

## Proposta di legge di iniziativa popolare

### **Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale**

#### **Art. 1**

##### **Finalità, principi fondamentali e governo pubblico del Servizio sanitario nazionale**

1. La presente legge, nel rispetto dei principi dell'articolo 32 nonché degli articoli 2, 3, 5, 9 e 41 della Costituzione e dei principi e degli obiettivi di cui agli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, reca disposizioni per rendere effettivo e universale il diritto alla tutela della salute della popolazione e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone presenti sul territorio nazionale secondo le norme dello Stato, attraverso interventi volti ad arrestare il declino del Servizio sanitario nazionale, Ssn, e promuoverne il progressivo rafforzamento. Le finalità sono perseguite disponendo interventi negli ambiti prioritari in cui le barriere all'accesso sono maggiori e riconoscendo il valore del lavoro di chi tutela e promuove salute, assiste e cura.
2. Il governo pubblico del Ssn, garantito da Stato, regioni ed enti locali, definisce i criteri generali di organizzazione e di funzionamento dei servizi e delle attività di promozione della salute, di prevenzione e di cura, garantisce la partecipazione del personale, dei cittadini, delle organizzazioni sindacali, della società civile e del terzo settore no profit alla programmazione delle attività, alla valutazione dei risultati e al miglioramento della qualità dei servizi. I comuni e gli altri enti locali concorrono alla programmazione sanitaria e alla verifica dei risultati a livello regionale e locale. La sostenibilità del Ssn non può essere garantita attraverso il secondo pilastro.
3. La competenza regionale in tema di programmazione e organizzazione dei servizi nella materia della tutela della salute comprende la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Nell'assistenza ospedaliera sono inclusi altresì gli ospedali di rilievo nazionale e interregionale, secondo specifiche forme di coordinamento con il livello statale definite con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
4. Le disposizioni di cui alla legge 26 giugno 2024 n. 86, recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione", non si applicano alle funzioni relative alla materia "tutela della salute".

#### **Art. 2**

##### **Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale**

1. L'ammontare del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è previsto in aumento a partire dal 2027 fino a raggiungere nel 2030 un livello non inferiore al 7,5 per cento del Prodotto interno lordo nominale dell'anno di riferimento. Il finanziamento è destinato a garantire l'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali ad elevata integrazione sanitaria.
2. Il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è progressivamente incrementato fino a raggiungere almeno il 6,50 per cento del Pil nel 2027, almeno il 6,85 per cento nel 2028, almeno il 7,10 per cento nel 2029 e il 7,50 per cento a decorrere dal 2030. Il finanziamento non può mai prevedere un valore assoluto inferiore a quello dell'anno precedente, indipendentemente dall'evoluzione della spesa per il settore della difesa.
3. L'incremento del finanziamento di cui al presente articolo è interamente destinato al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura direttamente erogati dalle strutture pubbliche del Ssn. Le regioni e le province autonome provvedono a non superare i livelli di spesa dell'anno 2024 per gli accordi e i contratti di fornitura delle prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati.

#### **Art. 3**

##### **Rafforzamento e valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale**

1. La Repubblica riconosce il valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura e promuove interventi per la valorizzazione del personale del Ssn, quale elemento indispensabile per la tutela della salute e del benessere della popolazione, nel rispetto dell'articolo 36 della Costituzione.
2. La spesa per il personale del Ssn non è soggetta ad alcun tetto o vincolo; è abrogata ogni disposizione in contrasto o incompatibile con quanto previsto dalla presente legge, comprese quelle che limitano l'incremento dei fondi contrattuali.
3. La programmazione nazionale e regionale e l'organizzazione delle aziende e degli enti del Ssn assicurano

## Proposta di legge di iniziativa popolare

l'adeguamento degli organici, anche in relazione al potenziamento dell'assistenza territoriale, la qualificazione del personale e la valorizzazione del lavoro sulla base dei seguenti principi e criteri:

- a) promozione della salute delle persone attraverso processi di educazione sanitaria della popolazione in riferimento ai fondamentali determinanti di salute: relazioni familiari e sociali, lavoro, istruzione, cultura, ambiente, infrastrutture. In tal senso deve essere favorito il valore sociale degli operatori sanitari, sia nei percorsi formativi, sia attraverso politiche di integrazione con i comuni e con i distretti socio sanitari;
- b) tempestiva presa in carico ed erogazione delle prestazioni e dei servizi secondo i principi di universalità, equità e globalità dell'assistenza del Ssn;
- c) appropriato impiego e orientamento di tutte le professionalità operanti nell'ambito delle aziende e degli enti del Ssn in continuità con i servizi sociali;
- d) promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e pieno rispetto delle norme in materia di organizzazione dell'orario di lavoro;
- e) programmazione pluriennale nell'ambito del piano triennale dei fabbisogni di cui all'art. 6 del D.lgs. n. 165 del 2001.

