

dossier

XIX Legislatura

5 maggio 2025

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

A.C. 2365



Senato
della Repubblica



Camera
dei deputati



SERVIZIO STUDI

Ufficio ricerche sulle questioni del lavoro e della salute

TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it – ✕ [@SR_Studi](https://www.instagram.com/SR_Studi)

Dossier n. 363/2



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

Tel. 06 6760-3266 - ✉ st_affarisociali@camera.it ✕ – [@CD_sociale](https://www.instagram.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 358/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

AS0234b

INDICE

SCHEDA DI LETTURA

CAPO I – MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA	5
▪ Articolo 1 (<i>Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>)	5
▪ Articolo 2 (<i>Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa</i>)	12
▪ Articolo 3 (<i>Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa</i>).....	23
▪ Articolo 4 (<i>Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni</i>)	26
▪ Articolo 5 (<i>Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica</i>).....	31
▪ Articolo 6 (<i>Limiti massimi di età per il collocamento a riposo dei docenti universitari che svolgono attività presso enti e aziende del Servizio sanitario nazionale</i>).....	34
▪ Articolo 7 (<i>Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario</i>)	36
▪ Articolo 8, commi 1 e 2 (<i>Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati</i>)	44
▪ Articolo 8, comma 3 (<i>Rete assistenziale per il Giubileo 2025 nell'ambito della regione Lazio</i>).....	47
▪ Articolo 9 (<i>Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia</i>)	52
▪ Articolo 10 (<i>Fondo per la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso e misure per l'efficientamento della Rete ospedaliera dell'emergenza sanitaria</i>).....	56
▪ Articolo 11 (<i>Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale</i>).....	62
▪ Articolo 12 (<i>Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste d'attesa</i>)	66
▪ Articolo 13 (<i>Certificazione medica di malattia tramite strumenti di telemedicina</i>)	71

CAPO II – ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA	72
▪ Articolo 14 (<i>Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale</i>).....	72
▪ Articolo 15 (<i>Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN</i>)	77
▪ Articolo 16 (<i>Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria</i>).....	81
▪ Articolo 17 (<i>Proroga di una disciplina transitoria per l'ammissione ai concorsi per dirigente chimico</i>).....	83
▪ Articolo 18 (<i>Procedura di approvvigionamento di farmaci orfani</i>).....	84
▪ Articolo 19 (<i>Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico</i>)	85
▪ Articolo 20 (<i>Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali</i>).....	89
▪ Articolo 21 (<i>Limiti massimi di età per il collocamento a riposo dei dirigenti sanitari delle amministrazioni centrali</i>).....	92
▪ Articolo 22 (<i>Composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia</i>)	94
▪ Articolo 23 (<i>Modifiche all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e presidi sanitari di prossimità</i>)	100
▪ Articolo 24 (<i>Conoscenze linguistiche per riconoscimento qualifiche professionali sanitarie</i>).....	103
▪ Articolo 25 (<i>Norme in materia di professione di fisico</i>)	105
▪ Articolo 26 (<i>Clausola di salvaguardia</i>)	110

Schede di lettura

**CAPO I – MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE
DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI
ATTESA**

Articolo 1
***(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle
prestazioni di specialistica ambulatoriale)***

L'**articolo 1** reca disposizioni concernenti la prescrizione ed erogazione delle **prestazioni di specialistica** ambulatoriale, nonché i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** in ambito oncologico e l'utilizzo degli **strumenti di telemedicina**.

Il **comma 1** dell'articolo in esame, **modificato durante l'iter al Senato**, disciplina l'**attività prescrittiva** del medico in relazione alle prestazioni di **specialistica ambulatoriale**.

Il successivo **comma 2** prevede **misure organizzative** utili a consentire al medico specialista la **presa in carico dell'assistito** fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, nonché, ove necessario, l'**implementazione del sistema dei percorsi diagnostici**.

Il **comma 3, introdotto nel corso dell'esame al Senato**, prevede che il Ministro della salute, sentita l'Agenas¹ e previa intesa in Conferenza Stato-regioni, adotti le **linee guida per la redazione dei PDTA** regionali in **ambito oncologico**.

Il **comma 4** prevede che sia assegnata una tempistica specifica in relazione a **4 distinte classi di priorità**, ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale.

Il **comma 5** chiama le regioni e alle province autonome ad attuare **ogni utile iniziativa** per garantire ai propri assistiti l'**effettiva erogazione** delle prestazioni sanitarie, per assicurare il **rispetto dei tempi di attesa**, e per **monitorare e vigilare** sui risultati raggiunti, nonché a prevedere, in caso di mancato raggiungimento dei risultati attesi, idonee **misure nei confronti dei direttori generali** delle aziende sanitarie.

Il **comma 6** stabilisce che le aziende sanitarie locali provvedono all'**erogazione delle prestazioni di specialistica** ambulatoriale anche tramite l'offerta delle **aziende ospedaliere**, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli **studi di medicina generale** nonché l'offerta degli

¹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

erogatori privati accreditati, previa stipula dei necessari accordi contrattuali.

Il **comma 7** prevede la predisposizione, a livello aziendale, di **piani strategici annuali** che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. L'attuazione di tali piani rileva ai fini della **valutazione dell'attività** dei gestori della sanità regionale.

Il **comma 8** prevede che le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscano l'**utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina** nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia.

Il **comma 1** dell'articolo in esame ribadisce, in primo luogo, che **competono al medico**² la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica. Viene poi stabilito che, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, il medico deve: attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata **classe di priorità**; nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il **quesito o il sospetto diagnostico**.

Inoltre, si prevede che la prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale debba avvenire mediante le procedure della **ricetta dematerializzata** del Sistema tessera sanitaria³, al fine espresso di implementare il **monitoraggio** del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale.

Si demanda ad un **decreto del Ministro della salute** - da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati - la **definizione omogenea del quesito o sospetto diagnostico**, anche al fine dell'attribuzione di un codice unico di classificazione internazionale delle malattie.

² Il testo originario specificava che tali attività spettano al medico in via esclusiva. A seguito di una modifica introdotta dall'Assemblea del Senato, tale specificazione è stata soppressa, e si è aggiunto che le predette attività competono al medico "in merito alla specifica situazione clinica". Nel corso dell'istruttoria svolta presso la 10^a Commissione permanente, riguardo alla previsione di esclusiva competenza del medico sulla diagnosi, si era espressa in termini problematici la FNOVI, rilevando che tale previsione "contrasta con una prassi consolidata da decenni in ambito sanitario, dove, per esempio, la diagnosi psicologica è effettuata dallo psicologo e la diagnosi infermieristica dall'infermiere. Sarebbe quindi opportuno specificare che ci si riferisce alla diagnosi medica, poiché è evidente che compete al medico formulare le diagnosi mediche, non una diagnosi generica".

³ V. in proposito <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/web/guest/ricetta-elettronica>

Nella relazione illustrativa sul testo iniziale del presente disegno di legge, il Governo evidenzia che le norme in esame sono intese a superare le disfunzionalità dell'offerta assistenziale, attraverso misure specifiche in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sul punto, viene precisato che le disposizioni mirano alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta assistenziale senza incidere su aspetti relativi all'appropriatezza prescrittiva. Tali norme, nella prospettazione del Governo, si limitano a fornire delle linee guida in materia di prescrizione delle prestazioni sanitarie, ferma restando l'autonomia professionale del medico di effettuare le prescrizioni ritenute necessarie nel caso concreto. In proposito, viene richiamata la sentenza n. 169 del 2017, con la quale la Corte costituzionale, secondo la ricostruzione dell'Esecutivo, ha ribadito la legittimità costituzionale delle norme che, pur incidendo sull'attività prescrittiva dei medici, non si sostanziano in una valutazione di discrezionalità politica sulle scelte terapeutiche, consentendo comunque al medico di individuare, secondo scienza e coscienza, la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente⁴.

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

Il comma in esame fa espressamente salva, come ribadito anche dalla RI, la disciplina posta dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502⁵.

Il **comma 3, introdotto durante l'esame al Senato**, demanda ad un **decreto del Ministro della salute**, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, sentita l'Agenas, previa intesa⁶ nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, l'adozione delle **linee**

⁴ Nella citata sentenza si ricorda che è stato più volte affermato, nella giurisprudenza della Corte, il "carattere personalistico" delle cure sanitarie, sicché la previsione legislativa non può precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso sottoposto alle sue cure, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente (in senso conforme, tra le altre, è richiamata la precedente sentenza n. 151 del 2009).

⁵ Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

⁶ Il riferimento è all'intesa di cui al richiamato articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281. Si tratta dunque di una previsione che, a date condizioni, permette di provvedere con deliberazione motivata (del Consiglio dei Ministri) anche in difetto di intesa.

guida contenenti standard minimi omogenei per la redazione dei **PDTA regionali in ambito oncologico**. Il comma in esame è espressamente finalizzato a garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021.

Si ricorda che il citato Piano nazionale di governo delle liste di attesa conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo dei PDTA. In tali aree, secondo il suddetto Piano, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati PDTA in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Il PDTA è definito come una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Di PDTA tratta anche il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027: ivi si legge che il PDTA rappresenta la modalità organizzativo-funzionale più efficiente per la gestione delle patologie oncologiche ed ematologiche. I principi che ispirano la costruzione dei PDTA, secondo il PON, sono rappresentati dalla presa in carico complessiva del paziente, dalla continuità terapeutica relativa a tutto il percorso di malattia (dalla fase iniziale a quella terminale), dalla multiprofessionalità e multidisciplinarietà dell'approccio diagnostico-terapeutico assistenziale, dalla appropriatezza dei trattamenti erogati (sostenuta da adeguate evidenze scientifiche), dal corretto utilizzo delle risorse del SSN, dalla tracciabilità e verifica periodica dei risultati (in termini di percorso e di esito), con il coinvolgimento (sia nelle fasi propositive che di monitoraggio) anche delle associazioni di pazienti.

Il **comma 4** prescrive che, ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, sia assegnata una **tempistica specifica** in relazione a **4 distinte classi di priorità**, come di seguito indicato:

- a) classe urgente (classe U): entro settantadue ore dalla data della richiesta della prestazione;
- b) classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni dalla data della prenotazione;
- c) classe differita (classe D): entro trenta giorni dalla data della prenotazione per le visite o sessanta giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;
- d) classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni dalla data della prenotazione.

La disciplina posta dal comma in esame riproduce in sostanza, legificandole, le indicazioni in materia di classi di priorità e correlate tempistiche contenute nel Piano nazionale di governo delle liste d'attesa⁷ (v. *ivi* paragrafo 3.1, pag. 12).

Il **comma 5** prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuino **ogni utile iniziativa** per:

- garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate;
- assicurare il rispetto dei tempi di attesa;
- monitorare e vigilare sui risultati raggiunti;
- prevedere, in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati in materia di piani strategici annuali (al riguardo v. *infra* illustrazione del successivo comma 6).

Si ricorda che, in tema di liste d'attesa, è recentemente intervenuto il decreto-legge 7 giugno 2024 n. 73⁸, che, tra l'altro, ha istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, e ha previsto l'istituzione, a livello regionale, della Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, nonché l'individuazione del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS).

In base al **comma 6**, le aziende sanitarie locali provvedono **all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale** nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale⁹ nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati,

⁷ Si ricorda che il suddetto Piano, riferito al triennio 2019-2021, è stato adottato previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, sancita in data 21 febbraio 2020.

⁸ Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito in legge, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2024, n. 107.

⁹ Si ricorda che l'articolo 1, commi 449 e 450, della legge n. 160 del 2019 (legge di bilancio per il 2020) ha destinato in favore dell'utilizzo di apparecchiature sanitarie da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta una quota delle risorse statali per gli interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. La proprietà delle apparecchiature acquisite con le risorse in oggetto è degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale. In particolare, il comma 449 autorizza un contributo pari a 235,834 milioni di euro, nell'ambito delle risorse summenzionate non ancora ripartite tra le regioni. Il contributo è inteso al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti ed alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa. I trasferimenti alle regioni delle quote relative al suddetto contributo sono definiti sulla base di un piano dei fabbisogni predisposto e approvato nel rispetto dei parametri fissati con decreto del Ministro della salute. In attuazione delle predette disposizioni è stato emanato il d.m. 29 luglio 2022, recante "Riparto delle risorse

previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Il succitato articolo 8-*quinquies*, al comma 2, stabilisce che la regione e le unità sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, che indicano, tra l'altro, gli obiettivi di salute, il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare, i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Si ricorda che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, in base alla disciplina posta dal succitato d. lgs. 502/1992, sono garantite dal distretto, attraverso le prestazioni degli specialisti ambulatoriali.

Il **comma 7** demanda ai direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali, l'elaborazione delle direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di **piani strategici annuali** che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati.

Il comma in esame prevede, inoltre, che i direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborino i piani strategici annuali anzidetti e, ai fini della validazione, ne curino la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. Si specifica, altresì, che l'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati rileva ai fini della **valutazione dell'attività** dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

Il **comma 8** stabilisce che le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'**utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina** nel rispetto degli

per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta". Successivamente, il decreto direttoriale 3 maggio 2023 ha istituito un Tavolo tecnico, presso la Direzione generale Programmazione sanitaria del Ministero della salute, con il compito di definire: le modalità di rilevazione dell'attività erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, mediante le apparecchiature di cui al citato d.m. del 29 luglio 2022; le specifiche tecniche di documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature di cui al primo punto; le modalità di alimentazione del FSE; gli indicatori minimi di processo. Il medesimo Tavolo è chiamato, altresì, a stabilire la struttura del Piano triennale dei fabbisogni di apparecchiature diagnostiche di I livello che ciascuna Regione dovrà presentare alla Direzione generale della programmazione sanitaria.

indirizzi e delle linee guida adottati in materia¹⁰, anche ai fini dell'**appropriatezza prescrittiva**, quali strumenti di **integrazione** tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

Si fa conclusivamente presente, quanto al tema della competenza legislativa, che, in sede di relazione illustrativa sul ddl originario, il Governo ha inteso precisare che “l’individuazione delle misure volte a garantire l’efficienza dell’offerta assistenziale e la tempestività dell’accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all’articolo 117, comma 2, lettera *m*), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nell’introdurre misure volte a garantire l’accesso effettivo e tempestivo ai LEA, il provvedimento contribuisce a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza”.

Si ricorda inoltre che la materia “tutela della salute” è rimessa alla potestà legislativa concorrente (art. 117, co. terzo, Cost.), mentre spetta alle regioni una competenza legislativa residuale relativamente alla propria organizzazione amministrativa.

¹⁰ V. Decreto ministeriale 21 settembre 2022 del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro delegato per l’innovazione tecnologica e la transizione digitale, recante “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio”.

Articolo 2

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

L'articolo 2 istituisce presso il Ministero della salute, **il Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (SINGLA)**, quale insieme delle strutture e degli strumenti volti all'esercizio coordinato di una serie di funzioni, definite **nelle lettere da a) ad f)** (cfr. *infra*), allo scopo di garantire **il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e di ridurre le liste di attesa (comma 1).**

Viene previsto che il SINGLA sia **governato da una Cabina di regia (CdR) istituita presso il Ministero della salute e presieduta dal Ministro della salute**, della quale vengono definiti i componenti nonché i soggetti che, in ragione della tematica affrontata, possono essere invitati a parteciparvi. Per la partecipazione alle sedute della CdR non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati (**comma 2**).

La Cabina di regia, che **può avvalersi del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa**, sovrintende **all'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa** e vigila sull'attuazione delle misure previste dal provvedimento in esame (**comma 3**).

Con una **modifica approvata al Senato** viene poi demandato ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, di modifica del [D.M. 12 marzo 2019](#), recante *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, l'individuazione di un indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica (**comma 3-bis**).

Viene infine posta **la clausola di invarianza degli oneri finanziari (comma 4)** prevedendosi che dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono alle attività previste dal medesimo articolo nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

L'articolo 2 istituisce presso il Ministero della salute, **il Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (SINGLA)**, quale insieme delle **strutture e degli strumenti** volti all'esercizio coordinato di una serie di funzioni, allo scopo di garantire **il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per**

l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e di ridurre le liste di attesa (comma 1).

In proposito va ricordato che l'articolo 1 del [D.L. n. 73/2024](#)¹¹, ha istituito presso l'AGENAS, allo scopo di governare le liste di attesa, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal PNRR, **la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma**. L'AGENAS viene pertanto autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

E' rimesso ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge in esame, sentita AGENAS e previo parere della Conferenza Stato-Regioni, l'adozione di specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali

Viene specificato che la Piattaforma opera in coerenza con il “Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione”, come sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2. della Missione 6 salute del PNRR. E' rimessa ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto in esame, la definizione delle modalità con cui il modello è reso disponibile alle Regioni ed alle province autonome.

La Piattaforma persegue in particolare l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito ad una serie di aspetti espressamente definiti (lett. da a) a g)).

Viene inoltre previsto che a fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di audit nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

Al momento i citati decreti ministeriali non risultano ancora emanati.

Per un esame più approfondito del contenuto del D.L. si veda il relativo [dossier](#) del Servizio Studi.

Sul rapporto tra l'articolo 1 del [D.L. n. 73/2024](#) e l'articolo 2 del disegno di legge in esame, la relazione illustrativa evidenzia che **il sistema nazionale delle liste di attesa è, quindi, strettamente connesso con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) e la Piattaforma nazionale delle liste di attesa** che è stata prevista nell'articolo 1 del citato decreto-legge. Il SINGLA, infatti, ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento in tema di liste e tempi di attesa, ivi inclusa l'analisi dei dati

¹¹ *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*, conv. con mod. dalla L. n. 107/2024.

provenienti dalla Piattaforma nazionale delle liste d'attesa di cui al D.L.73/2024. Le funzioni e i compiti affidati al SINGLA sono riconducibili agli attuali compiti e funzioni dell'Osservatorio Nazionale delle liste d'attesa istituito con decreto del Ministro della salute 20/06/2019 (cfr. *infra*) e modificato nella composizione con decreto del 31/12/2021, la cui durata in carica è prevista fino alla vigenza del Piano nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021, potenziati in ragione delle maggiori disponibilità informative e dei migliori strumenti di governo assicurati dal citato D.L. n. 73/2024.

Le funzioni demandate al SINGLA sono definite nelle lettere da a) ad f). Più nello specifico ad esso spetta:

- governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il [Fascicolo sanitario elettronico](#) (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il [Sistema nazionale delle linee guida](#) (SNLG) di cui al [D.M. del 27 febbraio del 2018](#)¹² (cfr. *infra*), e tenendo conto del programma nazionale di [Buone pratiche cliniche](#), sviluppato dall'ISS in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), e con il monitoraggio del Ministero della salute, in coerenza con le previsioni della [Legge 8 marzo 2017, n. 24](#)¹³, e relativa disciplina di attuazione (**lett.a**);

In proposito va ricordato che l'**articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida)** della citata legge n. 24/2017 ha affermato il principio che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, ~~ob~~riabilitative e di medicina legale si attengono, salve specificità del caso concreto, alle raccomandazioni indicate dalle **linee guida** elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute¹⁴, da **aggiornare con cadenza biennale**. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche il decreto del Ministro della Salute stabilisce:

a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;

¹² Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

¹³ Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

¹⁴ In attuazione di tale previsione è stato emanato il [D.M. 2 agosto 2017](#), recante l'Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

- b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione sul sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;
- c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse sono integrati nel **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**, disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute : in merito è intervenuto il [D.M. del 27 febbraio del 2018](#) recante l' Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). L'Istituto superiore di sanità pubblica sul proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità del rigore metodologico adottato a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Si ricorda inoltre che il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, introdotto dall'[art. 12, D.L. n. 179 del 2012](#), costituisce l'insieme dei **dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario** generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito ed è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In seguito, il [DPCM 29 settembre 2015, n. 178](#), il regolamento di attuazione del FSE, ha definito i contenuti del FSE.

Le Regioni hanno assunto il compito di rendere operativo l'accesso alle informazioni, garantendo l'interoperabilità su tutto il territorio nazionale mediante le [specifiche tecniche](#) pubblicate dall'AgID il 6 maggio 2015, successivamente aggiornate nel 2016. Sulla interoperabilità del FSE è intervenuta, attraverso un apposito stanziamento, la legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 382, L. 232/2016) disponendo, mediante l'infrastruttura del Sistema Tessera Sanitaria (v. art. 50 del D.L. 269/2003 - L. 326/2003), l'identificazione dell'assistito registrato all'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), oltre ad una serie di servizi idonei ad interrogare il Sistema. Ulteriori disposizioni attuative sono previste dal [Decreto del Ministero della salute del 7 settembre 2023](#).

Lo sviluppo e l'utilizzo del FSE su tutto il territorio nazionale è stato considerato uno degli obiettivi da raggiungere nel nuovo disegno programmatico del PNRR, che ha previsto il potenziamento dei **sistemi informativi** e degli **strumenti digitali sanitari** (investimento 1.3) con risorse pari a **1.672,5 milioni in prestiti**, oltre a quote di cofinanziamento nazionale del Fondo nazionale di coesione (437,4 milioni). In particolare, il [D.L. n. 19/2024, conv. con modificazioni in legge n. 56/2024 \(Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza \(PNRR\)\)](#) ha potenziato alcune competenze dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – **Agenas**, in

materia di Fascicolo sanitario elettronico (FSE) (articolo 42) e ha demandato a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare previo parere del Garante per la protezione dei dati personali entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il compito di individuare le modalità tecnologiche idonee a garantire il rilascio e la verifica delle certificazioni sanitarie digitali, in conformità alle specifiche tecniche europee e internazionali, confermando a tal fine l'autorizzazione della spesa di 3,85 milioni di euro per l'anno 2024 e autorizzando, a decorrere dal 2025, per i medesimi fini la spesa 1,85 milioni annui (articolo 43).

Per ulteriori approfondimenti si veda [qui](#).

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

Si tratta del modello di classificazione e stratificazione della popolazione sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2: *"Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA"* della Missione 6 Salute, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (*Rafforzamento infrastruttura tecnologica e degli strumenti per raccolta, elaborazione, analisi dei dati e simulazione, Obiettivo da raggiungere entro giugno 2026*). La più recente normativa nazionale ([D.L. 34/2020](#), c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all’art. 7) pone l’attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente. La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, avviene attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

- **identificare e quantificare il sistema dell’offerta dei servizi sanitari** necessario per garantire **una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini** nonché implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso [la piattaforma nazionale di telemedicina](#) di cui alla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (**lett. c**);

Sulla **digitalizzazione dei servizi sanitari**, il PNRR destina in particolare risorse per il Servizio sanitario nazionale con riferimento sia ad un **punto unico di accesso ai servizi di sanità digitale**, sia alla messa a regime del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), dirette alla trasformazione digitale entro l'anno 2025 ed entro la metà del 2026 (M6 C2 I1.3.2 Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo e di simulazione per la vigilanza LEA) con **292,6 milioni** destinati:

- a) al **rafforzamento infrastrutturale degli strumenti tecnologici** e di *data analysis* del Ministero della salute volti a completare la piattaforma open data e migliorare i sistemi di raccolta dei dati sanitari (92,7 milioni);
- b) alla **reingegnerizzazione del Nuovo sistema informatico sanitario (NSIS)** a livello locale per completare il monitoraggio dei LEA e potenziare la qualità dei dati clinici ed amministrativi (103,3 milioni);
- c) alla **costruzione e realizzazione del cd. National Health Hub**, un modello predittivo di simulazione degli scenari di medio e lungo termine del Sistema sanitario (77 milioni);

allo sviluppo della **piattaforma nazionale per i servizi di Telemedicina** per la loro governance ed effettiva diffusione (19,6 milioni);

- monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI)¹⁵, sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di cui all'articolo 1, comma 1, del D.L. n.73/2024, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n.107; (cfr. *supra*) (**lett. d**);
- integrare il modello di *governance* del Servizio sanitario nazionale (SSN) basato sul Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019 (cfr. *infra*) con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa (**lett. e**);

Il Nuovo Sistema di Garanzia¹⁶ (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è **operativo dal 1° gennaio 2020**. Per un esame più approfondito si veda qui.

