relatrice, introduce l'esame del disegno di legge di rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2022, e del disegno di legge di assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2023.
In particolare, gli articoli 1, 2 e 3 del disegno di legge di rendiconto espongono i risultati complessivi relativi alle amministrazioni dello Stato per l'esercizio finanziario 2022, con entrate complessive pari a circa 1.018 miliardi di euro, spese per quasi 1.103 miliardi e un disavanzo della gestione di competenza di circa 85 miliardi di euro.
L'articolo 4 espone la complessiva situazione finanziaria del conto del Tesoro, che evidenzia, al 31 dicembre 2022, un disavanzo di 441,4 miliardi di euro.
L'articolo 5 reca l'approvazione dell'Allegato n. 1 contenente l'elenco dei decreti con i quali sono stati effettuati nel 2022 prelevamenti dal "Fondo di riserva per le spese impreviste".
L'articolo 6 espone la situazione patrimoniale dello Stato al 31 dicembre 2022, di cui al conto generale del patrimonio, da cui risultano attività per un totale di circa 1.041,3 miliardi di euro e passività per un totale di circa 3.636 miliardi, con una eccedenza passiva di 2.595 miliardi di euro.
L'articolo 7 dispone l'approvazione del Rendiconto generale delle Amministrazioni dello Stato secondo le risultanze indicate negli articoli precedenti.
L'analisi del contenuto del disegno di legge mostra che la gestione di competenza ha fatto conseguire nel 2022 un generale miglioramento di tutti i saldi rispetto all'esercizio 2021 e in particolare del saldo netto da finanziare, dato dalla differenza fra le entrate finali e le spese finali (ovvero entrate e spese complessive al netto dell'accensione di prestiti), che presenta nel 2022 un valore negativo di circa 129,6 miliardi, con un miglioramento di oltre 58,1 miliardi rispetto al saldo registrato nel 2021.
I limiti massimi fissati dalla legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) per il saldo netto da finanziare e per il ricorso al mercato, come ridefiniti da ultimo con il decreto-legge n. 176 del 2022, rispettivamente in 251 e 528,35 miliardi di euro in termini di competenza, sono stati rispettati dai risultati della gestione finanziaria 2022.
Per quanto riguarda il disegno di legge di assestamento, esso provvede ad aggiornare, per l'anno 2023, le previsioni di entrata e gli stanziamenti di spesa, in relazione al quadro macroeconomico definito nel Documento di economia e finanza 2023, nonché agli andamenti di bilancio e di finanza pubblica, e alle ulteriori esigenze di gestione, rispetto a quanto già considerato nella legge di bilancio per il triennio 2023-2025, segnalate dalle amministrazioni centrali dello Stato per l'esercizio finanziario in corso.
In particolare, l'articolo 1 (articolo unico) introduce nella legge di bilancio per l'anno 2023 (legge n. 197 del 2022) le occorrenti variazioni degli stanziamenti degli stati di previsione esposte nelle tabelle annesse al disegno di legge.
Nella tabella n. 2, relativa al MEF, nell'ambito della Missione n. 4 "l'Italia in Europa e nel mondo" si prevede: una riduzione dello stanziamento di 1,24 miliardi di euro, a valere sul capitolo relativo alle risorse proprie RNL (reddito nazionale lordo), derivante da un incremento del gettito delle risorse proprie tradizionali, della risorsa IVA e della risorsa basata sulla plastica, nonché per la revisione delle basi imponibili degli anni precedenti e per il *surplus* registrato nel bilancio UE 2022; una riduzione di 300 milioni di euro nell'ambito delle somme da versare a titolo di risorse proprie tradizionali dell'UE, tenuto conto dell'andamento dei dati registrati nei primi mesi dell'anno e delle previsioni della Commissione europea; una riduzione di circa 10,4 milioni di euro, nell'ambito del fondo per il

recepimento della normativa europea, determinata da atti normativi già emanati; un aumento di circa 7,2 milioni di euro per il pagamento degli oneri finanziari derivanti dalle sentenze di condanna della Corte di giustizia dell'UE.

I provvedimenti in titolo non presentano profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle 11,45.

Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (https://www.senato.it) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.