4. Entro il 31 marzo 2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, in accordo con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri generali per la determinazione del fabbisogno di personale delle aziende e degli enti del Ssn. Entro il 31 maggio 2027, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali di fabbisogno del personale secondo i nuovi criteri e nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale, e li trasmettono al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze. Nelle more della determinazione dei nuovi criteri, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali nel rispetto dei principi e criteri di cui al comma 3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, dispone con proprio decreto, entro il 30 giugno 2027, la quota di finanziamento per l'assunzione del personale per ciascuna regione e provincia autonoma in relazione alle carenze di personale evidenziate.

5. La contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale, per quanto di rispettiva competenza, orientano le scelte di carattere normativo ed economico nel senso di favorire gli obiettivi di cui alla presente legge. Al fine di adeguare le retribuzioni tabellari del personale dipendente del Ssn, renderle attrattive rispetto al contesto europeo, contrastare la migrazione di professionisti e superare la precarietà, gli stanziamenti per i rinnovi dei contratti collettivi nazionali della sanità garantiscono le adeguate risorse.

6. Nell'ambito del contratto collettivo nazionale del comparto di specifica afferenza, per il personale dipendente del profilo sanitario e sociosanitario delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale di proprietà pubblica, è prevista un'apposita sezione contrattuale al fine di equipararne il trattamento economico e normativo a quello delle corrispondenti professionalità operanti nelle aziende e negli enti del Ssn. I maggiori oneri trovano copertura in occasione del finanziamento per il rinnovo dei contratti collettivi nazionali secondo quanto previsto dall'art. 48 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

7. Gli accordi contrattuali con le strutture accreditate di diritto privato, così come per gli enti della società civile e del privato sociale che operano nel settore socio sanitario, sono condizionati all'applicazione di un contratto collettivo nazionale che preveda un trattamento economico e normativo equiparato a quello delle corrispondenti professionalità delle aziende e degli enti del Ssn.

### **Art. 4**

#### **Adeguamento e qualificazione del personale del Servizio sanitario nazionale**

1. Il Ministro della salute e il Ministro dell'università e della ricerca, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, promuovono l'accesso ai percorsi formativi e sostengono la valorizzazione delle professioni sanitarie, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera delle professioni sanitarie del Ssn, anche attraverso l'acquisizione di competenze avanzate, nonché di comunicazione delle nuove opportunità occupazionali in relazione al potenziamento del Ssn. Il Ministro della salute, il Ministro dell'università e della ricerca, le regioni e le province autonome promuovono la valorizzazione del Ssn e dei suoi professionisti. Il Ssn assicura le risorse necessarie per garantire a tutto il personale impegnato nella tutela della salute una formazione indipendente e scevra da conflitti di interesse.
2. Al fine di rafforzare la dotazione del personale del Ssn, le regioni e le province autonome nell'arco di tre anni procedono all'adeguamento del personale attraverso assunzioni a tempo indeterminato delle unità

## Proposta di legge di iniziativa popolare

necessarie, al netto del turn over, a coprire i piani di fabbisogno di personale di cui all'articolo 3, compreso il rafforzamento degli organici dei servizi territoriali.

3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e il Ministro dell'economia e delle finanze, dispone con proprio decreto, entro 60 giorni dalla data di approvazione della presente legge, per gli iscritti ai corsi di laurea infermieristica l'esonero, per la durata dell'intero corso di studi, del pagamento delle tasse universitarie e le relative modalità di compensazione economica agli atenei interessati. L'esonero è riconosciuto agli studenti che maturano nel corso dell'anno non meno del 75 per cento dei crediti formativi previsti. La misura è valida fino all'anno accademico 2035-2036.

4. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è istituita la Scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e di cure primarie. Il trattamento economico corrisposto ai medici iscritti alla Scuola è equiparato a quello previsto per i medici iscritti alle altre Scuole di formazione specialistica.