¹⁵ Su attività intramoenia cfr. <http://www.salute.gov.it/portale/professionisanzitarie>

¹⁶ Cfr. www.salute.gov.it

- definire, nell'ambito del **Piano nazionale di Governo delle liste di attesa** (PNGLA), ai sensi dell'articolo 1, comma 280, [della legge 23 dicembre 2005, n.266](#)¹⁷, **le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano**, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, definendo *standard* nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale, individuando in particolare:
 - le articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - i canali di prenotazione innovativi;
 - la ridefinizione dei percorsi di tutela;
 - il potenziamento e individuazione delle articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - i criteri e indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti *web*;
 - il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del SSN coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni (**lett. f**).

In proposito va ricordato che il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#), è stato siglato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, e va a sostituire e aggiornare il precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012¹⁸. Il Piano (al cui contenuto si fa rinvio) prevede una serie di misure e prescrizioni da osservare¹⁹ e prescrive il **rispetto**, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, **dei tempi massimi di attesa** individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

Il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#) riporta, nei punti 3.1 e 3.2, l'elenco delle **prestazioni ambulatoriali e delle**

¹⁷ Legge finanziaria 2006

¹⁸ Cfr. www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglio

¹⁹ Tra le quali, l'**obbligo di indicare** chiaramente sulle prescrizioni il **quesito diagnostico**, se si tratta di prestazioni in primo accesso o accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la **classe di priorità**, la gestione trasparente e la totale visibilità, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali, delle **Agende di prenotazione** sia delle strutture pubbliche sia delle strutture private accreditate, sia per l'attività istituzionale sia per la libera professione intramuraria, la conferma delle **aree cardiovascolare e oncologica** quali aree **prioritarie** per lo sviluppo e il monitoraggio di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, la facoltà, nelle strutture che non rispetteranno i tempi di attesa individuati dalla Regione, di attuare il blocco dell'attività libero professionale intramuraria.

prestazioni in regime di ricovero soggette a monitoraggio.

Il PNGLA più recente ha a sua volta determinato l'emanazione dei **Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa**, con cui le Regioni e le Province Autonome hanno dovuto recepire (entro 60 giorni dalla pubblicazione del PNGLA) le indicazioni contenute nel Piano Nazionale, declinandole secondo le proprie caratteristiche ed esigenze specifiche.

Con tale Piano le Regioni e le Province Autonome rafforzano il loro impegno per gestire le liste di attesa, ridurre i tempi e garantire un appropriato accesso ai servizi sanitari. I tempi massimi di attesa stabiliti in questi piani non possono comunque essere superiori a quelli nazionali²⁰.

Sempre secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale, quanto contenuto da tali Piani Regionali è stato poi ripreso e ulteriormente adattato dai Piani Attuativi Aziendali che le Aziende Sanitarie sono state chiamate a elaborare, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale/Provinciale e in coerenza con esso. Il Programma Attuativo Aziendale è reso **disponibile sul portale dell'azienda sanitaria** e costantemente aggiornato.

Va poi ricordato che con [Decreto direttoriale del 21 dicembre 2023](#), è stato istituito presso il Ministero della salute il **Tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-2026**.

Come evidenziato nel richiamato atto normativo la finalità è quella di procedere all'elaborazione di un nuovo documento di riferimento per il triennio 2024-26 volto ad introdurre elementi innovativi di governo delle liste d'attesa, sia in ragione delle innovazioni tecnologiche ed infrastrutturali maturate in questi ultimi anni che permettono una maggiore accessibilità a dati puntuali, tempestivi e aggiornati, sia al fine di implementare in ottica migliorativa gli attuali modelli di gestione e monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa, sia per integrare le politiche apprese durante la crisi pandemica.

Il più recente intervento in materia di liste di attesa è recato dalla [legge di Bilancio 2024](#) (art. 1, co. 232, L. n. 213/2023) che ha autorizzato le Regioni e le Province autonome a potersi avvalere fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste ai commi 218-222 (**incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive** personale medico e sanitario) della medesima legge (cfr. *infra* art. 12), potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in **deroga** alla normativa vigente sui limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95²¹ (L. n. 135/2012)²².

²⁰ Sul punto: SDA Bocconi - Novartis, [Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane](#), marzo 2022.

²¹ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*.

²² L'acquisto in deroga riguarda in particolare la normativa cd. di *spending review* (ex articolo 15, comma 14, primo periodo, del DL. 95/2012) riferita alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale **ad alto rischio di inappropriata spesa** per le quali si è inteso applicare una riduzione - sia dell'importo che dei volumi d'acquisto delle prestazioni - in una misura percentuale fissa applicata dalla Regione o Provincia autonoma di riferimento a tutti i contratti e accordi vigenti nell'esercizio 2012, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla

Il comma 2 prevede che il **SINGLA** sia **governato da una Cabina di regia presieduta dal Ministro della salute**. Viene disciplinata la **composizione della Cabina di regia (CdR)** prevedendosi che alla stessa partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza Stato-Regioni, il capo del dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Si prevede inoltre che **alle sedute della CdR possono essere invitati a partecipare, in ragione della tematica affrontata**, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, i rappresentanti delle federazioni e degli ordini **delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche (così modificato in sede referente)**, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della CdR non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati. Alla CdR è attribuito il **compito di sovrintendere all'elaborazione del [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa](#)** e di vigilare sull'attuazione delle misure previste nel provvedimento in esame, avvalendosi del supporto **[dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa](#)**²³ di cui all'articolo 3, comma 3 (comma 3).

In proposito si ricorda che, conformemente alle previsioni contenute nell'Allegato A **[del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021](#)**, L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa è stato istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, con **[Decreto ministeriale 20 giugno 2019](#)** e rinnovato con **[Decreto ministeriale 31 dicembre 2021](#)**.

All'Osservatorio spettano una serie di compiti, tra i quali:

spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. In questo ambito, il **[Decreto ministeriale 18 ottobre 2012](#)** ha fissato una tariffa massima per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, come importo massimo rimborsabile a carico del SSN.

²³ Sull'Osservatorio cfr. anche art. 3

- il supporto alle Regioni ed alle Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021;
- il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel PNGLA 2019-2021, effettuando, al contempo, l'analisi delle criticità rilevate nell'attuazione delle disposizioni in parola, fornendo indicazioni tese ad omogeneizzare i comportamenti delle Regioni e Province Autonome, al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- l'elaborazione delle modalità di monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Al coordinamento dell'Osservatorio spetta poi l'elaborazione, con cadenza annuale, della relazione al Ministro della Salute da cui emergano le criticità rilevate, corredata delle misure correttive suggerite. L'Osservatorio è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nonché dai rappresentanti delle Regioni e Province Autonome e dalle Organizzazioni civiche di tutela della salute. Esso rimane in carica fino alla vigenza del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.

Il comma 3-bis, inserito nel corso dell'esame al Senato, demanda ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, di modifica del [D.M. 12 marzo 2019](#), recante *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, l'individuazione di un indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, mediante le informazioni disponibili sul [Nuovo Sistema Informativo Sanitario \(NSIS\)](#), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso è stato introdotto con il citato [DM 12 marzo 2019](#), ed è **operativo dal 1° gennaio 2020**.

Gli indicatori individuati nell'[allegato I](#) del DM 12 marzo 2019 sono **88, distribuiti per macro-aree:**

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- 33 per l'assistenza distrettuale
- 24 per l'assistenza ospedaliera
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- 1 indicatore di equità sociale

- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO²⁴, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto)²⁵.

Il comma 4 prevede la **clausola di invarianza degli oneri finanziari**, disponendo che dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

²⁴ Broncopneumopatia cronica ostruttiva

²⁵ Per maggiori informazioni sul tema cfr. <https://www.salute.gov.it>

Articolo 3

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa)

L'articolo 3 istituisce, presso il Ministero della salute, il **registro delle segnalazioni**, a cui accedono i cittadini tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante **avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale (comma 1)**.

Si dispone poi sulla copertura degli oneri recati dalle disposizioni di cui al comma 1, quantificati, quanto a quelli derivanti dall'istituzione del registro in 305.000 euro per l'anno 2025, e quanto a quelli derivanti dal funzionamento del registro in 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025 (**comma 2**).

Viene poi previsto che con **decreto del Ministro della salute**, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legge in esame, sono disciplinati **i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa**, al quale partecipano comunque **i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato-Regioni e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute**, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o emolumenti di altra natura (**comma 3**).

L'articolo 3, istituisce presso il **Ministero della salute, il registro delle segnalazioni**, a cui accedono i cittadini tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale (**comma 1**).

In proposito la relazione illustrativa specifica che si tratta di uno strumento attraverso il quale i cittadini, al fine di tutelare i propri diritti in materia di prestazioni sanitarie, possono segnalare i disservizi derivanti dal mancato rispetto delle liste di attesa.

Si dispone poi sulla copertura degli oneri recati dalle disposizioni di cui al comma 1.

In particolare si prevede che **agli oneri derivanti dall'istituzione del registro** quantificati **in 305.000 euro per l'anno 2025**, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della [legge 31 dicembre 2009, n. 196](#)²⁶, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024-2026.

Il comma 5 del citato art. 34-ter prevede che in esito al riaccertamento di cui al comma 4²⁷, in apposito allegato al Rendiconto generale dello Stato è quantificato per ciascun Ministero l'ammontare dei residui passivi perenti eliminati. Annualmente, successivamente al giudizio di parifica della Corte dei conti, con la legge di bilancio, le somme corrispondenti agli importi di cui al periodo precedente possono essere riscritte, del tutto o in parte, in bilancio su base pluriennale, in coerenza con gli obiettivi programmati di finanza pubblica, su appositi Fondi da istituire con la medesima legge, negli stati di previsione delle amministrazioni interessate.

Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro quantificati in **40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025**, si provvede invece mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente, iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute (**comma 2**).

Viene infine rimesso ad un **decreto del Ministro della salute**, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, il compito di disciplinare i compiti, le modalità di funzionamento e **la composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa**, al quale partecipano in ogni caso **i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute.**

Il medesimo decreto definisce anche le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate

²⁶ Legge di contabilità e finanza pubblica

²⁷ Riguardante la sussistenza delle partite debitorie iscritte nel conto del patrimonio dello Stato in corrispondenza di residui perenti, esistenti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

dall'Osservatorio. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o emolumenti di altra natura (**comma 3**).

In proposito va ricordato che attualmente, conformemente alle previsioni di cui all'Allegato A del [del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021](#), approvato con [Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 febbraio 2019](#), l'Osservatorio Nazionale delle liste di attesa è stato istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, con [Decreto ministeriale 20 giugno 2019](#) e rinnovato con [Decreto ministeriale 31 dicembre 2021](#), decreti che ne hanno definito le funzioni (cfr. *supra* art. 4, comma 2) e la specifica composizione. In particolare, il citato D.M. 20 giugno 2019 ha previsto (art. 1) che esso sia composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari Regionali, dell'Istituto Superiore di Sanità, nonché dai rappresentanti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e dalle Organizzazioni civiche di tutela della salute (conformemente alle previsioni del citato Piano).

La disposizione in esame inserisce, quindi, la previsione di alcune prescrizioni relative alla composizione dell'Osservatorio e alle sue funzioni in un atto normativo primario, fatte salve le ulteriori specifiche da definirsi nel decreto ministeriale ivi contemplato.

Articolo 4 ***(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)***

L'**articolo 4** detta **disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni**. Esso prevede che, per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, del vigente ["Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie \(biologi, chimici, psicologi\) ambulatoriali adottato ai sensi dell'articolo 8²⁸ del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni"](#), di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente Stato-Regioni del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20 (**comma 1**).

Il **comma 2** prevede, per le prestazioni di cui al comma 1, la possibilità di **incrementare fino a 100 euro lordi onnicomprensivi**, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 del vigente "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni". Lo stesso comma statuisce poi che restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

Il **comma 3**, infine, prevede che per le finalità di cui al comma 2, è autorizzata la spesa di **100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026**, a cui si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della [Legge n. 213 del 2023](#), e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'allegato III della citata Legge n. 213 del 2023.

²⁸ In particolare, il comma 1 dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 stabilisce che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Inoltre, detta anche i criteri da tenere in conto nella stipula di tali contratti.

Per garantire la **completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa** (cfr. *supra* art. 2), il **comma 1** stabilisce che le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, del vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del [decreto legislativo n. 502 del 1992](#)²⁹, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente Stato-Regioni del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

Si ricorda che l'articolo 20, comma 1, del vigente ["Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie \(biologi, chimici, psicologi\) ambulatoriali adottato ai sensi dell'articolo 8³⁰ del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni"](#) prevede che l'Azienda sanitaria, prima di dare attuazione al comma 2 secondo cui la stessa è tenuta a verificare la possibilità di completare, anche nel periodo di prova, entro il massimale orario di 38 ore settimanali, l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale, deve dare seguito alla procedura di mobilità intraaziendale.

Al fine di procedere alla mobilità interna, le domande devono essere presentate dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno dagli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti, che abbiano maturato, entro tale termine, un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi. L'Azienda valuta ed accoglie le richieste con prelazione di scelta per chi ha maggior anzianità di incarico nella stessa, in subordine il maggior numero di ore di incarico ed infine la maggiore età. Pertanto, solo in seguito l'Azienda verifica la possibilità di completare l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale.

Il comma 1 dell'articolo in commento stabilisce, tuttavia, la possibilità che tale verifica di completamento dell'orario possa essere svolta anche in deroga a quanto previsto con riguardo alla procedura di mobilità interna all'Azienda sanitaria.

²⁹ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

³⁰ In particolare, il comma 1 dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 stabilisce che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Inoltre, detta anche i criteri da tenere in conto nella stipula di tali contratti.

Il **comma 2** prevede, per le prestazioni di cui al comma 1, la possibilità di incrementare fino a **100 euro lordi omnicomprensivi**, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 del vigente "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del [decreto legislativo n. 502 del 1992](#) e successive modificazioni ed integrazioni". Lo stesso comma statuisce poi che restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

A tal riguardo, l'articolo 43 del vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali stabilisce le modalità di calcolo dei compensi per gli specialisti ambulatoriali e veterinari a tempo indeterminato.

In particolare, secondo tale articolo, il trattamento economico degli specialisti ambulatoriali e veterinari si articola in: una quota oraria e una quota variabile, diretta nell'ambito dei programmi regionali e aziendali al raggiungimento di *standard* organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza.

L'articolo 44 del medesimo Accordo prevede le modalità di calcolo dei compensi per i professionisti a tempo indeterminato, ripartendo anche in tal caso il calcolo del trattamento economico in una quota oraria e una variabile.

Il **comma 3**, infine, prevede che per le finalità di cui al comma precedente è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a cui si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto [dall'articolo 1, comma 220, della Legge n. 213 del 2023](#)³¹, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui [all'allegato III della citata Legge n. 213 del 2023](#).

Si ricorda che il **comma 220** dell'articolo 1 della Legge n. 213 del 2023 (Legge di Bilancio 2024) prevede un'autorizzazione di spesa per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026 di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario** del comparto, per le finalità di cui ai commi 218 e 219. Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente. Gli importi di cui all'allegato III della legge in esame costituiscono

³¹ *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.*

limite di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma per le finalità dell'articolo in commento.

In particolare il comma 218, al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario Nazionale (SSN), di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, **estende fino al 31 dicembre 2026** la facoltà di ricorrere **agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico** - di cui alla contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità - prevista, per l'anno 2023, dall'articolo 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023³² (pari a 100 euro lordi onnicomprensivi), disponendo, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026, tutte** le prestazioni aggiuntive svolte. Vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi.

Per le medesime finalità, al comma 219 è prevista **l'applicazione fino al 31 dicembre 2026** delle disposizioni richiamate (art. 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023) anche **alle prestazioni aggiuntive svolte** - ai sensi della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità -, **dal personale sanitario** operante nelle citate aziende ed enti del SSN, disponendosi, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026, tutte** le prestazioni aggiuntive svolte. Viene poi stabilito che l'aumento della tariffa possa arrivare fino a **60 euro lordi onnicomprensivi** (invece dei 50 previsti dal richiamato art. 11 del D.L. n. 34/2023), al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Anche in tal caso vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi (**comma 219**).

Inoltre, alla copertura degli oneri indicati, pari complessivamente a **280 milioni di euro** per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026**, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* come rideterminato dall'articolo 41 (**comma 221**).

L'**Allegato III**, in attuazione dell'articolo 1, comma 220 della Legge n. 213 del 2023 (Legge di Bilancio per il 2024), riporta la tabella relativa all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale sanitario del comparto sanità operante nelle aziende e negli enti del SSN.

Si ricorda che **l'articolo 7 del Decreto-legge n. 73 del 2024**, in materia di riduzione delle liste di attesa, prevede al **comma 1** che i **compensi** erogati per lo svolgimento delle **prestazioni aggiuntive** di cui all'articolo 89, comma 2, del [CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019-2021](#), del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge di bilancio 2024 ([legge n. 213 del 2023](#)), tenuto conto anche di quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo, sono soggetti a una **imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito** delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al **15%**.

³² *Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.*

Si ricorda, infine, che ai sensi dell'**articolo 7, comma 2, [D.L. n. 73 del 2024](#)**³³, convertito con modificazioni dalla L. n. 107 del 2024, i compensi erogati per lo svolgimento delle **prestazioni aggiuntive** di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del **[CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021](#)**, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio 2024, sono soggetti a una **imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito** delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al **15%**.

³³ *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.*

Articolo 5

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

L'articolo 5 è finalizzato a prevedere la **cessazione del carattere sperimentale**, previsto comunque **fino al 31 dicembre 2026**, del regime disposto dalla normativa vigente con riferimento alla possibilità, per i **medici in formazione specialistica** regolarmente iscritti al relativo corso di studi, di assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, **incarichi libero-professionali**, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i **servizi di emergenza-urgenza ospedalieri** del SSN, per un massimo di 8 ore settimanali. Ora tale possibilità viene prevista **a regime**, estendendo al contempo a **10 le ore settimanali delle prestazioni** previste nell'ambito dei predetti incarichi.

L'articolo 5 in commento – composto da un unico comma - prevede una duplice modifica all'articolo 12, comma 2, del [D.L. n. 34/2023](#) (L. n. 56/2023)³⁴ in tema di assunzione su base volontaria, per i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi, e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, di **incarichi libero-professionali**, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, riferiti in particolare ai **servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN**.

Più nello specifico le modifiche proposte prevedono:

- la **soppressione del carattere sperimentale** della possibilità di assumere i predetti incarichi, cui consegue l'entrata a regime del sistema che si protrarrà anche successivamente al 31 dicembre 2026;
- l'**incremento del numero di ore settimanali delle prestazioni** previste, aumentate da un massimo di 8 ad un massimo di 10.

In proposito si ricorda che nella normativa vigente, tale regime sperimentale, e' previsto fino al 31 dicembre 2026, dall'articolo 12, comma 2 del richiamato [D.L. n. 34/2023](#), in deroga alle **incompatibilità** disposte dall'articolo [40 del D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368](#)³⁵ - che detta la disciplina per la durata della formazione a tempo pieno del medico cui è pertanto inibito l'esercizio di attività libero-professionali all'esterno delle strutture assistenziali in cui viene effettuata la

³⁴ Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.

³⁵ Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE.

formazione³⁶-, oltre che in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 - in materia di *gestione delle risorse umane* - del [D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#)³⁷ che dispone circa l'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, ferma restando la previsione dell'articolo [11, comma 1, del DL. 30 aprile 2019, n. 35](#)³⁸, in tema di *spesa per il personale* (L. n. 60/2019); come ricordato in base al richiamato articolo 12, comma 2, del D.L. 34/2023, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, **incarichi libero-professionali**, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i **servizi di emergenza-urgenza ospedalieri** del SSN, per un massimo di 8 ore settimanali.

Al riguardo si sottolinea che la specifica disciplina prevista dal richiamato decreto che regola il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche prevede (al comma 6 del richiamato articolo 7) che per specifiche esigenze cui non possono far fronte con personale di servizio, le amministrazioni pubbliche possono conferire esclusivamente incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, in presenza di alcuni presupposti, vale a dire:

a) l'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente, ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione conferente; b) l'amministrazione deve avere preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili al suo interno; c) sulla prestazione: essa ha obbligatoriamente natura temporanea e altamente qualificata; non ne è ammesso il rinnovo; è consentita l'eventuale proroga dell'incarico originario, in via eccezionale, al solo fine di completare il progetto e per ritardi non imputabili al collaboratore, ferma restando la misura del compenso pattuito in sede di affidamento dell'incarico; d) devono essere preventivamente determinati durata, oggetto e compenso della collaborazione.

Ciò entro i limiti dettati al menzionato articolo 11, comma 1, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 riguardante la disciplina del **tetto alla spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle Regioni**, calcolato applicando, per ognuna di esse, un incremento annuo rispetto al valore della spesa per il personale degli enti ed aziende del SSN sostenuta nel 2018 ovvero, se superiore, rispetto al valore massimo che sarebbe stato consentito nel medesimo 2018 in base alla previgente normativa (v. *infra*).

La RT fa presente che la disposizione interviene sulla normativa vigente per la quale sono già previste apposite coperture finanziarie e, pertanto, non si determinano nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. La

³⁶ La evidenziata incompatibilità inibisce peraltro ogni rapporto convenzionale o precario con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari pertanto a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria.

³⁷ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

³⁸ *Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.*

relazione illustrativa fa inoltre presente che il comma 2 dell'articolo 12 era già stato modificato dall'articolo 44-*quater* del [D.L. n. 19/2024](#) (L. n. 56/2024)³⁹ prevedendo l'**estensione a tutti i servizi sanitari** (e non solo presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN) i suddetti incarichi libero-professionali al di fuori dell'orario dedicato alla formazione dei medici specializzandi. Ne consegue che per i servizi sanitari diversi da quelli di emergenza-urgenza permane la possibilità di attribuzione di incarichi in esame con carattere sperimentale fino al 31 dicembre 2026 nel limite massimo delle 8 ore settimanali.

³⁹ *Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).*

Articolo 6

(Limiti massimi di età per il collocamento a riposo dei docenti universitari che svolgono attività presso enti e aziende del Servizio sanitario nazionale)

L'articolo 6 – inserito dal Senato – modifica una disciplina transitoria⁴⁰ in materia di limiti massimi anagrafici per il collocamento a riposo dei docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia. In base alle modifiche in oggetto: la possibilità –prevista dalla disciplina transitoria – di trattenimento in servizio fino al settantaduesimo anno di età, e comunque non oltre il 31 dicembre 2025, viene prorogata fino al 31 dicembre 2026 (resta ferma la cessazione a tale data anche qualora il compimento del suddetto limite anagrafico sia successivo); come ambito di applicazione della disciplina transitoria, si fa riferimento a tutti i docenti universitari, a tempo pieno, che svolgono, in relazione alle materie di propria competenza, attività presso enti e aziende del Servizio sanitario nazionale (quindi, attività eventualmente anche diverse da quelle assistenziali in medicina e chirurgia); si introduce la condizione dell'impegno allo svolgimento – durante il trattenimento in servizio (motivato in relazione a comprovate esigenze assistenziali o ad attività di ricerca e formazione) – di attività di tutoraggio in favore di giovani assunti con contratto per ricercatore universitario a tempo determinato⁴¹.