5. I titolari del diploma di specializzazione di cui al comma 4 accedono mediante concorso pubblico alla dirigenza medica dell'area sanità del Ssn. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il Ssn, nonché gli specialisti ambulatoriali interni al Ssn, possono optare per il passaggio al ruolo della dirigenza medica dell'area sanità secondo modalità di inquadramento stabilite da uno specifico accordo collettivo nazionale di equiparazione, sezione contrattuale del CCNL area della sanità, stipulato presso l'Aran, che tenga conto del livello retributivo in godimento, dell'anzianità posseduta nel rapporto con il Ssn e dell'esperienza professionale maturata.

### **Art. 5**

#### **Disciplina delle esternalizzazioni**

1. Al fine di promuovere il diritto alla salute e la qualità dell'assistenza, di contrastare la perdita di competenze interne al Ssn e di favorire la qualità dei rapporti di lavoro nel settore della tutela della salute, a partire dal 1° gennaio 2027 gli enti del Servizio sanitario nazionale non possono ricorrere all'affidamento a terzi delle attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di assistenza sanitaria e sociosanitaria diretta alle persone, ad eccezione dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali nonché degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. L'obiettivo è soggetto al monitoraggio annuale e al sistema premiale di cui all'articolo 13.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definite le attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di prevenzione e di assistenza sanitaria e sociosanitaria dirette alle persone e alle comunità.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, sentite le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, sono disciplinati i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite al personale impiegato nei servizi esternalizzati al fine della partecipazione ai concorsi per l'accesso al lavoro nelle pubbliche amministrazioni. Gli obiettivi sono soggetti al monitoraggio e al sistema premiale di cui all'articolo 13.

### **Art. 6**

#### **Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri**

1. Tutti i lavoratori hanno diritto a lavorare in condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri, tali da garantire la protezione della salute propria e della collettività. Il Ssn programma ed attua interventi per assicurare che tutti i luoghi in cui sono ricevute le persone e in cui operano i professionisti siano sicuri e accoglienti.

2. Fermo restando quanto stabilito dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, il datore di lavoro o il committente devono adottare ogni misura rispondente al criterio di massima sicurezza possibile e al principio di precauzione che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessari per tutelare l'integrità e la salute dei lavoratori. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali confederali comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri e le modalità per realizzare l'interoperabilità delle banche dati in possesso di Inps, Inail e delle aziende

## Proposta di legge di iniziativa popolare

e degli enti del Ssn. Lo stesso decreto definisce altresì i criteri e le modalità per l'istituzione del "Durc su Salute e Sicurezza" che certifica la regolarità contributiva e l'assenza di denunce di infortuni gravi, gravissimi e mortali negli ultimi 5 anni. Tale Durc è requisito obbligatorio per accedere ad appalti pubblici e privati e a finanziamenti pubblici.

3. Al fine di valorizzare e rafforzare l'azione delle istituzioni scolastiche per la diffusione della cultura della sicurezza e della prevenzione nei luoghi di lavoro, nell'ambito delle linee guida per l'insegnamento dell'educazione civica, come definite dalla legge 17 febbraio 2025, n. 21, sono promosse, nel rispetto dell'autonomia scolastica, iniziative di coordinamento, supporto e diffusione delle buone pratiche, nonché di sostegno alle istituzioni scolastiche che intendono avviare o che hanno già avviato progetti nei percorsi del primo e del secondo ciclo di istruzione.

Al fine di garantire la continuità e la qualità dell'azione educativa delle istituzioni scolastiche in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, nell'ambito dell'insegnamento dell'educazione civica di cui alla legge 17 febbraio 2025, n. 21, e di sostenere in modo strutturale le attività progettuali e formative connesse, lo Stato promuove politiche di rafforzamento e stabilizzazione degli organici del personale docente e ATA.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di intesa con la Conferenza Unificata, da adottare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definito un Programma straordinario nazionale di azione per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei principi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81. Il Programma individua, su base triennale, gli ambiti prioritari di intervento rispetto ai quali assicura il coordinamento fra le competenze delle aziende sanitarie e quelle dell'Ispettorato del Lavoro e dell'Inail, nonché degli altri istituti con competenze ispettive, al fine di migliorare le verifiche ispettive in termini di qualità, quantità e frequenza, anche attraverso l'incremento del necessario personale.

5. Le regioni e le province autonome procedono, entro il 31 dicembre 2027 anche a valere sulle risorse provenienti dalle sanzioni comminate dalle aziende sanitarie in relazione alle violazioni della normativa su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, all'assunzione del personale medico specialista in medicina del lavoro e dei tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, sulla base del fabbisogno di personale individuato secondo le modalità di cui all'art. 3.

6. Il comma 2 dell'art. 39, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, è sostituito come segue:

"2. a) Il medico competente svolge la propria opera previa iscrizione in un registro tenuto dall'Azienda Sanitaria Locale;

b) L'Azienda Sanitaria Locale del territorio ove ha sede legale l'impresa, attribuisce, su richiesta del datore di lavoro, un medico del lavoro iscritto nel sopra citato registro;

c) L'iscrizione al registro di cui al comma 4 dell'art. 38 consente la iscrizione del registro presso l'Azienda Sanitaria Locale;

d) in caso di motivata necessità di sostituzione del medico competente, il datore di lavoro ne dà comunicazione alla Azienda Sanitaria Locale che, valutate le motivazioni addotte, provvede ad individuare un sostituto."

### Art. 7

#### **Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario**

1. Al fine di garantire un omogeneo sviluppo dell'assistenza territoriale sull'intero territorio nazionale, le regioni e le province autonome provvedono entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge a emanare o adeguare il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, nel rispetto del decreto 23 maggio 2022, n. 77. La sua attuazione costituisce adempimento obbligatorio per l'accesso al finanziamento integrale del Ssn, secondo il modello di governo e gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi dei servizi per l'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico ai sensi della presente legge.

2. Le disposizioni di cui al decreto 23 maggio 2022, n. 77 in contrasto o incompatibili con quanto previsto dal presente articolo sono soppresse. Al fine di garantire un'omogenea attuazione sull'intero territorio nazionale del riordino dell'assistenza territoriale nel Ssn, al decreto 23 maggio 2022, n. 77 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 1, comma 1, le parole "avente valore descrittivo" sono eliminate e la parola "avente" è sostituita con "aventi";

b) agli Allegati 1 e 2, tutte le parole "facoltativo", "raccomandato" e "fortemente raccomandato" sono sostituite dalla parola "obbligatorio".

3. Il Distretto socio-sanitario di cui all'art. 3-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche

## Proposta di legge di iniziativa popolare

e integrazioni è un'articolazione del governo della Azienda sanitaria territoriale che attraverso le Case della Comunità e la rete degli altri servizi territoriali sanitari e sociali con queste integrate assicura:

a) le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, attraverso il coordinamento della rete dei servizi distrettuali che comprende i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture operative a gestione diretta e le strutture ospedaliere;

b) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025;

c) la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ambiti territoriali sociali (Ats) che costituisce adempimento obbligatorio;

d) la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge.

Il distretto garantisce altresì i servizi a gestione diretta di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3-quinques del decreto legislativo 229/1999.

4. La Casa della Comunità è il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità ed i servizi sociali e sanitari di Comuni e Aziende sanitarie che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi distrettuali in favore del soddisfacimento dei bisogni di tutte le persone.

### Art. 8

#### **Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti**

1. Le politiche sanitarie e le politiche sociali assicurano, in maniera integrata e attraverso risorse pubbliche, assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali e sostegno alla popolazione, specie di quella anziana non autosufficiente e in condizioni di fragilità. È garantito il rispetto del diritto delle persone a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

2. Le regioni e le province autonome assicurano, entro il 31 dicembre 2027, la piena integrazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats, individuati di norma in coincidenza con i distretti sanitari o come loro sub-articolazione ed organizzati secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025. L'accordo di collaborazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats al fine della gestione integrata dei servizi di cui al comma 1 dell'art. 26 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è obbligatorio e vincolante per la valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27 del medesimo decreto. Le regioni e le province autonome assicurano altresì la partecipazione e il coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti.

3. In attuazione del comma 1, a livello distrettuale le aziende sanitarie territoriali e gli Ats assicurano prioritariamente:

a) prestazioni coordinate e integrate di cure domiciliari di base;

b) progetti individualizzati di assistenza integrata (Pai), in base ai fabbisogni assistenziali definiti dalla valutazione multidimensionale unificata, dotati di un budget di cura e assistenza, in coerenza con i principi e i criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, e garantendo la presenza di un riferimento professionale costante (case manager) in tutte le ore della giornata e in tutti i giorni dell'anno;

c) interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, ovvero di nuove forme di coabitazione solidale e di coabitazione intergenerazionale, sostenuti da finanziamenti dedicati. Al fine di evitare ogni forma di marginalizzazione, nel decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 all'articolo 15, comma 1, primo periodo, le parole “, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate” sono soppresse.