Resta fermo che i soggetti rientranti nella deroga transitoria in esame non possono mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura

⁴⁰ Disciplina di cui all'articolo 1, comma 164-bis, della [L. 30 dicembre 2023, n. 213](#). Per altri soggetti interessati dalla normativa transitoria di cui al citato comma 164-bis, si rinvia alla scheda di lettura dell'**articolo 21**.

Si ricorda che il comma 164 dello stesso articolo 1 della L. n. 213, e successive modificazioni, ha modificato, con norma di carattere permanente, i limiti massimi di permanenza in servizio per tutti i professionisti sanitari del Servizio sanitario nazionale; in particolare, il comma ha previsto che tali soggetti possano presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, fermo restando un limite massimo anagrafico di settanta anni.

Si ricorda altresì che per i professori universitari, ordinari e associati, il limite massimo di età per il collocamento a riposo è costituito dal termine finale dell'anno accademico nel quale il soggetto abbia compiuto il settantesimo anno di età (articolo 1, comma 17, della [L. 4 novembre 2005, n. 230](#)).

Riguardo a una possibilità generale di trattenimento in servizio dei dipendenti pubblici fino al compimento del settantesimo anno di età, cfr. l'articolo 1, comma 165, della [L. 30 dicembre 2024, n. 207](#).

⁴¹ Riguardo a quest'ultima figura contrattuale, cfr. il richiamato articolo 24, comma 3, della [L. 30 dicembre 2010, n. 240](#), e successive modificazioni.

complessa o dipartimentale o di livello generale⁴².

Dall'attuazione del presente **articolo 6** non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

⁴² Cfr., in merito, il citato comma 164-*bis* dell'articolo 1 della L. n. 213 del 2023.

Articolo 7

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

L'**articolo 7** detta disposizioni relative al **reclutamento del personale sanitario**.

Il **comma 1**, al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dell'affidamento a terzi dei servizi sanitari e di reinternalizzare i medesimi servizi appaltati ad operatori economici privati secondo quanto previsto [dall'articolo 10 del D. L. 34/2023, conv. con modif. con L. n. 56/2023](#)⁴³, consente alle Regioni e agli altri enti del SSN di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitari attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga [all'articolo 7, comma 5-bis, del D. Lgs. n. 165/2001](#)⁴⁴, nel rispetto dei limiti previsti [dall'articolo 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, conv. dalla L. n. 122/2010](#)⁴⁵.

Il **comma 2** prevede che i direttori generali delle aziende e degli enti del SSN redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è comunicata al collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del SSN e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento, che provvede all'inoltro alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

L'**articolo 7, comma 1**, al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dell'affidamento a terzi dei servizi sanitari e di reinternalizzare i medesimi servizi appaltati ad operatori economici privati secondo quanto previsto [dall'articolo 10 del D. L. 34/2023, conv. con modif. con L. n. 56/2023](#), consente alle Regioni e agli altri enti del SSN di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitari attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga [all'articolo 7, comma 5-bis, del D. Lgs. n. 165/2001](#), nel rispetto dei limiti previsti [dall'articolo 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, conv. dalla L. n. 122/2010](#).

⁴³ *Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.*

⁴⁴ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

⁴⁵ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*

Si ricorda che l'**articolo 10 del Decreto-legge n. 34 del 2023**, conv. con modif. dalla Legge n. 56 del 2023, disciplina gli affidamenti a terzi dei servizi medici ed infermieristici, operati – esclusivamente in caso di necessità e urgenza - dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per sopperire alla carenza di organico.

Sono delineati presupposti, modalità e limiti di tali affidamenti, rinviando per la definizione di linee guida a un successivo decreto del Ministro della salute, da adottarsi previo parere dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC)⁴⁶.

Sono previste esenzioni da tale disciplina per alcune specifiche tipologie di contratti. Inoltre, si preclude la ricostituzione del rapporto di lavoro con il SSN al personale sanitario che interrompa volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi medici ed infermieristici alle aziende e gli enti dell'SSN. Sono altresì introdotte delle norme volte alla reinternalizzazione dei servizi sanitari, attraverso procedure selettive per il reclutamento del personale da impiegare per l'assolvimento delle funzioni precedentemente esternalizzate; in tale ambito, si prevede la valorizzazione del personale impiegato in mansioni sanitarie e socio-sanitarie corrispondenti nelle attività dei servizi esternalizzati, che abbia garantito assistenza ai pazienti per almeno sei mesi di servizio e non si sia in precedenza dimesso, in costanza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con il SSN, dalle dipendenze dello stesso.

Inoltre, la norma in commento precisa che il reclutamento in esame avviene **in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del [D. Lgs. n. 165/2001](#)**⁴⁷.

Il citato comma 5-bis fa divieto alle amministrazioni pubbliche di stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro. I contratti posti in essere in violazione del presente comma sono nulli e determinano responsabilità erariale. I dirigenti che operano in violazione delle disposizioni del presente comma sono, altresì, responsabili ai sensi dell'articolo 21 e a essi non può essere erogata la retribuzione di risultato. Resta fermo che la disposizione di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, relativa all'applicabilità della disciplina del rapporto di lavoro subordinato anche ai rapporti di collaborazione che si concretizzano in prestazioni di lavoro prevalentemente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente, non si applica alle pubbliche amministrazioni.

⁴⁶ Il [parere n. 35](#) è stato reso dall'ANAC in data 24 giugno 2024.

⁴⁷ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

Infine, la disposizione in commento precisa la necessità di rispettare i limiti fissati **dall'articolo 9, comma 28, del [D.L. n. 78/2010](#)**⁴⁸, conv. con modif. dalla Legge n. 122 del 2010.

Tale comma prevede che a decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, gli enti pubblici non economici, le università e gli enti pubblici di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Per le medesime amministrazioni la spesa per personale relativa a contratti di formazione-lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro, nonché al lavoro accessorio di cui all'articolo 70, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni ed integrazioni, non può essere superiore al 50 per cento di quella sostenuta per le rispettive finalità nell'anno 2009. I limiti di cui al primo e al secondo periodo non si applicano, anche con riferimento ai lavori socialmente utili, ai lavori di pubblica utilità e ai cantieri di lavoro, nel caso in cui il costo del personale sia coperto da finanziamenti specifici aggiuntivi o da fondi dell'Unione europea; nell'ipotesi di cofinanziamento, i limiti medesimi non si applicano con riferimento alla sola quota finanziata da altri soggetti. Le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Per gli enti locali in sperimentazione di cui all'articolo 36 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 117, per l'anno 2014, il limite di cui ai precedenti periodi è fissato al 60 per cento della spesa sostenuta nel 2009. A decorrere dal 2013 gli enti locali possono superare il predetto limite per le assunzioni strettamente necessarie a garantire l'esercizio delle funzioni di polizia locale, di istruzione pubblica e del settore sociale nonché per le spese sostenute per lo svolgimento di attività sociali mediante forme di lavoro accessorio di cui all'articolo 70, comma 1, del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276. Le limitazioni previste dal presente comma non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, alle regioni e agli enti locali in regola con l'obbligo di riduzione delle spese di personale di cui ai commi 557 e 562 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e nel rispetto della disciplina in materia di spesa per il personale. Resta fermo che comunque la spesa complessiva non può essere superiore alla spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Sono in ogni caso escluse dalle limitazioni previste dal presente comma le spese sostenute per le assunzioni a tempo

⁴⁸ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*

determinato ai sensi dell'articolo 110, comma 1, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267. Per ciascun anno del triennio 2024-2026 la spesa complessiva per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui al settimo periodo non può essere superiore al doppio di quella sostenuta per la stessa finalità nell'anno 2009. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale il limite di cui al presente comma opera a livello regionale; conseguentemente le regioni indirizzano e coordinano la spesa degli enti del rispettivo servizio sanitario regionale in conformità a quanto previsto dal presente comma, fermo restando quanto disposto per ciascuno di essi dall'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. Per il comparto scuola e per quello delle istituzioni di alta formazione e specializzazione artistica e musicale trovano applicazione le specifiche disposizioni di settore. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 188, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Per gli enti di ricerca resta fermo, altresì, quanto previsto dal comma 187 dell'articolo 1 della medesima legge n. 266 del 2005, e successive modificazioni. Alla copertura del relativo onere si provvede mediante l'attivazione della procedura per l'individuazione delle risorse di cui all'articolo 25, comma 2, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98. Alle minori economie pari a 27 milioni di euro a decorrere dall'anno 2011 derivanti dall'esclusione degli enti di ricerca dall'applicazione delle disposizioni del presente comma, si provvede mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate derivanti dall'articolo 38, commi 13-bis e seguenti. Il presente comma non si applica alla struttura di missione di cui all'art. 163, comma 3, lettera a), del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. Il mancato rispetto dei limiti di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale. Per le amministrazioni che nell'anno 2009 non hanno sostenuto spese per le finalità previste ai sensi del presente comma, il limite di cui al primo periodo è computato con riferimento alla media sostenuta per le stesse finalità nel triennio 2007-2009.

Il **comma 2** prevede che i direttori generali delle aziende e degli enti del SSN redigono, entro il **30 novembre di ogni anno**, una **dichiarazione** nella quale **certificano i reclutamenti di personale** effettuati ai sensi del comma 1.

Tale dichiarazione è comunicata al collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del SSN e successivamente **trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento**, che provvede all'**inoltrare** alle competenti **Direzioni generali** del Ministero della salute, **entro il 15 dicembre** di ogni anno.

• *Il personale sanitario c.d. gettonisti*

In merito il fenomeno dell'affidamento a terzi dei servizi sanitari (il fenomeno del personale sanitario c.d. "gettonista") occorre ricordare che sono definiti

“gettonisti” i medici assunti temporaneamente attraverso agenzie esterne (cooperative o agenzie interinali) per coprire le carenze di personale nelle strutture sanitarie pubbliche, soprattutto negli ospedali, al fine di compensare la carenza di personale medico.

A tal proposito, in risposta all’interrogazione a risposta immediata in Commissione XII n. 5/01701 del 6/12/2023, il Governo ha ricordato che il reiterarsi nel tempo delle diverse misure di contenimento della spesa, ed in particolare dei vincoli assunzionali, ha determinato negli ultimi anni una significativa riduzione del personale del Servizio sanitario nazionale, con conseguenti gravi difficoltà nell’organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

La situazione emergenziale ha ulteriormente acuito le difficoltà del sistema e, pertanto, sin dal manifestarsi della pandemia, si è reso necessario adottare misure del tutto straordinarie per consentire alle regioni e province autonome di poter reclutare, in tempi rapidissimi, professionisti con rapporti di lavoro flessibile stanziando le necessarie risorse.

Le predette misure sono state poi prorogate anche dopo la cessazione dello stato di emergenza per fronteggiare il persistere delle difficoltà registrate su tutto il territorio nazionale ed in particolare in alcuni settori maggiormente critici.

Per quanto riguarda, poi, la situazione anagrafica dei professionisti sanitari va ricordato che i medici iscritti all'albo di età inferiore a 75 anni sono circa 380.000 (fonte ENPAM). Di questi oltre il 40 per cento ha un'età maggiore o uguale a 60 anni. La «gobba pensionistica» pertanto per i medici appare in via di prossimo esaurimento.

Per quel che riguarda invece gli infermieri iscritti all'albo (con esclusione degli infermieri pediatrici) quelli con età inferiore a 75 anni sono 445.000 (fonte FNOPI). Di questi circa un terzo ha un'età compresa tra i 50 ed i 59 anni. Si tratta pertanto di professionisti per i quali nei prossimi anni si assisterà ad una imponente uscita dal mercato del lavoro.

In risposta alla citata interrogazione il Governo ha ricordato che il Ministero della salute, con l'obiettivo di assicurare al sistema un numero adeguato di professionisti, in questi anni è stato fortemente impegnato nella definizione di una specifica metodologia e di un modello previsionale ai fini della programmazione degli accessi ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, sviluppati nel corso dell'iniziativa comunitaria «*Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*» divenuta oggetto degli Accordi Stato Regioni del 9 giugno 2016 e del 25 maggio 2017.

In tale contesto il fabbisogno formativo di professionisti sanitari negli ultimi anni è aumentato significativamente per la quasi totalità delle figure professionali a livello nazionale.

Ciò non solo a causa dell'entità prevista dei futuri pensionamenti, ma soprattutto alla luce del *trend* evolutivo in atto, accelerato ulteriormente dalla situazione emergenziale legata alla pandemia da COVID-19, che vede alcune prestazioni e servizi sanitari in forte crescita in risposta alle aumentate necessità della popolazione attuale e futura.

L'incremento più evidente del fabbisogno formativo di professionisti sanitari espresso dalle regioni e dalle Federazioni concerne la professione di medico chirurgo, il cui fabbisogno formativo è più che raddoppiato negli ultimi anni accademici, passando da 8.700 unità dell'anno accademico 2017/2018 a 18.133 unità riferite all'anno accademico 2023/2024. Parallelamente anche il numero di posti disponibili per l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia è cresciuto.

Anche il fabbisogno formativo di infermieri è aumentato di oltre 90 punti percentuali dall'anno accademico 2017/2018 all'anno accademico 2023/2024. Analogamente anche il numero di posti per le immatricolazioni ai rispettivi corsi di laurea delle professioni sanitarie, nei limiti della capacità formativa degli atenei, è cresciuto in misura importante. Tuttavia le domande di iscrizione ai corsi di laurea in infermieristica risultano in flessione rispetto al crescente numero di posti disponibili a causa della poca attrattività verso la professione.

Anche sul fronte della formazione dei medici specialisti viene ricordato che il Ministero della salute, già in tempi antecedenti all'emergenza COVID-19, nell'ottica di garantire un potenziamento strutturale nel medio-lungo periodo delle risorse umane del SSN, nonché il necessario prosieguo del percorso formativo dei neo-laureati in medicina e chirurgia – e nella consapevolezza delle carenze legate all'approssimarsi della «gobba pensionistica» dei medici nell'ambito delle strutture del SSN – ha posto in essere una serie di azioni considerate di valore strategico, tra le quali numerosi interventi volti all'incremento delle risorse finanziarie destinate ai contratti statali per l'accesso alle scuole di formazione medico specialistica che hanno consentito nel tempo di soddisfare l'intero fabbisogno formativo definito dalle regioni e di riassorbire il cosiddetto imbuto formativo che rappresenta ormai una criticità superata.

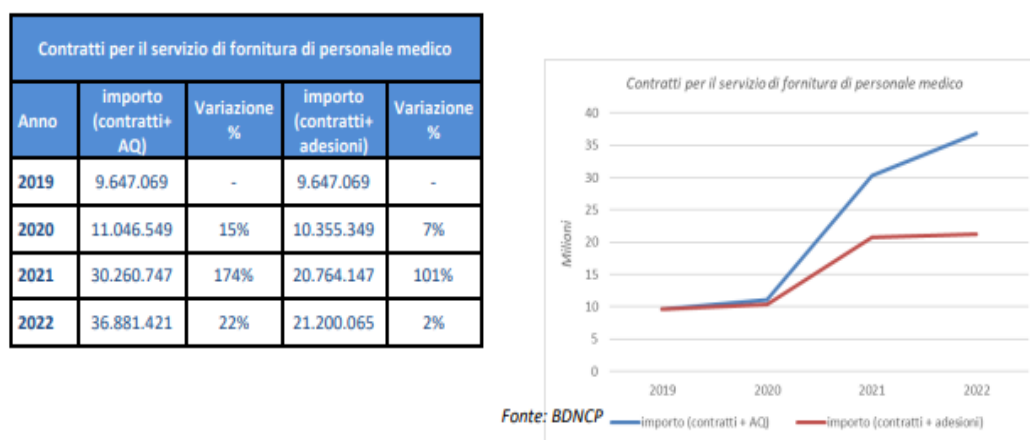
In merito ai crescenti fabbisogni espressi dalle regioni ai fini della definizione degli accessi ai corsi di laurea dei professionisti sanitari, ai quali è corrisposto nel tempo un incremento dell'offerta formativa, occorre evidenziare che non esistono dati a livello regionale sulla «carezza di personale». La distribuzione del personale e le figure necessarie, infatti, a ciascun sistema regionale, dipendono dai diversi modelli organizzativi delle regioni stesse, pertanto non esistono dei *benchmark* univoci.

E' opportuno sottolineare che la pandemia ha probabilmente contribuito, con il suo carico di stress e sgretolamento di certezze, a determinare l'accentuazione del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti e uno scarso *appeal* nei confronti del SSN. Inoltre sempre meno professionisti sono disposti a legarsi ad un'organizzazione con il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato, preferendo forme di ingaggio atipiche o scegliendo di operare nel settore privato. Tutto ciò determina che sempre più frequentemente, per garantire la funzionalità minima dei servizi, le aziende del SSN ricorrono a forme diverse di esternalizzazione. Vi è pertanto la consapevolezza della necessità di agire in maniera strutturale, sia assicurando le opportune risorse al sistema, sia migliorando l'organizzazione dei servizi per far sì che il SSN torni ad essere maggiormente attrattivo per i giovani.

Sul tema, si segnala il [report dell'Agenzia anticorruzione ANAC](#) relativo ai servizi di fornitura di personale medico e infermieristico, mediante un'**attività di rilevazione e monitoraggio dei prezzi di riferimento** a partire dal mese dal 2019, per la quantificazione dell'approvvigionamento di tali servizi da parte di strutture facenti parte del SSN⁴⁹.

Con riferimento al **personale medico**, i dati relativi al periodo 2019-2022 mostrano che il fenomeno dei "gettonisti" ha visto un sensibile aumento a seguito dell'**emergenza sanitaria iniziata nel 2020** (Fig. 1).

Figura 1. Contratti per il servizio di fornitura di personale medico – Importo dei contratti comprensivo di accordi quadro/convenzioni VS importo dei contratti comprensivo delle adesioni (al netto di AQ/convenzioni). Periodo 2019-2022



Come si vede in tabella, nel periodo pre-pandemico (2019), i contratti, incluse le iniziative avviate come accordi quadro e convenzioni, per il reperimento di personale medico ammontavano a circa 9,6 milioni di euro. L'anno successivo veniva registrata una variazione piuttosto contenuta (pari al 15%) facendo registrare un ammontare pari a 11 milioni. Nel 2021, vale a dire nel pieno della pandemia, invece, si è assistito ad uno **straordinario incremento, pari al 174%**, facendo registrare un valore di ben **30 milioni di euro**.

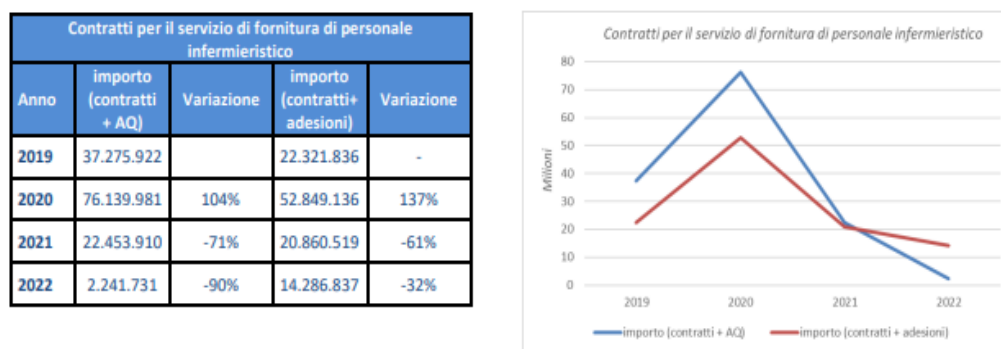
Nell'anno 2022, ancorché fosse in netto calo l'ondata emergenziale che poteva aver giustificato il comportamento dell'anno precedente, si è assistito ad un andamento comunque crescente anche se fortemente rallentato, ma che ha comunque raggiunto un valore pari a circa **37 milioni di euro (+22%)**.

Con riferimento al **personale infermieristico**, i dati mostrano come, a differenza del caso del personale medico, il fenomeno fosse già rilevante nel periodo pre-pandemico: dal 2019 al 2020 si osserva infatti una rilevante crescita (+104%) dei contratti (inclusi gli AQ/convenzioni), seguita da una notevole contrazione negli anni successivi. Nonostante questo, la forte diminuzione osservata in particolare nel 2022 non dimostra un arresto del fenomeno in quanto bisogna tener conto dell'avvio di accordi quadro rilevanti, il che comporta di conseguenza una riduzione delle procedure avviate autonomamente dalle stazioni

⁴⁹ Fonte: BDNCP, Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

appaltanti negli anni successivi. Il dato del 2022 risente quindi verosimilmente dell'avvio di AQ nei precedenti anni.

Tale argomento è confermato dall'analisi sulla spesa effettiva che tiene conto dei contratti ed adesioni al netto degli accordi quadro/convenzioni. Come emerge dal grafico che segue, il calo registrato è più moderato. Calcolando la variazione sull'intero periodo 2019-2022, infatti si registrerebbe infatti una riduzione pari al -94% per la quota "contratti + AQ" e del -36% per la spesa data da "contratti + adesioni": incide in modo rilevante la quota di adesioni effettuate nel 2021 e nel 2022, rispettivamente di 12 e 13 milioni di euro (Fig. 4⁵⁰).



Da questo punto di vista, anche in base a **dati emersi dall'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza** e dei pronto soccorso in Italia, svolta presso la Commissione XII (Affari sociali) della Camera deputati (v. [documento conclusivo](#)), si sottolinea che il fenomeno in esame deriva in special modo dall'effettiva mancata assegnazione dei contratti di specializzazione banditi in Medicina d'emergenza-urgenza (da ultimo complessivamente di 6.125 su 16.165 contratti banditi), anche a causa del significativo tasso di abbandono in tale specializzazione. Si stima infatti che nel settore attualmente manchino oltre 4.500 medici e circa 10.000 infermieri e proprio per far fronte a tale carenza di personale è stato fatto ricorso a lavoratori esterni "gettonisti".

⁵⁰ Fig. 4: contratti per il servizio di fornitura di personale infermieristico – Importo dei contratti comprensivo di accordi quadro/convenzioni VS importo dei contratti comprensivo delle adesioni (al netto di AQ/convenzioni). Periodo 2019-2022

Articolo 8, commi 1 e 2
(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

L'articolo 8, ai commi 1 e 2, detta alcune novelle alle vigenti disposizioni che prevedono **limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie** da soggetti privati accreditati. Viene in particolare incrementato **il tetto di spesa**, quale misura concorrente all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026 (**comma 1**). Si prevede inoltre (**comma 2**) che le risorse relative a questo **ulteriore incremento siano prioritariamente destinate alle prestazioni** di ricovero e ambulatoriali che vengono erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate **di pronto soccorso** ed inserite nella rete dell'emergenza, a seguito di accesso in pronto soccorso, con codice di priorità più elevato (rosso o arancio).

Più in dettaglio, il **comma 1** dell'articolo in commento apporta una modifica al comma 233, articolo 1, della legge di Bilancio per il 2024 ([L. n. 213/2023](#)), allo scopo di prevedere un **ulteriore incremento del limite della spesa** per l'acquisto di **prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati** pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026, rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, cui consegue un **livello complessivo** di 3,5 punti percentuali nel 2025 e di 5 punti percentuali dal 2026.