4. Le regioni e le province autonome garantiscono l'aumento dell'assistenza domiciliare, prioritariamente a favore delle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a prendere in carico almeno il 20 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2027 e almeno il 30 per cento entro il 31

## Proposta di legge di iniziativa popolare

dicembre 2028.

5. Al fine di preservare la dignità e la libertà della persona, di contrastare l'isolamento e favorire il mantenimento dei legami affettivi della persona ospite, le regioni e le province autonome dispongono che le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale assicurino contesti familiari, aperti, integrati nelle comunità locali, di piccole dimensioni, anche garantendo l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni.

6. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere, sviluppano percorsi personalizzati per promuovere il benessere generale e la funzionalità motoria, e per salvaguardare e valorizzare le autonomie residue degli ospiti; assicurano programmi per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza, il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli ospiti e del personale. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere sono tenute al rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità; a tal fine le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro e non oltre il 31 dicembre 2029, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

7. Quanto previsto ai commi 5 e 6 costituisce requisito per l'accreditamento istituzionale. Le regioni e le province autonome disciplinano entro il 31 dicembre 2027 l'adeguamento degli standard e dei requisiti strutturali e organizzativi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti in termini di:

- a) attività di socializzazione e di salvaguardia dell'autonomia funzionale;
- b) spazi disponibili per attività comuni, riabilitazione funzionale e controllo della diffusione delle malattie contagiose;
- c) moduli diversificati in funzione della tipologia e dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale;
- d) congruità del numero e della qualificazione del personale quotidianamente presente in rapporto alla numerosità delle persone ospiti e alla tipologia dei loro bisogni assistenziali.

È fatto divieto di autorizzare nuove strutture con un numero di posti letto superiore a 60.

Le regioni e le province autonome garantiscono la tempestiva applicazione dei nuovi standard e requisiti strutturali e organizzativi.

8. Al fine di assicurare la validità e la trasferibilità dei risultati della sperimentazione della prestazione universale, in coerenza con i principi e criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, la sperimentazione di cui al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è estesa, alle persone con età anagrafica di almeno 65 anni, con un "bisogno assistenziale grave o gravissimo" e un ISEE non superiore a euro 50.000. L'assegno di assistenza di cui all'articolo 36, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è rideterminato in aumento tra 850 e 1800 euro mensili in base alla graduazione dei bisogni assistenziali. Il Ministero dell'economia e delle finanze assicura le risorse aggiuntive necessarie per l'ampliamento della sperimentazione della prestazione universale ai sensi del presente comma.

9. L'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria e la prestazione universale sono garantite a tutte le persone anziane non autosufficienti che hanno compiuto 65 anni, in coerenza con l'articolo 2, comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. L'art. 40 del medesimo decreto è soppresso.

10. Le leggi di bilancio dispongono l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, assicurando almeno un incremento di 1 miliardo rispetto al valore dell'anno 2025 per ciascun anno a decorrere dall'anno 2027 fino a determinare una dotazione di 6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2030.

### Art. 9

#### **Politiche per la salute di genere, per il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari**

1. Le regioni e le province autonome assicurano il rispetto dello standard di un Consultorio familiare ogni 20.000 abitanti, con la possibilità di uno ogni 10.000 nelle aree interne e rurali, secondo quanto previsto nel decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77 e garantiscono, entro il 31 dicembre 2027, un'equipe multiprofessionale composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o. Per la realizzazione dei Consultori familiari si devono sempre adottare soluzioni logistiche e organizzative che tutelino la riservatezza, sia nel caso in cui l'attività venga svolta all'interno delle Case della Comunità, così come in sedi territoriali a sé stanti a queste collegate funzionalmente, e che garantiscano l'accesso ai

## Proposta di legge di iniziativa popolare

servizi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

2. I Consulteri familiari garantiscono in particolare:

- a) percorsi assistenziali e di presa in carico integrata, comprese consulenza e assistenza psicologica, per tutto l'arco della vita;
- b) prevenzione, assistenza e presa in carico delle problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo, anche attraverso interventi co-progettati con le scuole;
- c) l'offerta gratuita, a partire dal 30 giugno 2027, ad adolescenti e adulti di tutti i metodi contraccettivi e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse;
- d) l'accesso, a partire dal 30 giugno 2027, all'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) farmacologica in ogni distretto sanitario, presso gli ambulatori autorizzati, i servizi ospedalieri per l'Ivg e a domicilio;
- e) l'assistenza domiciliare in puerperio, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto all'accudimento del neonato, eventualmente anche con l'ausilio di mediatori culturali, entro 7 giorni e per almeno 6 mesi dalla nascita del bambino, a tutti i nuclei familiari con un neonato.