Rimane immutato il limite di spesa per il 2024, pari ad 1 punto percentuale.

La disposizione in esame qualifica espressamente la rideterminazione del tetto quale **misura concorrente all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza**, e ribadisce, inoltre, il necessario rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Più in dettaglio, si tratta delle strutture accreditate per cui vale la clausola di **salvaguardia dal limite di spesa** di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo del D.L. n. 95/2012 (L. n. 35/2012), cd. di *Spending review*, che in base alla disciplina di riferimento rappresentano soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera.

In base alle stime riportate nelle relazioni illustrativa e tecnica, l'**onere addizionale** previsto per il 2025 è stimato in 61,5 milioni di euro e in 123 milioni per il 2026, considerato che il volume della spesa per acquisti da privati

accreditati di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale nell'anno 2011 (anno di riferimento) ammonta a complessivi 12 miliardi di euro. Si sottolinea che le coperture sono rinvenibili nell'ambito del fabbisogno sanitario regionale standard e, poiché la disposizione in esame prevede l'incremento addizionale solo se viene garantito il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del sistema sanitario regionale, ne consegue che la garanzia di copertura della maggiore spesa programmata è data dalle risorse del fabbisogno sanitario regionale standard ovvero attraverso preordinate risorse da bilancio regionale.

Si ricorda inoltre che, in base alla disciplina già vigente⁵¹, in vigore a decorrere dal 2020, il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati era determinato dal valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

In precedenza⁵², il tetto in oggetto era stato pari al valore della spesa consuntivata per l'anno 2011, diminuito dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

Si ricorda, inoltre, che la disciplina limitativa di spesa in questione è stata oggetto, nel tempo, di diversi interventi di deroga: il [DL n. 18/2020](#)⁵³ (c.d. Cura Italia, art. 3), ha permesso alle regioni e alle province autonome, a date condizioni, di acquistare prestazioni sanitarie - oltre il *budget* prefissato - per affrontare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19; il [DL n. 73/2021](#)⁵⁴ (c.d. DL Sostegni-bis, art. 26, co. 2), al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica, ha permesso di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, in deroga al tetto vigente in materia, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai *budget* attribuiti per l'anno 2020; la legge di bilancio 2022⁵⁵, ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, ha previsto che le regioni e le province autonome possano coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga al tetto di spesa in discorso; in precedenza, l'art. 1 della legge di stabilità 2016 (n. 208/2015), ai commi da 574 a 578, aveva introdotto alcune deroghe alla predetta disciplina di limitazione della spesa, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità.

Al riguardo, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 203 del 2016, ha dichiarato inammissibili alcune questioni di legittimità costituzionale dell'art. 15, comma 14, del citato [D.L. 95/2012](#) sulla *spending review*, introduttivo del tetto di spesa in oggetto, sollevate in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione, e non fondate diverse altre questioni di legittimità costituzionale del medesimo art. 15, comma 14, sollevate in riferimento agli artt. 3, 32, 41, 97 e 117,

⁵¹ V. art. 45, co. 1-ter del [D.L. 124/2019](#), convertito con modificazioni dalla legge 157/2019.

⁵² Cfr. il richiamato art. 15, co. 14, primo periodo, del [D.L. 95/2012](#) sulla *spending review*, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012.

⁵³ Convertito con modificazioni dalla legge 27/2020.

⁵⁴ Convertito con modificazioni dalla legge 106/2021.

⁵⁵ Art. 1, co. 277, L. 234/2021.

primo comma, Cost., quest'ultimo in relazione all'art. 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU).

A tale proposito va tuttavia ricordato che è intervenuto in materia il **comma 277** della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207/2024) che ha **aggiornato al rialzo il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, di cui all'articolo 15, comma 14, del [D.L. n. 95/2012](#)⁵⁶ (L. n. 135 del 2012), come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023 (legge di Bilancio 2024), al fine di elevare ulteriormente tale limite di spesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) acquistate da strutture sanitarie accreditate in una percentuale aggiuntiva pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e 1 punto percentuale dal 2026.

Il **comma 2** stabilisce che le risorse individuate specificamente in corrispondenza a questo **ulteriore incremento siano prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali** che vengono erogate dalle strutture sanitarie private accreditate ed inserite nella **rete dell'emergenza** in cui è presente un **pronto soccorso**. Il rimborso per cui è utilizzabile l'incremento in questione deve in ogni caso corrispondere ad accessi con codice di priorità almeno arancio o rosso.

In proposito tuttavia si veda l'articolo 10 del presente disegno di legge, inserito nel corso dell'esame al Senato, recante analoghe disposizioni.

In particolare, la relazione tecnica sottolinea che tali strutture cliniche sono afferenti alle reti cliniche tempo-dipendenti per le quali viene garantita la remunerazione anche oltre i limiti di spesa di cui al sopra citato articolo 15, comma 14, primo periodo del DL. 95/2012 (cd. *Spending review*) ed effettua corrispondentemente il calcolo della congruità dell'onere potenziale.

La RI sottolinea inoltre che la previsione dell'accesso in pronto soccorso con codice di priorità rosso o arancio risulta peraltro coerente con quanto stabilito dal Consiglio di Stato, nelle sentenze nn. 3773 e [3775 del 14 aprile 2023](#), secondo le quali non può essere imposto alcun budget alle strutture sanitarie private che forniscono prestazioni in favore di **pazienti extraregionali**, né può essere previsto un tetto di spesa per le «prestazioni salvavita ad alta complessità» e per le «prestazioni salvavita di radioterapia»⁵⁷.

⁵⁶ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.*

⁵⁷ In caso contrario, come sottolineato dalla stessa relazione illustrativa, verrebbe violato «il legittimo interesse del paziente a ricevere la migliore cura per la propria patologia» e sarebbe in contrasto con la sentenza della Corte costituzionale n. 203 del 2016 secondo cui la normativa in materia di *spending review* «non costringe le regioni ad applicare la medesima

Articolo 8, comma 3
(Rete assistenziale per il Giubileo 2025 nell'ambito della regione Lazio)

L'**articolo 8, comma 3**, prevede che, al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie, ottimizzando la produttività dei posti letto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti, le strutture eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8 del [Decreto-legge n. 78 del 2015, conv. con modif. dalla Legge n. 125 del 2015](#)⁵⁸, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del [Decreto-legge n. 95 del 2012, conv. con modif. dalla Legge n. 135 del 2012](#)⁵⁹, associate alle prestazioni riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012.

Con decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al precedente periodo.

Il **comma 3** dell'articolo in commento contiene una previsione rivolta alle strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie della Regione Lazio, operanti secondo criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, ai sensi [dell'art. 9-*quater*, comma 8, del Decreto-legge n. 78 del 2015, conv. con modif. dalla Legge n. 125/2015](#), coinvolte nella sperimentazione a tal fine prevista dall'articolo 6 del [Decreto Ministeriale 5 agosto 2021](#)⁶⁰ e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione, al fine di avviare una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del [Decreto-legge n. 95 del 2012, conv. con modif. dalla Legge n. 135 del](#)

riduzione dell'importo e del volume di acquisto a tutti i contratti e a tutte le strutture private accreditate.».

⁵⁸ Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.

⁵⁹ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

⁶⁰ Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

[2012](#), associate alle prestazioni riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012.

Con decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al precedente periodo.

Si prevede, in particolare, che le predette strutture possano partecipare a una sperimentazione relativa all'aggiornamento delle tariffe stabilite all'allegato 2 del [decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012](#)⁶¹, adottato ai sensi dell'art. 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto-legge n. 95 del 2012, associate alle prestazioni di ricovero relativamente alle prestazioni di riabilitazione.

In merito alla sperimentazione richiamata, la relazione illustrativa chiarisce che il comma in commento si rivolge alle strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie della Regione Lazio e partecipanti alla sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021 (cfr. *supra*), adottato in attuazione di quanto disposto dall'art. 9-*quater*, comma 8 del decreto legge n. 78 del 2015, convertito con modificazioni dalla legge n. 125/2015, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione.

Si ricorda che l'art. 9-*quater*, comma 8, del decreto legge n. 78 del 2015 (conv. con modif. dalla Legge n. 125 del 2015) traspone normativamente quanto convenuto al punto B.2 co.1, dell'[Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015](#), sulla riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza. In particolare, tale comma prevede che con decreto del Ministro della salute, da adottare d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, sono individuati i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica.

Il [Decreto Ministeriale 5 agosto 2021](#) "*Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri*" definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera dei pazienti adulti di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico, ortopedico (MDC 1-4-5-8), tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica. La metodologia definita nel Decreto

⁶¹ *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.*

prevede, all'articolo 6, un periodo di sperimentazione della durata di un anno, a seguito della adozione della SDO riabilitativa da parte del Ministero della salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali.

Inoltre, si può ricordare che l'articolo 15 del Decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica, prevedendo in particolare:

- al comma 15, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, sono determinate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui [all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)⁶², sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale.
- al comma 16, che le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all'adozione dei decreti ministeriali di cui all'articolo 64, commi 2 e 3, del [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017](#)⁶³;
- al comma 17, che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente Stato-le Regioni nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311⁶⁴ e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.

⁶² Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

⁶³ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

⁶⁴ Legge finanziaria 2005

- Al comma 18, che sono abrogate le disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Si valuti l'opportunità di chiarire la portata del riferimento normativo all'“articolo 15, comma 18, del Decreto-legge n. 95 del 2012”, in quanto la disposizione è meramente soppressiva.

Un ulteriore intervento di razionalizzazione è stato operato con il citato articolo 9 del [decreto legge 78/2015](#), volto a ridurre il numero dei ricoveri inappropriati di riabilitazione ospedaliera e le giornate inappropriate di ricovero.

Si ricorda che il 4 agosto 2021 è stato sottoscritto, in sede di Conferenza Stato-Regioni, l'Accordo ["Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"](#) che definisce nuove regole per la riabilitazione ospedaliera e territoriale. Il documento si pone in esplicita continuità con precedenti indicazioni normative, come le Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 e con il Piano di Indirizzo sulla Riabilitazione del 2011, ribadendone i principi e sottolineando la necessità di azioni specifiche per giungere ad una più completa ed omogenea traduzione operativa. Nel tentativo di superare le criticità presenti - forte disomogeneità, dovuta ad attività ed erogazione dei servizi sbilanciati fra le diverse Regioni e anche nell'ambito della stessa Regione - si stabilisce che la continuità va assicurata con relazioni formalizzate fra UUOO per acuti e UUOO riabilitative e strumenti informativi codificati; viene inoltre ribadito il ruolo di specifica responsabilità del medico specialista in riabilitazione sia nella fase di passaggio dai *setting* di acuzie alla riabilitazione, che nella fase di reinserimento territoriale e domiciliare.

Viene introdotto il Piano Locale dell'Assistenza Riabilitativa che impegna il programmatore locale a garantire l'accesso appropriato, equo e tempestivo ai servizi riabilitativi, attribuendo a ciascun erogatore, pubblico accreditato, un ruolo definito nei percorsi di cura per le diverse condizioni disabilitanti, e valorizzando i collegamenti fra le diverse strutture. Ulteriore aspetto innovativo è l'erogazione, in una medesima struttura di degenza riabilitativa, di tutti i livelli assistenziali (intensivo/estensivo) a seconda del fabbisogno definito dal Progetto Riabilitativo.

Inoltre, la disposizione chiarisce che l'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del Decreto-legge n. 95 del 2012, conv. con modif. dalla Legge n. 135 del 2012, poc'anzi richiamati, sono associate alle prestazioni riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012.

Tale allegato 2 riguarda la remunerazione delle prestazioni di ricovero a giornata di degenza per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC), valori soglia e tariffe per le degenze oltre soglia, nonché maggiori tariffe in corrispondenza di definite condizioni di complessità clinica.

Invero, la **relazione illustrativa** precisa che si ritiene utile ampliare la sperimentazione già in atto per lo studio dei profili di costo finalizzato e all'aggiornamento delle relative tariffe, ferme a quelle definite con Decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, art. 2 e allegato 2, e che la

sperimentazione tariffaria si realizzi contestualmente alla sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021.

Le risultanze della sperimentazione verranno analizzate da apposito tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute, anche con decreto dipartimentale o direttoriale, che avrà il compito di valutare, al fine della sua applicazione su scala nazionale, la congruità del sistema tariffario rispetto ai costi rilevati nell'ambito della sperimentazione. La sperimentazione permetterà di garantire alle strutture eroganti l'economicità delle prestazioni rese in regime di ricovero consolidando così l'offerta, garantendo quindi una più agile dimissione dei pazienti dalle strutture per acuti che così saranno in grado di accogliere i pazienti in modo più rapido, ottimizzando la gestione della risorsa posto letto. La sperimentazione tariffaria viene promossa nella Regione Lazio che sarà interessata dal Giubileo del 2025, anno nel quale si ipotizza una crescita della domanda di prestazioni ospedaliere per via del flusso previsto di pellegrini da ogni parte del mondo. La Regione Lazio è autorizzata attraverso la norma ad applicare, nell'ambito della sperimentazione, tariffe superiori rispetto a quelle massime. Il provvedimento non prevede ulteriori oneri a carico dello Stato laddove l'eventuale differenza sarà reperita nell'ambito della quota di fondo sanitario nazionale disponibile per l'anno 2025.

Articolo 9 (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)

L'**articolo 9**, al **comma 1**, prevede il **monitoraggio** delle **prestazioni di servizi** effettuate dalle **farmacie**, attraverso il sistema di ricezione dei dati in forma anonimizzata già utilizzato per i farmaci. Inoltre, prevede l'acquisizione di dati, attraverso il sistema di ricezione anzidetto, anche con riferimento all'**erogazione degli integratori alimentari** effettuata dalle farmacie.

Il **comma 2** del presente articolo reca una **clausola di invarianza finanziaria**.

Il **comma 1** dell'articolo in esame introduce le **forme di monitoraggio** in oggetto attraverso modifiche testuali all'articolo 34, commi 10-*bis* e 10-*ter*, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73⁶⁵.

Il succitato comma 10-*bis*, nel **testo vigente**, stabilisce che, al fine di rafforzare i programmi di sorveglianza epidemiologica e di garantire l'aderenza alla terapia farmacologica, realizzando l'efficace monitoraggio dei consumi farmaceutici, il **sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata** è esteso a tutti i farmaci dotati di autorizzazione all'immissione in commercio, anche non a carico del Servizio sanitario nazionale, e a tutti i farmaci comunque dispensati dalle farmacie nelle forme della distribuzione per conto, utilizzando l'infrastruttura del sistema tessera sanitaria. Le **modifiche introdotte dal comma in esame** estendono il sistema di ricezione dei dati in questione ai **servizi erogati dalle farmacie**, di cui al richiamato decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153⁶⁶ (per una ricognizione di tali servizi v. box alla fine di questa scheda).

Quanto all'anzidetto comma 10-*ter*, esso, nel **testo vigente**, stabilisce che nell'ambito delle attività di cui al precedente comma 10-*bis* è prevista l'acquisizione dei dati individuali anonimizzati relativi all'erogazione di parafarmaci registrati come dispositivi medici tramite il canale di dispensazione delle farmacie. La **modifica introdotta** dal comma in esame comporta che vengano acquisiti anche i dati individuali anonimizzati relativi all'erogazione degli **integratori alimentari**.

⁶⁵ D.L. recante "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali", convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106.

⁶⁶ Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.

Nell'ambito della relazione illustrativa del presente disegno di legge (RI), con riferimento alle modifiche appena descritte, si evidenzia che l'attuale previsione dell'articolo 34 del decreto-legge n. 73/202 consente di acquisire il complesso dei dati individuali, in forma anonima, di consumo dei seguenti medicinali:

- medicinali soggetti a prescrizione medica (non su ricetta SSN);
- medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (fuori dal ricettario SSN);
- medicinali non soggetti a prescrizione medica, comprendenti i medicinali da banco o di automedicazione;
- restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica
- parafarmaci registrati come dispositivi medici;
- farmaci comunque dispensati dalle farmacie nelle forme della distribuzione per conto (DPC).

L'articolo 34 si salda - nota ancora la RI - con le previsioni di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, che già stabiliva l'acquisizione dei dati dei farmaci erogati in regime di Servizio Sanitario nazionale, così realizzando il puntuale e analitico monitoraggio del consumo dei farmaci sull'intero territorio nazionale, anche al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica e per correggere eventuali anomalie nei consumi stessi.

Tenendo conto del nuovo ruolo della farmacia quale unità sanitaria elementare sul territorio, impegnata non solo nella dispensazione assistita del farmaco ma anche nell'erogazione dei servizi a favore della collettività, il Governo ravvisa la necessità di monitorare non solo i consumi dei farmaci e dei parafarmaci (cui unire quelli degli integratori alimentari - in ragione sia delle sempre più frequenti prescrizioni in sostituzione dei farmaci di automedicazione sia dell'interazione con terapie farmacologiche) ma anche quella delle prestazioni dei servizi disciplinati nell'ambito del decreto legislativo n. 153 del 2009.

L'acquisizione combinata dei dati di consumo dei medicinali (SSN, extra SSN e parafarmaco) e dei servizi ad alta valenza sanitaria (vaccini, test diagnostici, holter cardiaco, holter pressorio, spirometria, ECG, etc), nell'intendimento dell'Esecutivo, vale a realizzare un effettivo programma di sorveglianza epidemiologica nei confronti della collettività e un efficace ed efficiente monitoraggio sullo stato di salute della popolazione, con positive ricadute sull'intero Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 2** specifica che dall'attuazione del presente articolo **non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**.

I servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale concernono:

a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza, attraverso:

1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

2) la preparazione, nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta;

b) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;

c) la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

d) la erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

e) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nel rispetto di determinati limiti e condizioni e restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

e-bis) in attuazione del piano nazionale della cronicità di cui all'intesa del 15 settembre 2016 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di favorire la presa in cura dei pazienti cronici e di concorrere all'efficientamento della rete dei servizi, la possibilità di usufruire presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci. A tal fine, attraverso le procedure della ricetta elettronica, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che effettuano le prescrizioni possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico di cui all'articolo 12, comma 2-bis, del citato decreto-legge n. 179 del 2012. Le farmacie, quanto alle prestazioni e ai servizi erogati in base alla presente lettera, forniscono ai pazienti interessati ogni utile e completa informazione sulle cure prestate e sulle modalità di conservazione e assunzione personalizzata dei farmaci prescritti, nonché informano periodicamente, e ogni volta che risulti necessario, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta o il medico prescrittore sulla regolarità o meno dell'assunzione dei farmaci o su ogni altra notizia reputata utile, ivi compresa la necessità di rinnovo delle prescrizioni di farmaci per garantire l'aderenza alla terapia.

e-ter) l'effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare.

e-quater) la somministrazione, con oneri a carico degli assistiti, presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali nei confronti dei soggetti di età non inferiore a diciotto anni, previa presentazione di documentazione comprovante la pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa.

f) la effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Articolo 10

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

L'**articolo 10**, inserito nel corso dell'esame al Senato, istituisce nello stato di previsione del Ministero della salute un **Fondo con la dotazione di 3 milioni di euro per l'anno 2025** al fine di **ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso** e di contribuire allo **smaltimento delle liste di attesa**.

Viene previsto che le risorse del Fondo sono destinate **ad incentivare l'acquisto** da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta di **servizi e soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti**, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, come la televisita, precisando che in ogni caso la prenotazione delle prestazioni non comporta costi aggiuntivi (**comma 1**).

Viene rimesso ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sentite le federazioni ed associazioni di categoria maggiormente rappresentative, la definizione delle modalità di distribuzione alle Regioni delle risorse e di quelle con cui le Regioni medesime possono disciplinare l'erogazione del citato contributo (**comma 2**).

Alla copertura degli oneri pari a 3 milioni di euro per il 2025, si provvede (**comma 3**) mediante utilizzi delle risorse del **Fondo** istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della [Legge 31 dicembre 2009, n. 196](#)⁶⁷.

Viene poi operata una modifica all'articolo 1, comma 278, della [L. n. 207/2024](#) (*Legge di bilancio 2025*), riguardante la destinazione delle risorse incrementalmente derivanti dall'**innalzamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati** (di cui al comma 277 della medesima Legge di bilancio per il 2025) anche al fine di ridurre i tempi di attesa per accedere alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali presso il pronto soccorso – conseguenti all'accesso o trasferite da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio –, per aggiungere il riferimento alle strutture inserite – oltre che nella rete dell'emergenza urgenza – nelle reti cliniche tempo-dipendenti (**comma 4**).

⁶⁷ Legge di contabilità e finanza pubblica.

L'**articolo 10**, inserito nel corso dell'esame al Senato, è diretto ad istituire nello stato di previsione del Ministero della salute un **Fondo con la dotazione di 3 milioni di euro per l'anno 2025** al fine di **ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso** e di contribuire allo **smaltimento delle liste di attesa**.

Viene poi **precisata la finalizzazione delle risorse del Fondo** destinate ad incentivare **l'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti**, la comunicazione con i pazienti e **l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina** quali la televisita.

Viene poi chiarito che in ogni caso la prenotazione delle prestazioni non comporta costi aggiuntivi (**comma 1**).

Con il termine **telemedicina** si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo (cfr. salute.gov.it)

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

La telemedicina si rende indispensabile soprattutto per categorie di persone che richiedono un'assistenza continuativa, in quanto, ad esempio, affette da patologie croniche. Questi pazienti possono aver bisogno di un costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, per ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni.

In questo caso si può fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della sua salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni dei professionisti sanitari, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. In questo senso, la tecnologia e le telecomunicazioni svolgono una funzione fondamentale in quanto contribuiscono a migliorare l'efficienza e la sicurezza delle cure, nonché la riservatezza e protezione dei dati personali dei pazienti.

In relazione ai servizi di telemedicina, si rammenta che il PNRR ha previsto cospicui finanziamenti per la Missione 6 Salute in relazione all'informatizzazione del sistema sanitario ed i servizi di Telemedicina, in particolare nell'ambito della riforma di cui alla Componente 1, Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, "Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio". A tale riforma, volta a definire standard organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, è stata data attuazione con il [DM. 77 del 23 maggio 2022](#) ([qui l'approfondimento](#)).

I **servizi minimi di telemedicina** previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- Televisita

- Teleconsulto e teleconsulenza medico-sanitaria
- Teleassistenza
- Telemonitoraggio.

Come definiti nelle [Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina](#) (Accordo Stato Regioni 17 dicembre 2020)⁶⁸.

Giova ricordare che, da ultimo, in relazione al supporto dei pazienti cronici, sono state approvate alcune **linee guida per i servizi di telemedicina**, come indicato nella ricostruzione del Ministero della salute (qui il [collegamento ipertestuale](#)). Attraverso appositi decreti del Ministero della salute, sono state infatti approvate le seguenti linee guida:

- D.M. Salute [29 aprile 2022](#) - Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia;
- D.M. Salute [21 settembre 2022](#) - Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio
- D.M. Salute [30 settembre 2022](#). [Allegato B2](#) - Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina.

Con riferimento alle risorse programmate, il PNRR ha poi definito l'investimento “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, con tre subinvestimenti con le seguenti risorse assegnate: 2.720 milioni di euro per l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), 280 milioni per le Centrali operative territoriali (COT) e 1.000 milioni per i servizi di Telemedicina⁶⁹.

Da ultimo va ricordato che La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha dato il via libera nella [Conferenza Stato-Regioni dello scorso 13 febbraio](#), al riparto delle risorse destinate all'implementazione dei servizi di telemedicina e all'ottimizzazione dei modelli organizzativi per la presa in carico della cronicità.

Si tratta di 172.898.380,00 euro previsti nell'investimento M6-C1-1.2.3.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza finalizzati a completare e integrare gli strumenti di telemedicina adeguandoli all'evoluzione tecnologica.

In particolare, le risorse saranno suddivise per:

⁶⁸ Per approfondire vedi anche la pagina [Linee di Indirizzo nazionali sulla telemedicina](#).

⁶⁹ Con specifico riferimento a questo terzo subinvestimento, “**Piattaforma nazionale di Telemedicina (Subinv. 1.2.3)**”, da ultimo il [DM Salute del 28 settembre 2023](#) ha disposto il riparto delle risorse per i **Servizi di Telemedicina**, con l'obiettivo di assistere i pazienti con malattie croniche per un numero, entro il 2025, di almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina. Per approfondimenti [sezione dedicata](#) del sito Agenas.

- l'integrazione dei Sistemi Gestionali Regionali (SGR) e dei Servizi Minimi di Telemedicina (SMT) regionali con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT): 45.220.000,00 euro;
- integrazioni specifiche a sistemi locali: 25.535.676,00 euro;
- dispositivi medici: 81.714.163,00 euro;
- evoluzione software (con esclusione delle attività di supporto specialistico): 20.428.541,00 euro.

Il **comma 2** rimette ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sentite le federazioni ed associazioni di categoria maggiormente rappresentative, la definizione:

- delle modalità di distribuzione alle Regioni delle risorse di cui al comma 1;
- delle modalità con cui le Regioni medesime, nell'ambito degli accordi integrativi regionali⁷⁰, possono disciplinare l'erogazione del citato contributo.

Alla copertura degli oneri pari a 3 milioni di euro per il 2025, si provvede (**comma 3**) mediante utilizzi delle risorse del **Fondo** istituito nello stato di previsione del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della [Legge 31 dicembre 2009, n. 196](#)⁷¹.

Il citato comma 5 dispone che in esito al riaccertamento di cui al comma 4 (relativo ai residui), in apposito allegato al Rendiconto generale dello Stato è quantificato per ciascun Ministero l'ammontare dei residui passivi perenti eliminati.

Annualmente, successivamente al giudizio di parifica della Corte dei conti, con la legge di bilancio, le somme corrispondenti agli importi di cui al periodo precedente possono essere riscritte, del tutto o in parte, in bilancio su base pluriennale, in coerenza con gli obiettivi programmati di finanza pubblica, su appositi Fondi da istituire con la medesima legge, negli stati di previsione delle amministrazioni interessate.

⁷⁰ Gli accordi integrativi regionali definiscono, per la Medicina Generale, la Pediatria di libera Scelta e la Specialistica Ambulatoriale, gli obiettivi di salute e gli strumenti operativi per realizzarli, in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

I principali obiettivi sono:

- promozione e prevenzione;
- miglioramento dell'appropriatezza descrittiva;
- miglioramento della domanda di prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- organizzazione della continuità e dell'attività assistenziale.

⁷¹ *Legge di contabilità e finanza pubblica*

Il **comma 4** interviene a modificare l'articolo 1, comma 278, della [L. n. 207/2024](#) (*Legge di bilancio 2025*), che prevede una **specifica destinazione alle risorse** che derivano dall'ulteriore incremento del limite originario dell'acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati, di cui al comma 277 della medesima legge di bilancio, anche a copertura degli oneri delle **prestazioni di ricovero e ambulatoriali**, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate **dotate di pronto soccorso** ed inserite nella **rete dell'emergenza**, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio. Più nello specifico, viene sancita **la destinazione prioritaria delle risorse** alle indicate finalità ed il riferimento alla rete **dell'emergenza-urgenza** è integrato con quello **alle reti cliniche tempo dipendenti**⁷².

In proposito va ricordato che il citato comma 277 della legge di bilancio per il 2025 ([L. n. 207/2024](#)) **aggiorna al rialzo il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, di cui all'articolo 15, comma 14, del [D.L. n. 95/2012](#)⁷³ (L. n. 135 del 2012), come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023 (legge di Bilancio 2024), al fine di elevare ulteriormente tale limite di spesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) acquistate da strutture sanitarie accreditate in una percentuale aggiuntiva pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e 1 punto percentuale dal 2026.

Va inoltre ricordato che la rete dell'emergenza-urgenza coinvolge una rete di servizi e presidi individuati dal riformato [D.M. 2 aprile 2015, n. 70](#) recante il *Regolamento di definizione dell'assistenza ospedaliera*, che ha previsto un sistema di allerta sanitario n. 118 e di un [numero unico europeo per le emergenze \(NUE\) 112](#). E' inoltre presente un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso sul territorio con professionisti medici e/o infermieri, oltre che eliambulanza. Nella rete di emergenza vi sono anche i pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione clinica ovvero per la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, con un coordinamento della centrale operativa. Sono presenti anche i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano un'aggregazione funzionale di unità operative e adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurando una risposta quanto più possibile rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono (DEA di I e II livello).

⁷² Le reti Tempo Dipendenti sono quelle reti per le quali il fattore tempo costituisce elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure, se non addirittura il "salvavita" in presenza di condizioni ad elevato rischio di mortalità. In proposito cfr. [Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018](#) sul documento "*Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti*".

⁷³ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*.

I livelli del *triage* del pronto soccorso sono denominati con una scala di colori che varia dal codice rosso (emergenza assoluta, con pericolo di vita imminente quali arresto cardiaco, grave difficoltà respiratoria, emorragia massiva, trauma cranico o sospetto ictus, ai fini della somministrazione di cure immediate), al codice arancio (urgenza indifferibile, in cui il paziente presenta una condizione grave che richiede un intervento rapido, ma non è in pericolo di vita immediato, quali dolore toracico, difficoltà respiratore, fratture esposte, crisi ipertensiva o reazioni allergiche anche gravi, in cui i pazienti devono essere visitati entro pochi minuti con cure prioritarie⁷⁴).

⁷⁴ Per completezza, esistono anche il codice azzurro (urgenza differibile, che richiede approfondimenti diagnostici e visite specialistiche complesse), codice verde (urgenza minore, con pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo, che comunque richiede una valutazione medica) e, infine, codice bianco (non urgenza, gestibile anche dal medico di famiglia o in ambulatorio, come piccoli tagli, contusioni lievi, raffreddori comuni o richieste di certificati medici).

Articolo 11 ***(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale)***

L'**articolo 11**, al fine di favorire la **riduzione delle liste di attesa** anche attraverso il processo di **riorganizzazione della rete dei laboratori** del Servizio Sanitario Nazionale in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, prevede l'adozione di uno specifico **decreto Salute-MEF**, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, per l'individuazione di **criteri condivisi al livello nazionale** per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dell'accREDITamento con il SSN, dei **valori soglia di prestazioni** diagnostiche e di laboratorio erogate da strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, con l'obiettivo di maggiori livelli di efficienza e sostenibilità. Ciò mediante il ricorso a **modelli di aggregazione anche contrattuali**, quali in particolare i **contratti di rete**, che tengano conto anche delle effettive **caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento**, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale (**comma 1**).

Si prevede inoltre che presso i laboratori di analisi cliniche accreditati sia **consentito lo svolgimento dei servizi di telemedicina**, con oneri a carico degli utenti e con modalità tecniche e organizzative da stabilirsi con decreto del Ministero della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni (**comma 2**).

Più in dettaglio, la previsione dell'emanazione, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, **di un decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, per l'individuazione dei **criteri condivisi** a livello nazionale finalizzata al raggiungimento dei valori soglia delle prestazioni - rese in forma singola o associata, **a pena di decadenza dell'accREDITamento stesso con il SSN** -, viene disposta anche attraverso il processo di riorganizzazione della **rete dei laboratori** del Servizio Sanitario Nazionale, con la finalità di coinvolgere un maggior numero di strutture sanitarie private nell'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per conto del SSN, anche considerato l'accREDITamento istituzionale degli erogatori privati in base al nuovo assetto complessivo dell'**assistenza territoriale** riorganizzata ai sensi del DM Salute 77 del 2022 ([qui approfondimento](#)).

Pertanto, la disposizione fa riferimento alla nuova disciplina recata all'articolo 1, comma 796, lett. o), secondo periodo, della legge finanziaria del 2007 ([L. 27 dicembre 2006, n. 296](#)), in materia di piani regionali di

riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate, stabilendo che sia favorito il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano peraltro conto delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, finalizzato al raggiungimento di specifici valori soglia delle prestazioni (**comma 1**).

Si ricorda, in proposito, che il secondo periodo della menzionata lett. o) ha previsto che ciascuna Regione è chiamata all'adozione di un piano di riorganizzazione della rete delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine di adeguarne gli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di **incremento dell'efficienza** che sono resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

Si ricorda che, da ultimo, il D.L. n. 215/2023 in materia di proroga termini legislativi (L. n. 18/2024) ha disposto una proroga al **31 dicembre 2024** del termine, previsto al 31 dicembre 2023, entro il quale le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio devono **approvare gli specifici piani organizzativi** per l'adeguamento agli *standard* di utilizzo di **metodiche automatizzate** al fine di incrementare l'efficienza delle soglie minime, sia degli esami di laboratorio sia delle prestazioni specialistiche ovvero dei campioni analizzati con tecnologia NGS (sequenziamento di nuova generazione). Ciò al fine di convalidare **il contributo da parte delle Regioni o Province autonome** erogato per favorire il processo di completamento della riorganizzazione della rete di queste strutture sanitarie ancora in via di completamento e di relativa valutazione da parte del Governo.

L'approvazione dei piani organizzativi per l'efficientamento riguarda le soglie relative al numero di esami di laboratorio previsti per gli 2021 e 2022 (200.000 esami di laboratorio o prestazioni specialistiche ovvero 5.000 analisi di campioni in base alla tecnologia NGS⁷⁵), già approvate dal [Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza](#), ma ancora in fase di implementazione in base a nuovi criteri omogenei a livello nazionale.

Si ricorda che per l'attuazione della disposizione è stato già assegnato uno stanziamento pari a 46 milioni di euro per il 2021 ed a 23 milioni per il 2022 (complessivamente 69 milioni di euro), al cui riparto ha provveduto il [decreto interministeriale Salute – MEF del 30 dicembre 2021 \(qui il link\)](#), a seguito d'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, in base a quanto previsto dall'articolo 29 del DL. n. 73/2021 (L. 123/2021) che ha stanziato specifici incentivi per i processi di riorganizzazione di strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

⁷⁵ Sequenziamento di seconda generazione per esaminare simultaneamente frammenti di DNA.

La relazione illustrativa aggiunge poi che il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, avviato ad opera del richiamato all'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e della relativa disciplina attuativa di cui, in particolare, all'Accordo in Conferenza Stato-regioni del 2011 ([rep. n. 61/CSR del 23 marzo 2011](#)) rappresenta uno degli assi di riferimento all'interno del complessivo disegno del sistema sanitario italiano, con particolare riferimento all'ottimizzazione, in termini di qualità e sostenibilità, dei rapporti tra enti del SSN ed erogatori privati accreditati, comparto che ha notevoli ricadute occupazionali e di copertura dei servizi di prossimità del sistema sanitario in favore delle persone assistite, con particolare riferimento ai contesti territoriali più decentrati e distanti dai centri urbani e dalle strutture sanitarie di maggiori dimensioni.

Per le stesse finalità sopra indicate, il **comma 2** inoltre dispone che presso i laboratori di analisi cliniche accreditati è **consentito lo svolgimento dei servizi di telemedicina**, con oneri a carico degli utenti. Per tali prestazioni deve essere stata rilasciata **idonea autorizzazione** all'esercizio in corso di validità, come previsto dall'articolo 8-ter del [D. Lgs. n. 502/1992](#) che ha previsto il riordino della disciplina in materia sanitaria, in questo caso con specifico riferimento al rilascio di autorizzazioni alla realizzazione di strutture per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie.

Si ricorda che, ai sensi del richiamato articolo 8-ter tali autorizzazioni, basate sull'effettivo possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi prestabiliti, si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento a specifiche tipologie per le quali sia in particolare previsto il regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, l'assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio e, infine, prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno, di carattere sanitario e socio-sanitario. Ai fini di tale autorizzazione, il Comune ove sorge la nuova struttura deve acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione.

Si prevede infine che con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, da adottare **entro 90 giorni** dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le relative **modalità tecniche e organizzative di tali servizi di telemedicina**, in coerenza con le previsioni generali in materia di

erogazione dei medesimi servizi (qui un [approfondimento più ampio sui servizi digitali sanitari](#)).

Al riguardo si richiama in particolare il [D.M. Salute del 30 settembre 2022](#) che, da ultimo, ha definito le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina.

Detto decreto ha in particolare definito le norme relative al nuovo processo per la selezione di soluzioni di telemedicina per l'intero territorio nazionale, con la finalità del raggiungimento degli obiettivi previsti nell'ambito della Missione 6 Componente 1 del sub-investimento 1.2.3 Telemedicina del PNRR. Nell'ambito del progetto indicato, le Regioni Lombardia e Puglia sono state individuate quali regioni capofila con il compito specifico di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di acquisizione di soluzioni di telemedicina conformi alle Linee guida adottate in materia ai sensi della normativa vigente.

Inoltre, l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, è chiamato in merito alla stipula con le regioni capofila di apposite convenzioni. L'Agenzia inoltre acquisisce il Piano operativo ed il fabbisogno di ciascuna regione e provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina secondo format prestabiliti dal richiamato decreto (v. allegato A), avvalendosi dell'apposito portale web. Nel piano devono essere in particolare indicati il fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina come definita nelle Linee guida ed il rispetto di obiettivi e traguardi del cronoprogramma PNRR per tale investimento.

Articolo 12
(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste d'attesa)

L'**articolo 12** in commento dispone una novella alla normativa vigente che definisce i criteri per l'assegnazione – **in via transitoria anche per l'anno 2024** -, delle **quote premiali** accantonate a valere sul **finanziamento del SSN a favore delle Regioni** che abbiano introdotto misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio, tenendo anche conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza Regioni e Province autonome.

A tale criterio infatti viene aggiunto quello che la Regione debba garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA (**comma 1**).

Si ricorda che, limitatamente al 2024, è stato disposto l'innalzamento di tale quota allo **0,5 per cento**.

Si prevede, inoltre, ai fini della **valutazione** e della **verifica delle attività dirigenziali**, che le Regioni e le Province autonome assegnano **specifici obiettivi annuali** relativi alla riduzione delle liste di attesa ai direttori (generalisti, amministrativi e sanitari), integrando i relativi contratti individuali, e che la quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al trenta per cento (**comma 2**).

Viene infine previsto che la vigente norma sulla inconfiribilità di incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non sia applicata agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (**comma 3**).

Il **comma 1** dell'articolo 12 in commento, dispone alcune novelle al comma 67-bis, articolo 2, della [L. n. 191/2009](#) (*Legge finanziaria per il 2020*), che individua i **criteri** sulla base dei quali attribuire alle Regioni **forme premiali** a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al fine di incentivare la riduzione delle liste di attesa ed il rispetto dei tempi massimi per l'erogazione di prestazioni sanitarie.

Allo scopo, modificando la richiamata disposizione del comma 67-bis, la novella inserisce un nuovo criterio per stabilire l'**accesso alle quote premiali** da parte delle Regioni, vale a dire il criterio di garanzia del rispetto dei **tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie** rientranti nei livelli essenziali di assistenza.

Si ricorda in proposito che, da ultimo, l'articolo 2, comma 67-*bis*, quinto periodo, della [legge 23 dicembre 2009](#), n. 191 (legge finanziaria 2010), è stato novellato dal comma 234, art. 1, della legge di Bilancio 2024 ([L. n. 213/2023](#)) che ha disposto l'**applicazione, anche al 2024**, della procedura transitoria di riparto adottata dai Ministeri Salute - MEF, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, delle **quote premiali** da destinare alle **regioni virtuose ai fini della spesa sanitaria**, accantonate a valere sul **finanziamento del SSN**, in base anche ai **criteri di riequilibrio e riparto** indicati in sede di Conferenza Stato-Regioni, in luogo del calcolo delle risorse assegnate in applicazione dei costi standard.

La disposizione si è resa necessaria considerata la mancata emanazione del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze⁷⁶ che deve individuare diverse modalità di ripartizione delle **forme premiali** calcolate sul finanziamento statale al Servizio sanitario nazionale ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per le regioni cd. "virtuose" (v. *box*). Essa, come le precedenti disposizioni di proroga, non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto **rientra nell'ambito del livello complessivo del finanziamento del SSN** cui concorre lo Stato.

Inoltre, con un'integrazione disposta al richiamato comma 67-*bis* dell'articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha stabilito, **limitatamente all'anno 2024**, l'innalzamento allo 0,5 per cento della percentuale indicata quale quota premiale all'articolo 15, comma 23, del DL. n. 95/2012⁷⁷ (L. n. 135/2012).

Al riguardo si ricorda che, a partire **dal 2012**, ai sensi dell'articolo 15, comma 23, del [DL. n. 95/2012](#)⁷⁸ (L. n. 135/2012) la percentuale della quota premiale per le regioni definite per l'accesso alla stessa è stata **fissata allo 0,25 per cento delle risorse ordinarie** previste dalla legislazione vigente per il finanziamento del fabbisogno del SSN (0,30% per il 2013, 1,75% per il 2014, 0,32% nel 2021, 0,40% nel 2022 e 0,50% nel 2023).

La norma non produce effetti per la finanza pubblica in quanto determina esclusivamente uno spostamento di risorse **a incremento della quota premiale** all'interno del fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in questione **dalla quota indistinta** assegnata alle Regioni sulla base dell'applicazione della

⁷⁶ Il citato decreto interministeriale Economia/Salute avrebbe dovuto essere emanato entro il 30 novembre 2011, previa intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni che tuttavia non è stata ancora raggiunta, allo scopo di stabilire forme premiali a valere sulle risorse ordinarie fissate dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Le quote premiali in via transitoria sono applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le Regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dalla normativa vigente del D. Lgs. n. 502/1992 all'articolo 4, comma 8 (chiusura in pareggio del proprio bilancio, con possibilità di utilizzo dell'eventuale avanzo di amministrazione) e 9 (accorpamento funzionale di più ospedali eventualmente presenti nelle unità sanitarie locali), nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.

⁷⁷ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cd. *spending review*.

⁷⁸ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cd. *spending review*.

metodologia dei costi standard, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 27 del D. Lgs. n. 68/2011 che detta la disciplina per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali.

Sui criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale si veda anche questo Focus dell'Ufficio parlamentare di Bilancio ([Focus 3/2024](#)).

Inoltre, il **comma 2** prevede, ai fini della **valutazione** e della **verifica dell'attività dei direttori generali ASL**, delle **aziende ospedaliere** e degli altri **enti del SSN**, di cui all'articolo 2, comma 3, del [D. Lgs. n. 171/2016](#)⁷⁹, che le Regioni e le Province autonome assegnino **specifici obiettivi annuali** relativi alla riduzione delle liste di attesa, nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento delle **indennità di risultato**.

In particolare, per le stesse finalità, i **direttori generali** sono chiamati ad assegnare gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari, nonché ai direttori di struttura complessa, **integrando i relativi contratti individuali**.

Si stabilisce, al riguardo, che la quota dell'**indennità di risultato** condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo **non possa essere di misura inferiore al 30 per cento**, con verifiche del rispetto degli obiettivi effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

In merito si fa presente che i principi a normativa vigente volti a stabilire la retribuzione di risultato sono fissati dal [D. Lgs. n. 150/2009](#)⁸⁰ anche per i dirigenti sanitari degli enti del SSN; essa è corrisposta in misura differenziata sulla base dei livelli di raggiungimento dei risultati delle prestazioni e della gestione conseguiti in base agli obiettivi assegnati, come stabilito nei diversi CCNL, nell'ambito delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance, ai sensi dell'articolo 19 del richiamato D.Lgs. n. 150, progressivamente incrementata nelle tornate contrattuali.

Infine, il **comma 3**, dispone una novella all'articolo 5 del [D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39](#), in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. In particolare, il comma 1 dell'articolo 5 prevede che gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possano essere

⁷⁹ Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.

⁸⁰ Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

conferiti a coloro che, nei 2 anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. In proposito, la novella dispone l'introduzione della disposizione di cui al **nuovo comma 1-bis** che prevede la **non applicabilità** delle disposizioni di cui al predetto comma 1 alle aziende ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici.

In proposito, si segnala, da ultimo, l'[accordo di retribuzione di risultato 2023](#) per i dirigenti di area sanità degli IRCCS.

• **La quota premiale per il finanziamento della spesa sanitaria regionale**

L'articolo 2, comma 67-*bis* della [legge 191/2009](#) (legge finanziaria 2010), come successivamente modificato con ulteriori interventi legislativi, ha previsto, a decorrere dal 2012, **forme premiali** per le regioni cd. "virtuose" in cui, tra le altre cose, fosse stata istituita una Centrale regionale per gli acquisti e si fosse provveduto all'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi, per un volume annuo non inferiore ad uno specifico importo determinato con il medesimo decreto, oltre che per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dal **D.Lgs. 502 del 1992, all'articolo 4, commi 8** (pareggio di bilancio per le aziende ospedaliere, con utilizzo dell'eventuale avanzo di amministrazione per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale) e **9** (autonomia economico-finanziaria dei presidi ospedalieri, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale), nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.

Dal 2014, è stato previsto, in via transitoria, con norma ripetutamente prorogata, che in vista della proposta di riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario nazionale (FSN) per l'anno di riferimento, vengano tenuti in conto, per il riparto delle quote premiali, i **criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome**.

Tale norma è stata estesa agli anni 2015 e 2016⁸¹, 2017⁸², 2018⁸³, 2019⁸⁴, 2020⁸⁵, 2021⁸⁶, per il 2022⁸⁷ e per il 2023⁸⁸.

⁸¹ Art. 6, comma 4 del DL. n. 210/2015 (L. 21/2016, cd. proroga termini legislativi).

⁸² Art. 34, comma 2, del DL. n. 50/2017 Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo (L. n. 96/2017).

⁸³ Art. 8, comma 3, del DL. n. 91/2018, n. 91 (L. n. 108/2018, cd. proroga termini legislativi).

⁸⁴ Art. 13, comma 2, D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (L. n. 60/2019, c.d. Decreto Calabria).

⁸⁵ Art. 5, comma 1, del DL. n. 162/2019 (L. n. 8/2020, cd. proroga termini legislativi).

⁸⁶ Art. art. 4, comma 1, del DL. n. 183/2020 (L. n. 21/ 2021, cd. proroga termini legislativi).

⁸⁷ Art. 1, comma 289, L. n. 234/2021 (L. di Bilancio 2022).

I decreti che hanno definito la ripartizione della quota premiale sono i seguenti:

- anni 2012 e 2013, [D.M. 17 luglio 2014](#);
- anno 2014, [D.M. 30 marzo 2016](#);
- anno 2015, [D.M. 10 marzo 2016](#);
- anno 2016, [D.M. 17 maggio 2016](#);
- anno 2017, [D.M. 22 dicembre 2017](#);
- anno 2018, [D.M. 11 ottobre 2018](#);
- anno 2019, [D.M. 24 luglio 2019](#);
- anno 2020, [D.M. 1° luglio 2020](#);
- anno 2021, [D.M. 11 agosto 2021](#);
- anno 2022, [D.M. 16 febbraio 2023](#).

Sul riparto della quota premiale per l'anno 2023, si veda l'[Intesa del 9 novembre 2023](#) raggiunta in Conferenza Stato-Regioni.