3. Al fine di garantire il pieno rispetto della legge del 28 maggio 1978, n. 194, è abrogato l'articolo 44 quinquies del decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 29 aprile 2024, n. 56 relativo al coinvolgimento di soggetti del Terzo settore con qualificata esperienza nel sostegno alla maternità.

4. Nell'ambito delle politiche di contrasto al disagio giovanile, il Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con il Ministro della salute promuovono l'introduzione di percorsi strutturati di educazione sessuo-affettiva nell'ambito del sistema di istruzione a partire dal primo ciclo di istruzione e dalla scuola dell'infanzia. I percorsi sono finalizzati a sostenere la costruzione dell'identità personale e sociale degli studenti, nonché alla promozione della salute e del benessere psicofisico. Tali percorsi costituiscono elementi essenziali del curriculum formativo e sono attuati nel rispetto dell'autonomia scolastica e delle competenze delle istituzioni scolastiche.

### **Art. 10**

#### **Misure per la tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani**

1. Le regioni e province autonome assicurano alle persone con disturbi mentali la presa in carico e un percorso assistenziale inclusivo e partecipato; provvedono al progressivo rafforzamento dei servizi per la salute mentale e garantiscono programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali ed eventualmente anche residenziali, compreso il sostegno alle famiglie, all'abitare e all'inserimento lavorativo. Garantiscono altresì la prevenzione del ricorso della ospedalizzazione del minore e assicurano che qualora il ricovero ospedaliero si renda eccezionalmente necessario questo trovi accoglienza in luoghi con caratteristiche specifiche per il momento di crescita e vicini al luogo di residenza. Nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro il 31 dicembre 2029, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

2. Le regioni e le province autonome assicurano ai bambini, agli adolescenti e ai giovani adulti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo o con disturbi mentali l'accoglienza, la presa in carico e un percorso assistenziale terapeutico riabilitativo inclusivo e partecipato, senza interruzione fino al raggiungimento della maggiore età. Assicurano altresì entro il 30 giugno 2027 per ogni servizio di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza un programma integrato per il passaggio dei minori ai servizi per adulti, dotato di uno specifico budget di transizione.

3. Anche a valere sulle risorse finanziarie e di personale di cui agli articoli 2 e 3, le regioni e le province autonome garantiscono progressivamente e non oltre il 31 dicembre 2029 l'accessibilità dei servizi territoriali per la Salute Mentale nelle 24 ore e per 365 giorni/anno, rafforzando la presenza di tutte le figure professionali all'interno delle equipe dei servizi del Ssn e prevedendo la partecipazione degli esperti per esperienza. Assicurano altresì specifici programmi per il diritto alla salute e alle cure delle persone detenute in carcere o sottoposte a misura di sicurezza detentiva in Rems ai sensi della legge 81/2014. In entrambi i casi va sostenuta la possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione.

## Proposta di legge di iniziativa popolare

### **Art. 11**

#### **Misure di tutela della salute a favore delle persone che usano droghe, alle persone che giocano d'azzardo e con comportamenti affini**

1. Le politiche sanitarie e sociali nazionali garantiscono interventi e servizi integrati di tutela e promozione della salute e di cura per le persone con problematiche collegate all'uso non controllato di sostanze, e alle dipendenze anche comportamentali nella prospettiva della riduzione dei danni e dei rischi e nel rispetto dei diritti civili, in una logica di giustizia sociale
2. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con proprio decreto individua adeguate risorse, le tipologie di intervento e i relativi standard al fine di garantire la piena esigibilità su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM del 12 gennaio 2017, compresi gli interventi di riduzione del danno e del rischio ed i programmi di socializzazione e di inclusione sociale da realizzare insieme ai Comuni.
3. Le regioni e le province autonome favoriscono la creazione di strutture gestionali dedicate che operano all'interno delle Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con i Comuni assicurando una pluralità di servizi e interventi e programmi trasversali anche a bassa soglia di accesso.