⁸⁸ Art. 4, comma 1, del D.L. n. 198/2022 (cd. Proroga termini legislativi), (L. n. 14/2023).

Articolo 13 ***(Certificazione medica di malattia tramite strumenti di telemedicina)***

L'articolo 13 – inserito dal Senato – prevede la possibilità di utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia, anche con riferimento ai casi di visite mediche intese a verificare lo stato di malattia dei lavoratori assenti dal lavoro.

Il presente articolo – novellando il testo unico di cui al [D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445](#)⁸⁹ – prevede la suddetta possibilità, specificando che la modalità di visita con strumenti di telemedicina soddisfa il criterio della constatazione diretta da parte del medico, al fine del rilascio della certificazione di malattia. Con riferimento all'introduzione della possibilità in oggetto, il presente articolo prevede un relativo aggiornamento dell'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome il 17 dicembre 2020⁹⁰, recante le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", aggiornamento da operare con un nuovo accordo nella medesima sede di Conferenza permanente.

⁸⁹ Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

⁹⁰ Il citato accordo del 17 dicembre 2020 è volto a fornire indicazioni uniformi sull'intero territorio nazionale per l'erogazione delle prestazioni a distanza, con particolare riguardo alle attività specialistiche, estendendo la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge, al fine dell'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione.

CAPO II – ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA**Articolo 14*****(Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale)***

L'articolo 14, al comma 1, autorizza una serie di **assunzioni a tempo indeterminato**, nel **biennio 2025-2026**, espressamente finalizzate al **potenziamento** dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei **Dipartimenti di salute mentale**.

I successivi **commi 2 e 3** recano, rispettivamente: la quantificazione degli **oneri** derivanti dal comma 1 e la relativa **copertura finanziaria**; la disciplina delle **modalità di riparto** tra le regioni e le province autonome delle risorse stanziare per le predette assunzioni.

In base al **comma 1** dell'articolo in esame, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi **inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro**⁹¹ dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, possono assumere a tempo indeterminato, per le finalità anzidette, complessivamente:

- a) nell'anno 2025, n. 44 unità di medici psichiatri, n. 36 unità di neuropsichiatri infantili, n. 34 unità di psicologi, n. 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;
- b) nell'anno 2026, n. 7 unità di medici psichiatri, n. 6 unità di neuropsichiatri infantili, n. 6 unità di psicologi, n. 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

⁹¹ Si ricorda che l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie (si veda in proposito la sent. 57/2025 della Corte costituzionale e la ulteriore giurisprudenza ivi richiamata). La sentenza n. 201 del 2024 della stessa Corte – nel confermare che «ogni piano di rientro è finalizzato, a un tempo, al contenimento della spesa sanitaria e alla garanzia dell'effettività dei LEA», la cui determinazione «mira a evitare “che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato” (sentenza n. 72 del 2020)» – ha ribadito che, «per assicurare la necessaria tutela del diritto fondamentale alla salute devono ritenersi obbligatorie le spese inerenti alle prestazioni corrispondenti ai LEA, mentre incorrono nel citato divieto le spese per “prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato” (sentenze n. 242 e n. 161 del 2022).

Dal comma in esame, stando anche alla relazione illustrativa del presente provvedimento, si desume che il potenziamento in oggetto **si aggiunge** a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027 (in proposito a tale Programma v. il box alla fine di questa scheda).

Si ricorda che il DSM costituisce l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL)⁹².

Si ricorda, altresì, che un recente intervento per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale è stato posto in essere con l'articolo 6 del D.L. n. 73 del 2024⁹³. Sono inoltre in corso d'esame, presso la 10^a Commissione del Senato, alcuni disegni di legge in materia di tutela della salute mentale⁹⁴.

Si fa presente che, secondo quanto riferito dal rapporto sulla salute mentale curato dal Ministero della salute nel 2023 (relativo all'anno 2022), la dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche è pari a 30.101 unità. Di queste, il 17,2% è rappresentato da medici (psichiatri e con altra specializzazione) e il 6,9% da psicologi; il personale infermieristico risulta la figura professionale maggiormente rappresentata (42,2%), seguita dagli OTA/OSS con l'11,6%, dagli educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica pari all'8,6% e dagli assistenti sociali con il 4,1%.

In base al **comma 2** dell'articolo in esame, agli **oneri** derivanti dall'attuazione del precedente comma 1, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213⁹⁵, cioè sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento di obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

⁹² Per un approfondimento sulla rete dei servizi di salute mentale si veda <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

⁹³ Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107.

⁹⁴ Si tratta dei disegni di legge: 734 SENSI e BAZOLI. - Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180; 938 MAGNI e altri. - Disposizioni in materia di tutela della sanità mentale; 1171 Maria Cristina CANTU' e altri. - Disposizioni per lo sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all'età geriatrica; 1179 ZAFFINI e altri. - Disposizioni in materia di tutela della salute mentale.

⁹⁵ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.

Il successivo **comma 3** demanda ad un **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato – Regioni, il **riparto delle risorse** di cui al comma 2, **sulla base dei fabbisogni** delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

• *Il Programma Nazionale Equità nella Salute*

Il **Programma Nazionale Equità nella Salute**, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022.

Il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, anche nell'ottica di sviluppare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali, in sette Regioni del Paese (Decisione di esecuzione della Commissione (UE) 2021/1130 del 5 luglio 2021): Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

In queste Regioni si registrano infatti, rispetto al resto del Paese, minori livelli di soddisfacimento degli standard definiti a livello nazionale (LEA, Livelli Essenziali di Assistenza) e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative nella gestione del servizio sanitario.

Il Programma si articola in **due priorità**:

Priorità 1, sostenuta dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+): **Servizi sanitari più equi e inclusivi**

Priorità 2, sostenuta dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR): **Servizi sanitari di qualità**.

A queste si aggiungono due priorità dedicate all'Assistenza Tecnica (AT).

Il Programma individua **quattro aree** per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:

- Prendersi cura della salute mentale
- Maggiore copertura degli screening oncologici
- Il genere al centro della cura
- Contrastare la povertà sanitaria.

Nell'ambito del Programma sono state individuate **due Operazioni di importanza strategica** (ossia operazioni che forniscono un contributo significativo al conseguimento degli obiettivi), una per ciascun Fondo che sostiene il Programma:

Operazione 1: Attivazione sperimentale di **Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP)**

Budget complessivo: 145.000.000 di euro

Operazione 2: Rafforzamento della resilienza e della capacità dei **servizi di screening oncologico** attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale e tecnologico-strumentale

Budget complessivo: 76.000.000 di euro

Il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 ha una **dotazione finanziaria** di 625 milioni di euro, comprensiva della quota di Assistenza Tecnica (AT) pari a 23,7 milioni di euro, di risorse UE e nazionali. Essendo un Programma plurifondo, è sostenuto dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), come segue:

Priorità FSE+ - Servizi sanitari più equi ed inclusivi: 360 €/mln

Priorità Assistenza tecnica FSE+: 15 €/mln

Priorità FESR - Servizi sanitari di qualità: 241,25 €/mln

Priorità Assistenza tecnica FESR: 8,75 €/mln

La dotazione finanziaria del Programma risulta **ripartita** come segue:

Euro 185.921.025 destinati all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) in qualità di Organismo intermedio designato all'attuazione degli interventi relativi all'area "Contrastare la povertà sanitaria", di cui euro 112.126.100,00 sostenuti dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e euro 73.794.925,00 sostenuti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR).

Euro 405.707.405,00, suddivisi tra le 7 Regioni destinatarie (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia) secondo la modalità di riparto basata sulla quota di accesso al Fondo Sanitario Nazionale 2022 (Repertorio Atti n. 278/CSR del 21 dicembre 2022), in quanto Organismi intermedi individuati dal Programma relativamente agli interventi previsti nelle aree: Prendersi cura della salute mentale, Il genere al centro della cura e Maggiore copertura degli screening oncologici, di cui euro 242.744.900,00 sostenuti dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e euro 162.962.505,00 sostenuti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR).

Rimangono in capo al Ministero della salute gli interventi previsti nelle Priorità di Assistenza tecnica di importo complessivo pari a euro 23.750.000 nonché quelli di adeguamento delle competenze del personale, sostenuti dal FSE+, quantificati in euro 5.129.000,00 e le iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e informazione, sostenuti dal FESR, quantificate in euro 4.492.570,00.

Con [Decreto del Segretario Generale n. 5 del 17 aprile 2023](#) è stata effettuata la ripartizione delle risorse del Programma.

Per i **criteri di selezione** (tra cui quelli di ricevibilità e ammissibilità) delle operazioni da ammettere al finanziamento si può consultare la seguente pagina:
https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_6040_9_file.pdf

Articolo 15

(Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del SSN)

L'articolo 15, inserito durante l'esame al Senato, stanZIA risorse per gli *screening* mammografici.

In particolare, il **comma 1** prevede che, al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di *screening* mammografico, è autorizzata una spesa di **1 milione di euro annui per il triennio 2025 - 2027**, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di *screening* regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge e previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, la definizione dei criteri e delle modalità per la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età di cui al comma 1.

Al **comma 3** si stabilisce che a tali oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Conseguentemente, il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è incrementato di 6 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

L'articolo 15, inserito durante l'esame al Senato, stanZIA risorse per gli *screening* mammografici.

In particolare, il **comma 1** prevede che, al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di *screening* mammografico, è autorizzata una spesa di **1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027**, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di *screening* regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si ricorda che il **comma 11-bis** dell'articolo 4, del [Decreto-legge n. 202 del 2024](#), conv. con modif. dalla Legge n. 15 del 2025⁹⁶, ha autorizzato la spesa di **200 mila euro** per l'anno 2025 e di **800 mila euro** per l'anno 2026 per avviare

⁹⁶ Disposizioni urgenti in materia di termini normativi.

progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione alle misure di prevenzione per il tumore al seno, mediante campagne di *screening* regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni. A tali oneri predetti, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo finalizzato all'attuazione di misure in favore degli enti locali e alla realizzazione di interventi in materia sociale e di infrastrutture, sport e cultura.

Più in generale, si ricorda che con l'art. 85, comma 4, della [legge n. 388 del 2000](#) (**Legge finanziaria 2001**)⁹⁷ la mammografia per le donne di età compresa tra i **50 e i 69 anni**, da eseguirsi **ogni 2 anni**, è esente da ticket.

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge e previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, la definizione dei criteri e delle modalità per la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età di cui al comma 1.

La norma in commento rinvia a un decreto del Ministro della salute il compito di stabilire i criteri e le modalità di riparto secondo il principio di proporzionalità “rispetto alle cittadine per Regione eleggibili rientranti nelle fasce d'età di cui al comma 1”.

A tal proposito, si osserva anzitutto che l'aggettivo “eleggibili”, riferito alle cittadine ivi richiamate, sembra doversi intendere non quale richiamo ai principi relativi all'esercizio dei diritti politici, ma piuttosto alla possibilità di selezionare i soggetti di cui al primo comma destinatari degli *screening* oncologici finanziati dalla disposizione in commento.

Quanto all'ambito di applicazione della disposizione, come risultante sotto il profilo della tecnica redazionale, può essere altresì utile segnalare che, di recente, talune disposizioni normative (l'art. 4, comma 7-bis, del D.L. n. 198 del 2022, nonché l'art. 2 del D.L. n. 73 del 2024) hanno inteso impiegare il sostantivo “cittadini” nel senso di riferirsi, più in generale, alla “platea degli assistiti”. Sotto questo profilo, infatti, si ricorda che l'art. 34 del [T.U. sull'immigrazione](#) (D.lgs. n. 286 del 1998)⁹⁸ stabilisce che stranieri regolarmente soggiornanti, o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, nonché i minori stranieri non accompagnati, hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene tra l'altro all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale. Inoltre, l'articolo 35, comma 3, del medesimo Testo unico prevede che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono tra

⁹⁷ *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001).*

⁹⁸ *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*

l'altro estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

A tal proposito, si ricorda che i programmi di *screening* oncologico sono interventi di sanità pubblica, nei quali il sistema sanitario offre attivamente, gratuitamente e sistematicamente un percorso organizzato di prevenzione secondaria per individuare precocemente un tumore, o i suoi precursori, permettendo così di intervenire tempestivamente su di esso.

Nello specifico, i programmi di *screening* oncologico, rivolti alle persone appartenenti alle fasce di età considerate a maggior rischio, sono offerti quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 (DPCM 29 novembre 2001) e come tali confermati dal [DPCM 12 gennaio 2017](#) (art. 2), nell'ambito del "Livello Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica" –area f) "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale".

In particolare, [l'Allegato 1 al DPCM 12 gennaio 2017](#), al punto F8, prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni: informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di *screening*, chiamata attiva ed esecuzione dei test di *screening* di primo e secondo livello alle popolazioni target, e invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica in relazione alla patologia neoplastica.

Al riguardo, si ricorda che la Corte costituzionale ha più volte ribadito che "lo straniero è anche titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona" (sent. n. 148 del 2008), tra cui il diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost. In particolare, secondo costante giurisprudenza costituzionale, sussiste "un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto" (sent. n. 252 del 2001, v. anche sent. nn. 269 del 2010 e 61 del 2011).

Come già ricordato poc'anzi, peraltro, sono già stati previsti recenti interventi diretti ad avviare progetti di rafforzamento delle misure di prevenzione per il tumore al seno, mediante campagne di *screening* regionale per tutte le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni.

In considerazione della questione di natura redazionale sopra riportata, si valuti un approfondimento al riguardo.

Al **comma 3** si stabilisce che a tali oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2025-2027.

Si ricorda che [l'articolo 34-ter, comma 5, L. n. 196 del 2009](#) (Legge di contabilità e finanza pubblica) prevede che in seguito al procedimento di

riaccertamento da parte delle singole Amministrazioni, ciascun Ministero determina i residui passivi perenti.

• *Misure per la lotta ai tumori*

Si ricorda che, nell'ottica contrastare i tumori, la [L. n. 29/2019](#) ha istituito e disciplinato la **Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza** per una serie di finalità, tra le quali:

- coordinamento dei dati alimentati direttamente dai flussi dei registri delle regioni e delle province autonome;
- messa in atto di misure di controllo epidemiologico delle malattie oncologiche ed infettive tumore-correlate;
- studio dell'incidenza e della prevalenza delle malattie oncologiche e infettive tumore-correlate, per poterne monitorare la diffusione e l'andamento;
- prevenzione, diagnosi e programmazione sanitaria;
- studio e ricerca e di monitoraggio dei fattori di rischio;
- promozione della ricerca scientifica in ambito oncologico, anche nel campo dei tumori rari.

Con la [Legge n. 207/2024](#) (art. 1, comma 309, Legge di bilancio per il 2025) è stato autorizzato un incremento della spesa per l'istituzione e la disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori **pari a 0,5 milioni di euro** per ciascuno degli **anni 2025 e 2026** e di **1 milione di euro per il 2027**, a valere sul Fondo per le esigenze indifferibili dello stato di previsione del MEF.

Riguardo la ricerca sui tumori, si segnala che la stessa [L. n. 207/2024](#) (art. 1, comma 307, Legge di bilancio per il 2025) ha previsto un rifinanziamento anche per il 2025 di **1 milione di euro** del “Fondo per i test di *Next-Generation Sequencing* per la diagnosi delle malattie rare” istituito nello stato di previsione del Ministero della salute dall'art. 1, comma 556 [legge n. 213/2023](#) (legge di Bilancio 2024) con una dotazione di 1 milione di euro per il 2024.

Inoltre, la stessa legge (art. 1, commi 298 e 299, Legge di bilancio per il 2025) ha previsto l'istituzione del **Registro unico nazionale delle Breast Unit**, con l'obiettivo di raccogliere tutti i dati provenienti dalle *Breast Unit* sul territorio nazionale e garantire la centralizzazione e l'analisi dei dati sul carcinoma mammario. In particolare, le attività connesse all'istituzione, all'attivazione e al funzionamento di tale Registro unico nazionale devono essere svolte in stretta sinergia e coordinamento con le attività dell'Osservatorio per il monitoraggio e l'implementazione delle Reti delle *Breast Unit*, istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari.

Articolo 16

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

L'articolo 16, al comma 1, prevede l'**istituzione**, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, della **Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria** (SNAAS).

Il successivo comma 2 demanda ad un **decreto interministeriale** la definizione di **principi, criteri istitutivi e compiti** della SNAAS.

Il comma 3 reca la **quantificazione degli oneri** derivanti dall'articolo in esame e dispone in ordine alla relativa **copertura finanziaria**.

Il comma 1 dell'articolo in commento esplicita che l'**istituzione della SNAAS** è finalizzata a implementare la **formazione** e lo **sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale**, nonché a fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la **qualità dei servizi sanitari** e per assicurare l'**efficienza organizzativa ed economica** delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali e alla corrispondente offerta aziendale (riguardo a tali piani, v. sopra la scheda di lettura relativa all'articolo 1 del presente disegno di legge).

Per l'attuazione del comma in esame è autorizzata la **spesa massima** di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026; si specifica che le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle **risorse** umane, strumentali e finanziarie disponibili **a legislazione vigente**, presso il Ministero della salute, avvalendosi del **personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio**.

Nella relazione illustrativa allegata al disegno di legge originario (RI), il Governo evidenzia che con la disposizione in esame, sull'esempio della Scuola Nazionale dell'Amministrazione, ci si propone di specializzare e professionalizzare i vertici dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale, in considerazione del fatto che la Sanità italiana "fa i conti (..) con una classe dirigenziale che molto spesso mostra lacune determinanti nella gestione delle aziende sanitarie e degli stessi nosocomi".

Il comma 2 dell'articolo in esame dispone che, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, **con decreto** del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della

ricerca e del Ministro dell'economia e delle finanze, siano definiti **i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS**. *Non si specifica se il previsto decreto attuativo abbia o meno natura regolamentare, né si prevede esplicitamente un coinvolgimento delle Regioni nel relativo procedimento di adozione.*

Si ricorda che l'art. 117, comma terzo, Cost., esclude esplicitamente le materie «della istruzione e della formazione professionale» dalla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni; queste materie, non menzionate neppure tra quelle attribuite alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, comma secondo, Cost.), sono quindi demandate alla potestà legislativa residuale delle Regioni (ai sensi del comma quarto dello stesso art. 117 Cost.). D'altro canto, lo stesso art. 117 succitato, al comma secondo, attribuisce alla potestà legislativa dello Stato la materia “ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali”. Quanto alla potestà regolamentare, essa spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni, e a queste ultime in ogni altra materia (art. 117, comma VI, Cost.).

Si ricorda, inoltre, che la legge 400 del 1988 (art. 17) prevede che i regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione. Devono inoltre recare la denominazione di “regolamento”, sono adottati previo parere del Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella Gazzetta Ufficiale.

Quanto ai decreti di natura non regolamentare, la Corte costituzionale ha rilevato che si tratta di atti statali “dalla indefinibile natura giuridica” (v. sent. n. 116 del 2006).

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

Dalla relazione tecnica sul provvedimento in esame (RT), allegata al disegno di legge originario, si evince che, per garantire la qualità dei servizi di formazione multidisciplinare e sviluppo professionale, si è ipotizzato di prevedere un numero di 20 docenti; si è ipotizzato, altresì, di individuare 4 Macroaree (amministrativa, sanitaria, gestionale, economico -contabile) a cui assegnare 5 docenti ciascuna, in ottica multidisciplinare.

Articolo 17
***(Proroga di una disciplina transitoria per l'ammissione ai concorsi
per dirigente chimico)***

L'articolo 17 – inserito **dal Senato** – proroga dal 31 dicembre 2025 al 31 dicembre 2030 il termine temporale per l'applicazione di una norma transitoria sui requisiti per l'accesso ai concorsi pubblici per la dirigenza chimica.

La norma oggetto della presente novella⁹⁹ stabilisce che, fino al 31 dicembre 2025 – termine di cui ora si propone la proroga al 31 dicembre 2030 –, per l'ammissione ai concorsi pubblici per il profilo professionale di dirigente chimico, l'aver maturato, sei mesi prima rispetto alla scadenza del bando, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato o indeterminato, con esercizio di funzioni proprie della professione sanitaria di chimico presso le agenzie per la protezione dell'ambiente o presso le strutture del Servizio sanitario nazionale è valido come requisito d'accesso in alternativa alla specializzazione nella disciplina oggetto del concorso¹⁰⁰.

⁹⁹ La novella concerne l'articolo 8, comma 7-bis, della [L. 11 gennaio 2018, n. 3](#).

¹⁰⁰ Si ricorda che la professione sanitaria di chimico è regolata dal citato articolo 8 della L. n. 3 del 2018 e dal [decreto del Ministro della salute del 23 marzo 2018](#). Secondo l'articolo 56, comma 2, del regolamento di cui al [D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483](#), per il personale del Servizio sanitario nazionale in servizio al 1° febbraio 1998 non si applica il requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data al fine della partecipazione ai concorsi dirigenziali presso aziende del Servizio sanitario nazionale diverse da quella di appartenenza.

L'articolo 1, commi 547 e 548, della [L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), e successive modificazioni, prevede che, a partire dal secondo anno del corso di formazione specialistica, i medici, i medici veterinari, gli odontoiatri, i biologi, i chimici, i farmacisti, i fisici e gli psicologi possano partecipare a concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria. L'assunzione a tempo indeterminato è subordinata al conseguimento della specializzazione e all'esaurimento della graduatoria di professionisti già specialisti.

Articolo 18 ***(Procedura di approvvigionamento di farmaci orfani)***

L'**articolo 18** – inserito **dal Senato** – prevede che gli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale possano approvvigionarsi dei farmaci orfani nell'ambito di una procedura d'acquisto unica a livello nazionale, trasmettendo gli ordini di acquisto tramite una centrale di committenza regionale. Si demanda a un'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano l'individuazione delle suddette centrali regionali, mentre si demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la suddetta Conferenza, l'adozione delle altre disposizioni attuative del **presente articolo**, tra le quali la definizione della suddetta procedura d'acquisto unica; tale decreto ministeriale è emanato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Il **presente articolo** fa riferimento alla finalità di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo ed omogeneo alle terapie per i pazienti affetti da patologie rare¹⁰¹. Riguardo ai farmaci orfani, l'**articolo in esame** richiama la nozione posta dall'articolo 3 del [regolamento \(CE\) n. 141/2000](#) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, e successive modificazioni¹⁰².

¹⁰¹ Riguardo alla nozione di malattie rare, cfr. l'articolo 2 e l'articolo 4, commi 4 e 5, della [L. 10 novembre 2021, n. 175](#), nonché l'allegato 7 del [D.P.C.M. 12 gennaio 2017](#) (D.P.C.M. relativo ai livelli essenziali di assistenza).

¹⁰² Si ricorda che, in conformità ai criteri posti dal suddetto articolo 3 del regolamento (CE), una nozione più dettagliata di farmaci orfani è posta dall'articolo 3 della citata L. n. 175 del 2021.

Articolo 19 ***(Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)***

L'**articolo 19**, inserito nel corso dell'esame al Senato, prevede che nelle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti in cui siano presenti IRCCS con bacino minimo di utenza superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle relative prestazioni sanitarie ai cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, ferma restando la verifica in capo alle regioni in merito all'appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini residenti.

L'**articolo 19**, inserito nel corso dell'esame al Senato, dispone che, coerentemente con quanto disposto dall'articolo 11 del [D.Lgs. n. 200/2022](#)¹⁰³, nelle regioni aventi una popolazione inferiore a 500.000 abitanti, nelle quali insistano IRCCS con un bacino minimo di utenza, come definito dall'allegato 2 del D.Lgs. predetto, superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie in linea con quanto previsto dall'art. 1 co. 496 [L. n. 178/2020](#)¹⁰⁴, dall'art. 1 co. 574 [L. n. 208/2015](#)¹⁰⁵ e dall'art. 1 co. 277 e 278 [L. n. 207/2024](#)¹⁰⁶, ferma restando la verifica, da parte delle Regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in esse residenti.

Si ricorda che il citato [art. 11 D.Lgs. n. 200/2022](#) dispone che, allo scopo di garantire un equo accesso di tutti i cittadini alle prestazioni di alta specialità erogate dagli IRCCS, secondo principi di appropriatezza e di ottimizzazione dell'offerta assistenziale del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome provvedano all'acquisto, presso tali istituti, di prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche dei singoli IRCCS, da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture.

Inoltre che il citato [allegato 2](#) del medesimo D.Lgs. individua per ciascuna area tematica (di cui all'allegato 1 del decreto), nonché per ogni macro area territoriale nazionale (Sud, Centro e Nord), il bacino minimo di utenza su base territoriale idonea a consentire un'adeguata attività di ricerca a garanzia dei percorsi innovativi di cura, l'accesso a nuovi farmaci e l'individuazione dei relativi centri di riferimento regionali o sovraregionali.

¹⁰³ "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico."

¹⁰⁴ Legge di bilancio 2021.

¹⁰⁵ Legge di stabilità 2016.

¹⁰⁶ Legge di bilancio 2025.

L'art. 1 co. 496 l. n. 178/2020 permette, al fine di consentire il mantenimento dei requisiti previsti dal Decreto del Ministro della salute n. 70/2015¹⁰⁷ e il livello di particolare qualificazione di eccellenza nella cura e nella ricerca scientifica, di garantire l'accesso alle prestazioni rese dagli IRCCS in favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza.

Il richiamato art. 1 co. 574 L. n. 208/2015, modificando l'art. 15 co. 14 del D.L. n. 95/2012¹⁰⁸, ha disposto, tra l'altro, che a decorrere dal 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al DM n. 70/2015¹⁰⁹, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'art. 9 del [Patto per la salute 2014-2016 \(n. 82/CSR\)](#), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del [Patto per la salute 2010-2012 \(n. 243/CSR\)](#), in deroga ai limiti di spesa imposti dal primo periodo del medesimo co. 14 dell'art. 15 D.L. n. 95/2012 alle regioni e alle province autonome per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, nell'ambito dei contratti e degli accordi vigenti nell'esercizio 2012, per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera.

Infine, il richiamato art. 1 co. 277 e 278 L. n. 207/2024 ha poi incrementato i suddetti limiti di spesa per gli anni 2025 e 2026, come già rideterminati dall'art. 1 co. 233 D.L. n. 213/2023¹¹⁰ (cfr *supra* scheda art. 7, commi 1 e 2).

• **La mobilità sanitaria**

Con mobilità sanitaria si definisce la possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie comprese nei LEA presso aziende sanitarie locali diverse da quelle della propria Regione di residenza. La mobilità sanitaria interregionale viene distinta in:

- mobilità attiva: esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti;
- mobilità passiva: esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza.

¹⁰⁷ Che ha adottato un "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

¹⁰⁸ "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario."

¹⁰⁹ Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

¹¹⁰ Legge di bilancio 2024.

Rispetto alla modalità di finanziamento dei servizi sanitari regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni LEA rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione è stata dapprima disciplinata, a livello legislativo, dall'[art. 8-sexies, comma 8, D.lgs. n. 502/1992](#), introdotto dal D.lgs. n. 229/1999, secondo il quale il Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisce con decreto i «criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza» entro i quali «le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitino funzioni a valenza interregionale e nazionale».

Tale materia è stata poi regolata con note del Ministero della salute (23 marzo 1994, 9 maggio 1996, 28 gennaio 1997).

Il [Patto per la salute 2010-2012 \(n. 243/CSR del 3 dicembre 2009\)](#), all'articolo 19, ha proposto l'introduzione di "adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria". Tali accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale sono stati resi obbligatori con la Legge di stabilità 2016 ([Legge 208/2015](#), comma 576).

Successivamente, la materia è stata regolata con documenti a carattere interregionale in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'[Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016](#).

Da ultimo, è stato sancito l'Accordo, nella predetta sede della Conferenza Stato-Regioni, sul documento "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2023: Regole tecniche" (Rep. atti n. 124/CSR dell'11 luglio 2024¹¹¹). Le prestazioni oggetto di compensazione interregionale regolate da tale Accordo sono le seguenti: ricoveri ospedalieri e day hospital; medicina generale; specialistica ambulatoriale; farmaceutica; cure termali; somministrazione diretta di farmaci; trasporti con ambulanza ed elisoccorso¹¹².

Da ultimo va ricordato che il **comma 319** della Legge di bilancio per il 2025 ([L. n. 207/2024](#)) prevede la sottoscrizione di **accordi bilaterali** per il governo della **mobilità sanitaria** interregionale e delle correlate risorse finanziarie. Tale

¹¹¹ Qui l'ultima versione dell'[accordo interregionale](#), sancito l'11 luglio 2024 dalla Conferenza Stato-Regioni.

¹¹² Come più volte ribadito dalla giurisprudenza amministrativa (cfr. Cons. St., sez. III, 1° febbraio 2012, n. 495), l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei non residenti non può considerarsi irrilevante sotto il profilo economico di una regione. Infatti, la spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti è, inizialmente, a carico delle regioni di residenza degli assistiti; solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre regioni, corrisposti a consuntivo e dopo un'operazione di compensazione che, data la sua complessità, è disciplinata da apposite linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

sottoscrizione è **obbligatoria** per ciascuna regione e per ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano in presenza di fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il successivo **comma 320** demanda al Ministero della salute la **definizione del *format*** dei predetti accordi obbligatori e specifica **in quali casi** questi debbano essere sottoscritti; ne stabilisce inoltre i **termini** temporali di sottoscrizione e la **durata minima**.

Articolo 20

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

L'**articolo 20** dispone una modifica all'articolo 3 del [D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233](#)¹¹³, che disciplina i **compiti del Consiglio direttivo** e della commissione di albo degli Ordini delle professioni sanitarie, prevedendo che il Consiglio direttivo di ciascun Ordine **approvi direttamente il bilancio preventivo ed il conto consuntivo**, nonché la **tassa annuale per le spese di gestione**, mentre **attualmente al Consiglio spetta proporre tali atti** all'approvazione dell'assemblea degli iscritti (**comma 1**).

Viene inoltre aggiunta una ulteriore disposizione di garanzia con riguardo **all'approvazione diretta dei predetti documenti** da parte del menzionato Consiglio direttivo, stabilendo che contro i provvedimenti del Consiglio adottati con riferimento alle materie riguardanti i richiamati atti (bilancio preventivo, conto consuntivo e tassa annuale per le spese di gestione) **viene ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti** e tale organo è chiamato a decidere in via definitiva (**comma 2**).

Più in dettaglio, l'articolo 3 del [D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233](#)¹¹⁴ sui **compiti del Consiglio direttivo degli Ordini delle professioni sanitarie**, come novellato dall'articolo 4, comma 1, della [L. n. 3/2018](#)¹¹⁵ sul riordino, tra l'altro, delle professioni medesime, viene modificato come segue:

- a) al comma 1 lett. f), viene sostituita la disposizione, che attualmente prevede la **sola proposta del Consiglio di approvazione** del bilancio preventivo e del conto consuntivo **da parte dell'Assemblea degli iscritti**, con l'**approvazione diretta** dei medesimi atti **da parte del Consiglio medesimo**;
- b) analogo intervento è previsto alla successiva lett. g), con riferimento **all'approvazione diretta da parte del Consiglio direttivo** della **tassa annuale** necessaria a coprire le spese di gestione.

¹¹³ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

¹¹⁴ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

¹¹⁵ Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

In proposito si ricorda che tale taxa annuale può essere anche diversificata tenendo conto delle condizioni economiche e lavorative degli iscritti. Il potere di proposta di approvazione dell'assemblea degli iscritti, attualmente in capo al Consiglio direttivo, è estesa altresì secondo quanto previsto dalla menzionata lett. g), anche alla taxa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari.

Il **comma 2**, aggiungendo il comma 4-*bis* al sopra richiamato articolo 3 del D.Lgs. CPS n. 233/1946 dispone infine che contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie sopra indicate alle lettere f) e g) del comma 1 viene ammesso **ricorso all'assemblea degli iscritti** che è chiamata a decidere in via definitiva, rafforzando pertanto la garanzia di tutela di ogni singola minoranza, a fronte del nuovo meccanismo di semplificazione dell'approvazione della proposta di bilancio preventivo, del conto consuntivo e della taxa annuale.

Si ricorda che la legge istitutiva degli Ordini professionali [D.LGS.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233](#), concerne la costituzione degli Ordini delle professioni sanitarie in ogni provincia¹¹⁶, con un albo permanente per ciascun ordine o collegio, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria, residenti nella circoscrizione. Gli Ordini ed i Collegi provinciali sono riuniti rispettivamente in Federazioni nazionali con sede in Roma.

L'articolo 3 della [L. n. 3 del 2018](#)¹¹⁷ che ha, tra l'altro, disposto norme di delega per il riordino delle professioni sanitarie (c.d. Legge Lorenzin, [qui il Dossier](#)), ha operato una revisione della disciplina di tali professioni, in parte novellando il richiamato decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946, ai Capi I, II e III, concernenti gli ordini delle professioni sanitarie, gli albi nazionali e le federazioni nazionali, e in parte introducendo nuove disposizioni relative agli ordini e alle federazioni, con l'obiettivo di introdurre una riforma organica, intervenendo direttamente a modificare la normativa vigente, in chiave di ammodernamento della disciplina di tali professioni che richiedono maggiore garanzia del livello di professionalità. Ciò anche per tenere conto dei principi della direttiva 2005/36/CE, recepita con [D.Lgs. n. 206/2007](#)¹¹⁸, che riguarda, tra l'altro, il riconoscimento delle qualifiche

¹¹⁶ Nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province esistenti alla data del 31 dicembre 2012 sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi, dei fisici, dei chimici, delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

¹¹⁷ *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonche' disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.*

¹¹⁸ *Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonche' della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania.*

professionali già acquisite in uno o più Stati membri dell'Unione europea, per l'accesso alle professioni regolamentate ed il loro esercizio, allo scopo di prevenire comportamenti non coerenti con la deontologia professionale.

La norma, in ogni caso, non prefigura un diverso assetto organizzativo in quanto le attività disciplinate sono già espletate dagli enti interessati, con oneri coperti, per la totalità, a valere sui contributi a carico degli iscritti.

È compito di ciascun Consiglio direttivo di ciascun Ordine provvedere all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine e proporre all'approvazione dell'Assemblea degli iscritti il bilancio preventivo riferito all'anno successivo ed il conto consuntivo, che si chiudono entro l'anno solare in corso.

Articolo 21
(Limiti massimi di età per il collocamento a riposo dei dirigenti sanitari delle amministrazioni centrali)

L'**articolo 21** – inserito **dal Senato** – concerne la disciplina in materia di limiti massimi anagrafici per il collocamento a riposo dei dirigenti sanitari delle amministrazioni centrali. La novella¹¹⁹, in primo luogo, estende ai dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della salute una norma transitoria, relativa, nella versione finora vigente, ai dirigenti medici e sanitari degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, nonché agli appartenenti al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute e ai docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia; in base a questa disciplina transitoria, fino al 31 dicembre 2025, tali soggetti possano richiedere la prosecuzione del rapporto fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre la suddetta data¹²⁰ (riguardo a una nuova disciplina proposta per i suddetti docenti universitari, si rinvia alla scheda relativa all'**articolo 6**). In secondo luogo, la novella prevede che, per il periodo successivo alla suddetta data del 31 dicembre 2025, per i dirigenti sanitari del Ministero della salute e degli enti da esso vigilati si applichi il medesimo limite anagrafico massimo per il collocamento a riposo previsto, nella disciplina a regime, per i dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale, limite pari a settanta anni¹²¹.

Si ricorda che i dirigenti e docenti rientranti nelle deroghe transitorie poste dalla norma oggetto di novella non possono – in caso di trattenimento in servizio fino al settantaduesimo anno di età – mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di

¹¹⁹ La novella concerne l'articolo 1, comma 164-bis, della [L. 30 dicembre 2023, n. 213](#).

Si ricorda che il comma 164 dello stesso articolo 1 della L. n. 213, e successive modificazioni, ha modificato, con norma di carattere permanente, i limiti massimi di permanenza in servizio per tutti i professionisti sanitari del Servizio sanitario nazionale; in particolare, il comma ha previsto che tali soggetti possano presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, fermo restando un limite massimo anagrafico di settanta anni.

Riguardo a una possibilità generale di trattenimento in servizio dei dipendenti pubblici fino al compimento del settantesimo anno di età, cfr. l'articolo 1, comma 165, della [L. 30 dicembre 2024, n. 207](#).

¹²⁰ L'estensione di cui al **presente articolo** non concerne la possibilità, prevista, sempre in via transitoria, dal comma 164-bis per le summenzionate categorie già ricomprese nell'ambito di applicazione di tale comma, di riammissione in servizio, a determinate condizioni, del personale già in quiescenza.

¹²¹ Riguardo a tale limite massimo, cfr. *supra*, in nota.

livello generale.

Riguardo a una nuova disciplina proposta per i suddetti docenti universitari, si rinvia alla scheda relativa all'**articolo 6**.

Si ricorda che, in base a una disciplina di natura invece permanente¹²², i medici di ruolo dell'INPS e dell'INAIL hanno la possibilità di presentare domanda di autorizzazione per la permanenza in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età (possibilità a cui si ora si aggiunge quella transitoria, posta dalla novella di cui al **presente articolo 21**)¹²³.

Dall'attuazione della novella di cui al **presente articolo 21** non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

¹²² Di cui al comma 165 del citato articolo 1 della L. n. 213 del 2023.

¹²³ Riguardo a una possibilità generale di trattenimento in servizio dei dipendenti pubblici fino al compimento del settantesimo anno di età, cfr. *supra*, in nota.

Articolo 22
(Composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia)

L'articolo 22, inserito dal Senato, modifica la composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia:

- il **comma 1** elenca le singole modifiche, che riguardano il numero totale dei componenti, il numero dei componenti medici, il numero dei rappresentanti delle associazioni e delle fondazioni operanti in materia e infine, l'inserimento tra i componenti di rappresentanti delle società scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, delle due patologie;
- il **comma 2** stabilisce che il Ministero della salute provvede all'integrazione della composizione dell'Osservatorio, sulla base delle modifiche previste dal comma 1, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

L'articolo 22, inserito dal Senato, modifica l'articolo 2, comma 1, della [legge n. 130 del 2023](#)¹²⁴ che disciplina la composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia.

Il **comma 1** apporta le seguenti modifiche alla composizione dell'Osservatorio:

- numero dei componenti: la previsione di un numero fisso di tredici componenti viene sostituita dalla previsione di un **numero non superiore a diciannove**;
- numero dei **componenti medici**: passa da sei a **otto**, quattro per ciascuna patologia, di **comprovata esperienza in campo nazionale e internazionale** nella diagnosi e nella cura, preferibilmente in età pediatrica, delle due patologie;
- numero dei **rappresentanti** delle **associazioni** maggiormente rappresentative delle persone affette da diabete di tipo 1 e da celiachia e dei loro familiari e delle **fondazioni** di rilevanza nazionale operanti in materia: la previsione di un numero fisso di due viene sostituita dalla previsione di un **numero non superiore a tre**;

¹²⁴ Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica.

- **rappresentanti delle società scientifiche:** la lettera d-bis), aggiunta dalla disposizione in commento all'elenco contenuto nell'articolo 2, comma 1, della legge n. 130 del 2023, prevede che tra i componenti dell'Osservatorio sia presente **un rappresentante, per ciascuna patologia, delle società scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, delle due patologie.**

Si ricorda che l'articolo 1 della [legge n. 130 del 2023](#) ha stabilito l'adozione di un **programma pluriennale di screening su base nazionale nella popolazione pediatrica**, da avviare a decorrere dall'anno 2024 per l'individuazione degli anticorpi del diabete di tipo 1 e della celiachia, finalizzato al prevenire l'insorgenza di chetoacidosi in soggetti affetti da diabete di tipo 1 e di rallentare la progressione della malattia mediante l'impiego delle terapie disponibili, oltre che ottenere diagnosi precoci della celiachia¹²⁵ (comma 1). Per l'attuazione di tale programma pluriennale è autorizzata la spesa di 3,85 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025 e di 2,85 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sulle risorse del fondo di cui all'articolo 1, comma 530 della [legge n. 197 del 2022](#) (legge di bilancio per il 2023)¹²⁶, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 4 della legge citata (comma 2).

L'articolo 2 prevede l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sul diabete tipo 1 e sulla celiachia (v. *infra*).

Le disposizioni dell'articolo 3 riguardano le campagne periodiche di informazione e di sensibilizzazione sociale sul tema, ad opera del Ministero della salute. Il Ministero deve promuovere tali campagne con specifico riferimento all'importanza della diagnosi precoce in età pediatrica e per la conoscenza del programma di *screening* sopra indicato. Viene allo scopo autorizzata una spesa di 150.000 euro annui, a decorrere dal 2024, con copertura a valere sulle risorse del Fondo per il programma nazionale di *screening* del diabete di tipo 1 e della celiachia sopracitato (di cui all'articolo 1, comma 530, della legge di bilancio per il 2023), come rifinanziato ai sensi della legge citata.

L'articolo 4, infine, detta le disposizioni finanziarie prevedendo che il Fondo di cui all'articolo 1, comma 530, della legge di bilancio per il 2023 sia rifinanziato

¹²⁵ A marzo 2024 il Ministero della salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno siglato una convenzione per la realizzazione di un progetto propedeutico al programma di screening che ha lo scopo di evidenziare la sostenibilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale, le potenzialità, le criticità organizzative e i costi-benefici di uno *screening* su scala nazionale per le due patologie. Per informazioni sul progetto si può consultare il seguente link: <https://www.iss.it/d1ce-il-progetto>.

¹²⁶ Il comma 530, art. 1, della legge di Bilancio 2023 ha istituito nello stato di previsione del Ministero della salute un fondo con una dotazione pari a 500.000 euro per l'anno 2023 e un 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025, allo scopo di finanziare futuri interventi normativi per la realizzazione di un programma pluriennale di *screening* su base nazionale nella popolazione pediatrica per l'individuazione degli anticorpi del diabete di tipo 1 e della malattia celiaca. A seguito della legge n. 130 del 2023 è stato istituito il cap. 2310 nello stato di previsione del Ministero della salute denominato "Fondo per il programma nazionale di *screening* del diabete di tipo 1 e della celiachia".

nella misura di 3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del MEF per l'anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il comma 2 autorizza il MEF ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Con riferimento alle due malattie croniche si ricorda che:

- il **diabete di tipo 1**, la cui eziologia è ancora poco chiara e con caratteristiche di malattia autoimmune, consegue a malfunzionamenti nelle zone pancreatiche e può essere curato mediante terapia a vita che prevede la somministrazione di insulina per via iniettiva. Il periodo di incubazione di questa malattia che ha carattere asintomatico può essere riconosciuto attraverso esami ematologici per misurare con *test di screening* determinati autoanticorpi che sostanziano la diagnosi precoce ed apposite strategie di prevenzione;
- la **celiachia** è invece una infiammazione cronica dell'intestino tenue a carattere genetico, anch'essa con caratteristiche di malattia autoimmune, dovuta al glutine, che determina la necessità di rimozione di tale componente a vita dalla dieta individuale. Si stima che circa la metà delle persone affette da celiachia non ha una diagnosi accertata a causa della sintomatologia lieve o atipica. Il test diagnostico è rappresentato anche in questo caso dalla presenza nel sangue di autoanticorpi specifici che sono in grado, se non curati, di creare, in particolare nella popolazione giovane e in fase di sviluppo, compromissioni della crescita strutturale e della mineralizzazione ossea, oltre a disturbi gastro-intestinali di carattere cronico. Lo *screening* condotto con questi anticorpi può precocemente identificare persone affette da celiachia, sia asintomatiche che sintomatiche.

La Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione (DGISAN) del Ministero della salute presenta al Parlamento una relazione annuale sulla celiachia Dall'ultima [relazione](#), pubblicata a marzo 2025 (dati 2023), si evince che nel 2023 in Italia il numero di celiaci ha raggiunto i 265.102 soggetti, di cui il 70% (184.731) appartenenti alla popolazione femminile ed il restante 30% (80.371) a quella maschile. La celiachia risulta concentrata nella fascia di età tra i 18 e i 59 anni (67%). Il dato epidemiologico rassicurante che emerge è che il saldo delle diagnosi del 2023 ha oltrepassato quello del 2019.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, il diabete di tipo 1 rappresenta circa il 10% dei casi di diabete. Poco meno del 5% della popolazione adulta residente in Italia riferisce una diagnosi di diabete; la prevalenza di diabetici cresce con l'età (è il 2% tra le persone con meno di 50 anni e sfiora il 9% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (5,1% vs 4,2%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche (dati 2020-2021).

Il **comma 2** stabilisce che il **Ministero della salute**, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, **provvede all'integrazione della composizione dell'Osservatorio**, conformemente a quanto previsto dall'articolo 2 della legge n. 130 del 2023, come modificato dall'articolo in commento.

Si ricorda che, in attuazione dell'articolo 2 della legge n. 130 del 2023, con [decreto del Ministero della salute del 26 settembre 2024](#) è stato istituito, presso il Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (*One Health*) e dei rapporti internazionali del Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia.

L'articolo 2 della legge n. 130 del 2023 stabilisce che i membri dell'Osservatorio durino in carica tre anni e il loro incarico può essere rinnovato una sola volta (comma 2). La partecipazione all'Osservatorio è svolta in forma gratuita e ai componenti non spettano compensi, rimborsi di spese, gettoni di presenza o altri emolumenti comunque denominati. L'Osservatorio studia ed elabora le risultanze dello *screening* nazionale nella popolazione pediatrica per l'individuazione degli anticorpi del diabete di tipo 1 e della celiachia (v. *supra*) e pubblica annualmente una relazione nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute (comma 3). Per l'istituzione ed il funzionamento dell'Osservatorio è prevista la clausola di invarianza degli oneri per la finanza pubblica, in quanto all'attuazione del presente articolo si deve provvedere con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 4).

Per il dettaglio delle modifiche introdotte dalla disposizione in commento, si veda il seguente *testo a fronte*.

Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica (Legge 130/2023)

Testo vigente	Modificazioni apportate dall'art. 22, comma 1, dell'A.C. 2365
Art. 2 (Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia)	Art. 2 (idem)
1. Presso il Ministero della salute è istituito l'osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia, di seguito denominato «osservatorio», composto da tedici membri, nominati con decreto del Ministro della salute e di seguito individuati: a) un rappresentante del Ministero della salute, che assume le funzioni di presidente; b) due rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità; c) sei medici di comprovata esperienza specializzati nella diagnosi e nella cura del diabete di tipo 1 e della celiachia; d) due rappresentanti, per ciascuna patologia, delle associazioni maggiormente rappresentative delle persone affette da diabete di tipo 1 e da celiachia e dei loro familiari e delle fondazioni di rilevanza nazionale operanti in materia, anche in attuazione del titolo VII del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.	1. Presso il Ministero della salute è istituito l'osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia, di seguito denominato «osservatorio», composto da un numero di componenti non superiore a diciannove, nominati con decreto del Ministro della salute e di seguito individuati: a) un rappresentante del Ministero della salute, che assume le funzioni di presidente; b) due rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità; c) otto medici, quattro per ciascuna patologia, di comprovata esperienza in campo nazionale e internazionale nella diagnosi e nella cura, preferibilmente in età pediatrica, del diabete di tipo I e della celiachia; d) fino a tre rappresentanti, per ciascuna patologia, delle associazioni maggiormente rappresentative delle persone affette da diabete di tipo 1 e da celiachia e dei loro familiari e delle fondazioni di rilevanza nazionale operanti in materia, anche in attuazione del titolo VII del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117; d-bis) un rappresentante, per ciascuna patologia, delle società

**Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per
l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica
(Legge 130/2023)**

Testo vigente	Modificazioni apportate dall'art. 22, comma 1, dell'A.C. 2365
	scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, del diabete di tipo I e della celiachia.
2. I membri dell'osservatorio durano in carica tre anni e il loro incarico può essere rinnovato una sola volta. La partecipazione all'osservatorio è svolta in forma gratuita e ai componenti non spettano compensi, rimborsi di spese, gettoni di presenza o altri emolumenti comunque denominati.	<i>Identico</i>
3. L'osservatorio studia ed elabora le risultanze dello screening di cui all'articolo 1 e pubblica annualmente una relazione nel sito internet istituzionale del Ministero della salute.	<i>Identico</i>
4. All'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.	<i>Identico</i>

Articolo 23

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

L'articolo in titolo, **inserito nel corso dell'iter in Senato**, consente **transitoriamente** - fino alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e comunque **entro il 31 dicembre 2026** – di operare in **deroga agli standard relativi al numero di posti letto relativi all'assistenza ospedaliera**, in sede di applicazione di una disciplina posta dalla legge di bilancio 2025 in materia di **acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati** accreditati (**comma 1**).

Inoltre, l'articolo in esame dispone in ordine alle **strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento** istituzionale con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riconoscendo a tali strutture lo *status* di **presidi sanitari di prossimità** del SSN e disciplinandone la partecipazione all'erogazione di **prestazioni di prevenzione e di emergenza** territoriale (**comma 2**).

Il **comma 1** dell'articolo in esame apporta una **modifica testuale** all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207¹²⁷.

I commi 277-280 della legge 207/2024 hanno previsto l'innalzamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, anche al fine di ridurre i tempi di attesa per accedere alle prestazioni di ricovero presso i pronto soccorso. In particolare, il comma 279 ha previsto uno specifico innalzamento del predetto limite di spesa – pari a ulteriori 0,5 punti percentuali a decorrere dal 2026 – ai fini dell'acquisto di prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti, dando priorità alle strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso.

E' su tale ultima disposizione che incide il comma in esame, stabilendo che le norme da essa recate si applicano, nei limiti e con riferimento all'ambito oggettivo previsto, **anche in deroga agli standard** relativi al numero di posti letto previsti dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70¹²⁸, in un arco di tempo necessario alla **completa messa in esercizio degli ospedali di comunità** e, comunque, **entro il 31 dicembre 2026**.

¹²⁷ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.

¹²⁸ Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Si ricorda che l'ospedale di comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale, destinata a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Nell'ambito dell'investimento M6C1 I1.3 del PNRR - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) – si prevede di realizzare entro il 2026 almeno 307 ospedali di comunità rinnovati, interconnessi e tecnologicamente attrezzati¹²⁹.

Si ricorda che il succitato d.m. 70/2015, all'art. 1, stabilisce che le regioni provvedono ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Il medesimo d.m., quanto all'ospedale di comunità, stabilisce che esso è una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche (punto 10.1, allegato 1).

Di ospedale di comunità tratta anche il d.m. 77/2022¹³⁰, a mente del quale detto ospedale è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Sono previsti i seguenti Standard:

- 1 ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Personale per 1 ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Il **comma 2** dell'articolo in disamina stabilisce che le strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza **specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento** istituzionale con il SSN, comprese la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei LEA¹³¹, sono riconosciute quali **presidi sanitari**

¹²⁹ V. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5805&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

¹³⁰ Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

¹³¹ Livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 settembre 2017.

di prossimità del SSN nell'ambito dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale e partecipano anche all'erogazione di **prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale** secondo le indicazioni della programmazione sanitaria, e previ autorizzazione, accreditamento istituzionale e contrattualizzazione¹³².

Si ricorda che, nell'ambito del citato d.m. n. 77 del 2022, la qualifica di presidio sanitario di prossimità è attribuita, allo stato attuale, alle farmacie convenzionate con il SSN. Nell'ambito del medesimo d.m., si stabilisce che spetta al Distretto garantire, tra l'altro, l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali.

¹³² Di cui ai richiamati articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Articolo 24

(Conoscenze linguistiche per riconoscimento qualifiche professionali sanitarie)

L'**articolo 24**, inserito nel corso dell'esame al Senato, con un'integrazione all'articolo 7, comma 1-septies del [D.Lgs 9 novembre 2007, n. 206](#)¹³³, in tema di conoscenze linguistiche per il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie nel territorio della provincia autonoma di Bolzano, **aggiunge la categoria degli odontoiatri** (accanto a quella dei medici) alle varie disposizioni del comma citato riguardanti le modalità di tale riconoscimento nella citata provincia.

L'**articolo 24**, inserito nel corso dell'esame al Senato, con un'integrazione all'articolo 7, comma 1-septies del [D.Lgs 9 novembre 2007, n. 206](#) - provvedimento diretto ad assicurare a coloro i quali hanno acquisito una qualifica professionale in uno Stato membro di accedere alla stessa professione e di esercitarla in un altro Stato membro con gli stessi diritti dei cittadini di quest'ultimo, disciplinandone requisiti e presupposti - in tema di conoscenze linguistiche per il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie nel territorio della provincia autonoma di Bolzano, **aggiunge la categoria degli odontoiatri**¹³⁴ (accanto a quella dei medici) alle varie disposizioni del comma citato riguardanti le modalità di tale riconoscimento nella citata provincia.

Per una migliore comprensione delle modifiche apportate si rinvia al testo a fronte a seguire:

¹³³ Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania.

¹³⁴ In proposito va ricordato che il medico dentista e l'odontoiatra sono entrambi laureati ed autorizzati a lavorare con il cavo orale. L'**odontoiatra** è infatti un dottore **laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria**, che ha superato l'esame di ammissione per l'albo degli odontoiatri (cfr. [L. n. 409/1985](#)). Si è specializzato nella cura dei denti, nonché nella prevenzione e diagnosi di malattie del cavo orale. Di conseguenza si occupa anche dei muscoli, delle mucose orali e delle ossa.

Il **medico dentista** è invece **laureato in Medicina e Chirurgia** con una specializzazione in **Odontostomatologia**. Dopo la specializzazione ha fatto anch'egli l'esame di ammissione per entrare nell'albo. Senza quest'ultimo punto, non può esercitare la professione. Entrambe le figure possono lavorare con il cavo orale, quindi rimuovere denti, applicare protesi e apparecchi. Il medico dentista può fare tutto questo e anche quello che fa di solito un medico chirurgo, se necessario. Ad esempio, la rimozione di alcuni denti del giudizio molto vicini ai nervi può richiedere l'intervento di un **chirurgo maxillo facciale**. In questi casi, l'intervento di un odontoiatra non basta.

Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania (D.Lgs n. 207/2006)	
Testo vigente	Modificazioni proposte dal disegno di legge
Art. 7, comma 1-septies (<i>Conoscenze linguistiche</i>) In attuazione di quanto disposto dal comma 1-sexies, il presidente dell'ordine dei medici della provincia autonoma di Bolzano è autorizzato a istituire, avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, una sezione speciale dell'albo dei medici alla quale possono essere iscritti, a domanda, fermi i restanti requisiti, i professionisti che sono a conoscenza della sola lingua tedesca. L'iscrizione alla sezione speciale autorizza all'esercizio della professione medica esclusivamente nel territorio della provincia autonoma di Bolzano.	Art. 7, comma 1-septies (<i>Conoscenze linguistiche</i>) In attuazione di quanto disposto dal comma 1-sexies, il presidente dell'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia autonoma di Bolzano è autorizzato a istituire, avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, una sezione speciale dell'albo dei medici e una sezione speciale dell'albo degli odontoiatri alle quali possono essere iscritti, a domanda, fermi i restanti requisiti, i professionisti che sono a conoscenza della sola lingua tedesca. L'iscrizione alla sezione speciale autorizza all'esercizio della professione medica o odontoiatrica esclusivamente nel territorio della provincia autonoma di Bolzano.

Articolo 25

(Norme in materia di professione di fisico)

L'**articolo 25, inserito dal Senato**, sostituisce la disciplina transitoria sui requisiti richiesti per l'iscrizione alle Sezioni A e B del settore "fisica" dell'Albo professionale dei chimici e dei fisici.

Il **comma 1** elenca i requisiti richiesti dalla nuova disciplina transitoria.

Il **comma 2** abroga la disposizione normativa recante la precedente disciplina.

L'**articolo 25, inserito dal Senato**, recante norme in materia di professione di fisico, è composto da **due commi**.

Il **comma 1** stabilisce che, **fino al 31 dicembre 2026**, i Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e dei fisici provvedono, su domanda, a **iscrivere alla "Sezione A – settore Fisica" e alla "Sezione B – settore Fisica"**, coloro che hanno **conseguito uno dei titoli di studio previsti per l'iscrizione in tali Sezioni** (elencati nelle tabelle C e D allegate al [decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2018](#)¹³⁵ – v. *infra*) e che, inoltre, abbiano svolto, alternativamente, una delle **seguenti attività**:

- a) **da almeno tre anni**, attività di **professore universitario di ruolo o aggregato**, anche in modo non continuativo, o di **ricercatore** o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali;
- b) **per almeno tre anni**, anche in modo non continuativo, attività di **dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati** nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella **contrattazione collettiva del comparto sanità**;
- c) **per almeno tre anni**, anche in modo non continuativo, attività di **dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati** nel profilo professionale di Fisico, rientranti nella **contrattazione collettiva di altri comparti**;
- d) **da almeno tre anni**, attività di **esperto di radioprotezione** con iscrizione all'elenco di cui al [D.Lgs. n. 101 del 2020](#)¹³⁶;

¹³⁵ Ordinamento della professione di chimico e fisico.

¹³⁶ Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117. L'articolo 129, comma 1, ha istituito l'elenco degli esperti di radioprotezione presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali prevedendo quattro gradi di abilitazione. Il comma 4 del citato articolo ha stabilito l'emanazione di un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali per la disciplina dei

- e) completato almeno il **secondo anno di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria**;
- f) **da almeno cinque anni**, attività nel **profilo professionale di Fisico in regime libero professionale**.

Si ricorda che in attuazione dell'articolo 8 della [legge n. 3 del 2018](#)¹³⁷ che ha istituito la Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici (v. *infra*) e, più in particolare, del comma 8 del citato articolo, è stato emanato il decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2018. L'articolo 1 del citato decreto prevede che presso ciascun Ordine dei chimici e dei fisici è istituito l'Albo professionale dei chimici e dei fisici, al cui interno sono istituite la sezione A e la sezione B. Ciascuna sezione è ripartita nei settori "chimica" e "fisica". Come previsto dall'articolo 2, agli iscritti alla "Sezione A- Fisica" dell'Albo spetta il titolo di "Fisico", mentre agli iscritti alla "Sezione B – Fisica" spetta il titolo di "Fisico Junior".

Nell'allegato al citato decreto sono elencati i titoli di studio che consentono l'iscrizione alle sezioni dell'Albo. In particolare, la **tabella C** contiene la lista dei titoli che permettono l'iscrizione alla "**Sezione A – settore fisica**", per la quale è richiesta:

- o una Laurea Magistrale in una delle seguenti classi:
 - Classe LM 17 - fisica;
 - Classe LM 58 - scienze dell'universo;
 - Classe LM 44 - modellistica matematico-fisica per l'ingegneria.
- o una Laurea specialistica in una delle seguenti classi:
 - Classe 20/S - fisica;
 - Classe 66/S - scienze dell'universo;
 - Classe 50/S - modellistica matematico-fisica per l'ingegneria.
- oppure, infine, un diploma di laurea in fisica conseguito in base agli ordinamenti previgenti.

La **tabella D** contiene la lista dei titoli che permettono l'iscrizione alla "**Sezione B – settore fisica**", per la quale è richiesta:

- o una Laurea nella Classe L30 - scienze e tecnologie fisiche;
- oppure un Diploma di laurea conseguito in base agli ordinamenti previgenti nella Classe 25 - scienze e tecnologie fisiche.

requisiti di iscrizione all'elenco, le modalità di svolgimento dell'esame e l'aggiornamento professionale degli esperti di radioprotezione. Il suddetto decreto è stato emanato il 9 agosto 2022. Per la normativa di riferimento, la consultazione del decreto e dell'elenco degli esperti di radioprotezione si rimanda al seguente link: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/salute-e-sicurezza/focus-on/esperti-qualificati/pagine/default>.

¹³⁷ *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.*

Il **comma 2** dell'articolo in commento prevede l'**abrogazione del comma 5 dell'articolo 6 del [decreto del Ministero della Salute 23 marzo 2018](#)**¹³⁸.

Come ricordato *supra*, il decreto citato è stato emanato in attuazione dell'articolo 8, comma 8, della legge n. 3 del 2018 che ha operato un riordino delle professioni sanitarie (v. *infra*). Più in particolare, il decreto è stato adottato ai fini dell'alta vigilanza che il Ministro della salute esercita, ai sensi della suddetta legge, sulla Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici.

L'articolo 6 del citato decreto, recante "disposizioni transitorie", disciplina la strutturazione del nuovo Albo degli ordini dei chimici e dei fisici, diviso nei settori chimica e fisica e nelle Sezioni A e B. I commi 4 e 5 del suddetto articolo prevedono una **disciplina transitoria** rispettivamente per le iscrizioni alle Sezioni A e B del settore chimica e alle Sezioni A e B del settore fisica.

In particolare, il comma 5, oggetto dell'**abrogazione**, prevede che per un anno e comunque fino all'adozione di specifico regolamento sulla disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio della professione di fisico, i Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e dei fisici provvedono, su domanda, all'iscrizione alle Sezioni A e B del settore fisica di coloro che hanno conseguito rispettivamente uno dei titoli elencati nelle tabelle C e D allegate al decreto (v. *supra*) e dimostrino:

- a) di svolgere da **almeno cinque anni** attività di **professore universitario di ruolo o aggregato, o ricercatore** o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali;
- b) oppure di svolgere da o aver svolto per **almeno cinque anni** attività di **dirigenti o di dipendenti di enti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico**, rientranti nella contrattazione collettiva del **comparto sanità**;
- c) oppure di svolgere da **almeno cinque anni** attività come **dirigenti o dipendenti pubblici o privati nel profilo professionale di Fisico**, rientranti nella contrattazione collettiva di **altri comparti**;
- d) oppure di avere svolto da **almeno cinque anni** l'attività di **esperto qualificato** con relativa iscrizione nell'elenco ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230¹³⁹;
- e) oppure aver conseguito la **specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria**.

L'articolo in commento, di conseguenza, **sostituisce la precedente disciplina transitoria**, risalente al 2018, con una nuova disciplina

¹³⁸ Ordinamento della professione di chimico e fisico

¹³⁹ Il D.Lgs. n. 230 del 1995 recante "Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili" è stato abrogato dall'articolo 243, comma 1, lettera b), del D.Lgs. n. 101 del 2020 (v. *supra nota* 2). L'articolo 78 del decreto legislativo abrogato prevedeva l'istituzione, presso l'Ispettorato medico centrale del lavoro, di un elenco nominativo degli esperti qualificati in radioprotezione.

transitoria, al fine di consentire le iscrizioni all'Albo anche di coloro che, per esempio, hanno conseguito una laurea in fisica a partire dal 2014, in attesa dell'adozione del regolamento volto a disciplinare i requisiti dell'esame di Stato per la professione di fisico.

Si ricorda che l'articolo 8 della legge n. 3 del 2018 ha previsto la trasformazione del Consiglio Nazionale dei Chimici (CNC) nella **Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici**. Più nel dettaglio: il comma 1 ha abrogato gli articoli da 2 a 15 e da 17 a 23 del [R.D. 842/1928](#)¹⁴⁰, di cui rimane in vigore esclusivamente l'articolo 16 che stabilisce che l'autorità giudiziaria e le pubbliche amministrazioni possono affidare le perizie e gli incarichi in materia di chimica pura ed applicata soltanto agli iscritti all'albo dei chimici. Il comma 2 dispone che il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sul Consiglio nazionale dei chimici che assume la denominazione di Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici, alla quale si applicano le disposizioni di cui al [decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233](#)¹⁴¹. Anche il comma 5 interviene sul decreto legislativo del 1946, e più precisamente sull'articolo 17, secondo comma, dedicato alla composizione della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, nella quale vengono inclusi anche i rappresentanti delle professioni di chimico e fisico. A tale scopo, dopo la lettera e) vengono aggiunte le seguenti lettere che prevedono l'inserimento nella Commissione di: un ispettore generale chimico e otto chimici, di cui cinque effettivi e tre supplenti, per l'esame degli affari concernenti la professione di chimico (*e-bis*); un ispettore generale fisico e otto fisici, di cui cinque effettivi e tre supplenti, per l'esame degli affari concernenti la professione di fisico (*e-ter*). Il comma 9 specifica che dall'attuazione del comma 5 non devono derivare nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato. I commi 3, 4 e 6 contengono norme di coordinamento formale. Il comma 7 istituisce, nel rispetto delle previsioni dell'articolo 3 del [D.P.R. n. 328 del 2001](#)¹⁴², nell'albo professionale dell'Ordine dei chimici e dei fisici, all'interno delle relative sezioni A e B, i settori «Chimica» e «Fisica». La norma ha carattere transitorio; le sezioni sono infatti istituite fino all'adozione di uno specifico regolamento recante modifiche e integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio delle professioni di chimico e fisico, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti. Il comma 7-bis reca una disciplina transitoria sui requisiti di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica, valevole fino al 31 dicembre 2025. Il comma 8, oltre a prevedere l'adozione da parte del Ministro della salute di atti funzionali all'esercizio delle funzioni di cui ai commi precedenti¹⁴³, disciplina il

¹⁴⁰ Regolamento per l'esercizio della professione di chimico.

¹⁴¹ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

¹⁴² Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti.

¹⁴³ In attuazione di questa previsione è stato adottato il decreto del Ministero della Salute del 23 marzo 2018 (v. *supra*).

Consiglio nazionale dei chimici e i Consigli direttivi degli ordini dei chimici, in essere alla data di entrata in vigore della legge.

Si ricorda, infine, che presso la XII Commissione della Camera dei deputati si è svolta un'**indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie** (il [documento conclusivo](#) è stato approvato l'8 aprile 2025). Nel corso della [seduta n. 2 del 30 ottobre 2024](#) è stata audita la Dr.ssa Nasicca Orlandi, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici (FNCF), la quale ha evidenziato che, nonostante quanto previsto dalla legge n. 3 del 2018, non sono state ancora aggiornate le competenze del chimico e non sono state istituite le competenze del fisico (disposizioni da attuare revisionando l'articolo 36 del D.P.R. n. 328 del 2001). Inoltre è stato rilevato che la disciplina transitoria contenuta nel decreto ministeriale 23 marzo 2018 grava in particolar modo sulla figura del fisico, non consentendo a chi si è laureato a partire dal 2014 di iscriversi all'Albo.

Articolo 26 **(Clausola di salvaguardia)**

L'articolo 26, introdotto nel corso dell'esame al Senato, prevede che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le disposizioni di cui al provvedimento in esame compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

La previsione in commento stabilisce quindi che le disposizioni legislative che vengono introdotte non sono idonee a disporre in senso difforme a quanto previsto negli statuti speciali di regioni e province autonome (si tratta pertanto di una clausola a salvaguardia dell'autonomia riconosciuta a tali autonomie territoriali). Tale inidoneità, che la previsione esplicita, trae origine dal rapporto fra le fonti giuridiche coinvolte e, nello specifico, dall'impossibilità che norme di rango primario possano legittimamente incidere sul quadro delle competenze definite dagli statuti (che sono adottati con legge costituzionale, fonte di grado superiore) e dalle relative norme di attuazione (il cui ambito di competenza è anch'esso previsto da norme statutarie di rango costituzionale). Le norme di rango primario si applicano pertanto solo in quanto non contrastino con le speciali attribuzioni di tali enti (in questo senso si vedano Corte costituzionale n. 20 del 1956, n. 180 del 1980, n. 237 del 1983, n. 212 del 1984, n. 160 del 1985, n. 213 del 1998, n. 341 del 2001, n. 353 del 2001, n. 51 del 2006, n. 82 del 2015, n. 198 del 2018, n. 31 del 2019 e n. 63 del 2023).

Al riguardo si rileva che, anche recentemente la Corte costituzionale ha ribadito tali conclusioni, affermando in particolare ancora una volta che le norme di attuazione degli statuti speciali si basano su un potere attribuito dalle norme costituzionali degli statuti medesimi in via permanente e stabile, e sono dotate di competenza «riservata e separata» rispetto a quella esercitabile dalle ordinarie leggi della Repubblica (si vedano da ultimo Corte costituzionale n. 120 del 2024 e n. 9 del 2024).

La clausola di salvaguardia è costantemente inserita nei provvedimenti legislativi che intervengono su ambiti materiali ascrivibili alle competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome, al fine di rendere più agevole l'interpretazione delle norme introdotte, con un effetto potenzialmente deflattivo del contenzioso costituzionale. La mancata previsione della clausola potrebbe infatti indurre una o più autonomie speciali ad adire la Corte costituzionale nel dubbio sull'applicabilità nei propri confronti di una determinata disposizione.

La presenza di una siffatta clausola tuttavia non esclude *a priori* la possibilità che una o più norme del provvedimento legislativo possano contenere disposizioni lesive delle autonomie speciali, "allorquando tale clausola entri in contraddizione con quanto testualmente affermato dalle norme impugnate, che facciano esplicito riferimento alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome"¹⁴⁴.

La lettera della disposizione in commento coincide, in linea di massima, con la formulazione ormai consolidata della clausola di salvaguardia¹⁴⁵. Manca peraltro il riferimento generale - solitamente presente nelle clausole di salvaguardia - anche alla legge costituzionale n. 3 del 2001 con il quale si ribadisce quanto previsto dall'articolo 10 della citata legge costituzionale, e cioè che le disposizioni della medesima si applicano anche alle regioni e alle province ad autonomia speciale nelle ipotesi in cui prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite.

¹⁴⁴ Si veda Corte costituzionale n. 78 del 2020. Sul tema si vedano altresì Corte costituzionale n. 40 del 2016, n.156 del 2015 e n. 77 del 2015.

¹⁴⁵ Si vedano ad esempio, da ultimo, l'articolo 23-bis del decreto legge n. 145 del 2023, l'articolo 30 del decreto legislativo n. 148 del 2023, l'articolo 1, comma 3, della legge n. 190 del 2023, l'articolo 1, comma 513, della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024), l'articolo 44-sexies, comma 1, del decreto legge n. 19 del 2024, l'articolo 9-ter del decreto legge n. 39 del 2024, l'articolo 37-bis del decreto legge n. 60 del 2024 e l'articolo 1, comma 3, del decreto legge n. 84 del 2024.