### **Art. 12**

#### **Misure per il rispetto dei tempi di attesa**

1. Le misure per l'incremento del finanziamento del Ssn, l'aumento del personale dipendente e il riordino dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 2, 3 e 7 sono gli strumenti fondamentali per il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi del Ssn.
2. Entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, le regioni e le province autonome garantiscono che la prenotazione delle prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico sia effettuata direttamente dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza, senza alcun ulteriore adempimento da parte della persona assistita, prioritariamente per le persone affette da patologie croniche o inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

### **Art. 13**

#### **Verifica del percorso compiuto verso il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale**

1. Al fine di verificare l'effettiva attuazione delle disposizioni volte a superare le criticità che ostacolano l'accesso tempestivo ai servizi e a migliorare la qualità dell'assistenza prestata alla popolazione, è istituita la Commissione per il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale e sono stabilite forme incentivanti, a valere sulle risorse previste dalla presente legge, erogabili alle regioni e alle province autonome a seguito dell'esito positivo della verifica del raggiungimento degli obiettivi di cui agli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12. In coerenza con le finalità della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le province autonome assegnano specifici obiettivi ai rispettivi direttori competenti per materia, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico.
2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono nominati i componenti della Commissione di cui al comma 1, che si avvale delle agenzie e degli enti nazionali. La Commissione è composta in parti uguali da rappresentanti del livello centrale, da esperti di comprovata esperienza e indipendenza e da rappresentanti delle regioni e delle province autonome. Lo stesso decreto assegna alla Commissione il compito di: definire un sistema di monitoraggio continuo delle azioni intraprese rispetto agli obiettivi stabiliti; verificare puntualmente i risultati raggiunti in termini di miglioramento nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza erogata; individuare eventuali ritardi, in particolare quelli con gravi ricadute sui diritti delle persone; valutare i progressi compiuti nel superamento delle carenze nei territori più periferici o interni, nonché rafforzare le funzioni di programmazione, verifica e vigilanza svolte dal Ministro della salute, dalle regioni e dalle aziende sanitarie.
3. A decorrere dal 2027 la quota di finanziamento condizionata annualmente alla verifica positiva del progressivo raggiungimento degli obiettivi della presente legge su temi di competenza regionale è fissata nella misura del 10 per cento delle risorse stanziare per l'incremento del finanziamento del fabbisogno del Ssn di cui all'articolo 2.
4. La Commissione di cui al comma 1 presenta al Parlamento una relazione semestrale sull'attuazione della

## Proposta di legge di iniziativa popolare

presente legge, evidenziando in particolare i casi di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi. In caso di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi di competenza regionale, la regione elabora un programma operativo che individua gli interventi necessari per il loro raggiungimento entro il 2029 ed assegna specifici obiettivi al direttore regionale della sanità e ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli altri enti del Ssn interessati, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico. Previa valutazione della Commissione per il rafforzamento del Ssn, il programma elaborato dalla regione è oggetto di un apposito accordo con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze che ne prevede il monitoraggio; l'accordo definisce altresì le modalità di riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento, subordinatamente alla verifica da parte della Commissione della sua progressiva ed effettiva attuazione. Il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze possono individuare specifici interventi a supporto dei territori che presentano maggiori difficoltà.

5. In caso di mancata attuazione entro il 2029 di quanto previsto negli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 della presente legge si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo da parte del Ministero della salute di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

### **Art. 14**

#### **Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica**

1. Il Ssn promuove, finanzia e valorizza la ricerca indipendente volta a produrre conoscenze sulla efficacia comparativa dei farmaci anche rispetto a interventi non farmacologici e sui loro effetti avversi, con particolare attenzione alla fase preclinica, nonché a promuovere l'appropriatezza prescrittiva. Attraverso bandi competitivi gestiti da AIFA, il Ssn destina annualmente una quota del Fondo sanitario nazionale per finanziare studi clinici sperimentali, studi osservazionali e revisioni sistematiche che presentino trasparenza e indipendenza nella individuazione degli obiettivi, nella definizione dei protocolli e nella proprietà dei dati e riguardino aree di interesse strategico, anche in assenza di interessi commerciali.

2. Entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, è costituita la nuova Commissione Scientifica ed Economica (CSE) dell'Aifa. La Commissione è composta da 17 membri di elevata qualificazione scientifica e di comprovata indipendenza e garantisce le competenze necessarie per valutare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci e il loro impatto sulla spesa del Ssn. La Commissione procede, nei termini perentori di sei mesi dalla sua costituzione, a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale con l'obiettivo di assicurare, in presenza di farmaci con stessa indicazione terapeutica, la rimborsabilità solo a quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del Ssn ovvero che a parità di profilo di efficacia e sicurezza presentano prezzi inferiori. L'Aifa dispone i conseguenti programmi di informazione e di formazione rivolti ai medici, ai pazienti e alla popolazione in generale.

3. Al fine di contenere gli effetti sulla spesa farmaceutica a carico del Ssn conseguenti all'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale di cui all'articolo 2, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con proprio decreto riproporziona il tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn rispetto al Fsn. Al fine di promuovere la convergenza verso i risultati delle regioni con la spesa più contenuta, a partire dall'anno 2028 il valore complessivo del tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn in rapporto al Fsn (per la farmaceutica convenzionata, gli acquisti diretti e i gas medicinali) è annualmente rideterminato al livello della regione di riferimento cui corrisponde una percentuale della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario regionale al di sotto della quale sono comprese almeno cinque regioni e province autonome e almeno un terzo della popolazione nazionale.

### **Art. 15**

#### **Programmazione sanitaria**

1. Al fine di rendere effettivo il diritto alla tutela della salute e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone in tutto il territorio nazionale, entro il 31 dicembre 2027 è adottato, con le procedure di cui all'art. 1 comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni, il Piano sanitario nazionale 2027-2029 come fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell'unitarietà del Ssn e della uniformità dell'assistenza a parità di bisogno. Alla elaborazione del Piano è assicurata la più ampia partecipazione delle organizzazioni sindacali e della società

## Proposta di legge di iniziativa popolare

civile, della comunità scientifica e professionale.

2. Nelle more dell'approvazione del Piano sanitario nazionale 2027-2029, entro il 30 giugno 2027 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome approva il Patto per la salute. Il Patto prevede la concertazione di misure per il miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi, l'adeguamento del personale dipendente e l'economicità nell'uso delle risorse, con particolare riguardo all'omogenea attuazione dello sviluppo dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

### **Art. 16**

#### **Copertura finanziaria**

1. L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di cui all'articolo 2, è complessivamente non inferiore a 10.900 milioni di euro per l'anno 2027, a ulteriori 11.800 milioni di euro per l'anno 2028 e a ulteriori 10.300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2029. Ad esso si provvede a valere sulle maggiori entrate rinvenienti da:

*a)* gli interventi di razionalizzazione e revisione della spesa farmaceutica di cui all'articolo 14 della presente legge, almeno pari a euro 2.500 milioni a decorrere dall'anno 2028;

*b)* la lotta all'evasione fiscale, anche attraverso misure volte a incentivare l'utilizzo della moneta elettronica e disincentivare l'uso del contante;

*c)* la rimodulazione e l'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze individua con uno o più decreti le misure atte a garantire, al netto dei risparmi di spesa di cui alla lettera *a)*, le maggiori entrate derivanti dagli interventi di cui alla lettera *b)* e, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministro delle imprese e del made in Italy, dalla lettera *c)*, al fine di conseguire la copertura del maggior finanziamento del Ssn per un importo complessivo non inferiore a 10.900 milioni di euro per l'anno 2027, a ulteriori 9.300 milioni di euro per l'anno 2028 e a ulteriori milioni 7.800 di euro a decorrere dall'anno 2029, a incremento di quanto già previsto a legislazione vigente. La legge di bilancio per l'anno 2030 assicura la copertura dell'aumento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard fino a raggiungere il 7,5 per cento del PIL.

3. Qualora le misure previste dai commi 1 e 2 non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati, il Ministro dell'economia e delle finanze dispone, entro il 30 giugno 2027, misure di revisione della tassazione sui patrimoni in senso progressivo e personale, prevedendo l'esenzione della prima casa, salvo quelle di particolare pregio, e dei piccoli patrimoni nonché misure di revisione della imposizione sul reddito delle persone fisiche in senso maggiormente progressivo, garantendo complessivamente la copertura dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui al comma 1.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione della presente legge.

### **Art. 17**

#### **Entrata in vigore**

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.