

dossier

XIX Legislatura

7 ottobre 2024

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

A.S. n. 1241



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



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

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.

INDICE

SCHEDE DI LETTURA

Articolo 1 (<i>Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>).....	7
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>).....	21
Articolo 4 (<i>Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni</i>).....	24
Articolo 5 (<i>Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica</i>).....	28
Articolo 6 (<i>Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario</i>).....	30
Articolo 7, commi 1 e 2 (<i>Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati</i>)	37
Articolo 7, comma 3 (<i>Rete assistenziale per il Giubileo 2025 nell'ambito della regione Lazio</i>).....	40
Articolo 8 (<i>Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia</i>).....	44
Articolo 9 (<i>Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale</i>)	48
Articolo 10 (<i>Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste d'attesa</i>).....	52
Articolo 11 (<i>Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale</i>).....	56
Articolo 12 (<i>Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria</i>).....	60
Articolo 13 (<i>Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali</i>).....	62

SCHEDE DI LETTURA

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**.

Il **comma 1** dell'articolo in esame 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** 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 4** 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 5** 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 **erogatori privati accreditati**, previa stipula dei necessari accordi contrattuali.

Il **comma 6** 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 7** 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, in maniera esclusiva, la diagnosi, la prognosi e la terapia. 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 sanitaria¹, 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.

Nella relazione illustrativa del presente disegno di legge (RI), 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 prospettiva 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 paziente².

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**. *Potrebbe valutarsi l'opportunità di chiarire il testo in ordine all'attribuzione del compito di implementazione del sistema dei percorsi diagnostici.*

¹ V. in proposito <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/web/guest/ricetta-elettronica>

² 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).

Il comma in esame fa espressamente salva, come ribadito anche dalla RI, la disciplina posta dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502³.

Il **comma 3** 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'attesa⁴ (v. *ivi* paragrafo 3.1, pag. 12).

Il **comma 4** 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 contrario” - *cioè, sembra doversi intendere, in caso di mancata garanzia delle prestazioni nei tempi e luoghi stabiliti o mancato monitoraggio* -, 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. 73⁵, 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

³ Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

⁴ 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 2029.

⁵ 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.

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 5**, le aziende sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale⁶ nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, 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 6** 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

⁶ 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 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.

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 - *delle ASL e delle AO, pare doversi intendere, in assenza di specificazione* -.

Il **comma 7** 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 indirizzi e delle linee guida adottati in materia⁷, 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 segnala che diverse disposizioni dell'articolo in esame si rivolgono esplicitamente anche alle Province autonome e che il presente disegno di legge non contiene una clausola generale di salvaguardia delle autonomie speciali.

Si fa presente che, in merito alla tema della competenza legislativa, in sede di relazione illustrativa, 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.

⁷ 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).**

Viene infine posta **la clausola di invarianza degli oneri finanziari (comma 4)** prevedendosi che dall'attuazione del presente articolo non derivano 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](#)⁸, 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**

⁸ *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*, conv. con mod. dalla L. n. 107/2024.

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. È 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 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](#)⁹ (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](#)¹⁰, 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, ~~co~~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 salute¹¹, 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;
- 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**

⁹ Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

¹⁰ Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

¹¹ 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*.

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)¹², 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

¹² Su attività intramoenia cfr. <http://www.salute.gov.it/portale/professionisalarie>

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 Garanzia¹³ (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](#).

- 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](#)¹⁴, **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) 2010-2012¹⁵. Il Piano (al cui contenuto si fa rinvio) prevede una serie di misure e prescrizioni da osservare¹⁶ e prescrive il **rispetto**, da parte delle Regioni e delle

¹³ Cfr. www.salute.gov.it

¹⁴ *Legge finanziaria 2006*

¹⁵ Cfr. www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglio

¹⁶ 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

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 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 nazionali¹⁷.

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. 95¹⁸ (L. n. 135/2012)¹⁹.

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.

¹⁷ 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.

¹⁸ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*.

¹⁹ 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** 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 spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per il

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 dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della 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](#)**²⁰ (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:

- 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

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.

²⁰ Sull'Osservatorio cfr. anche art. 3

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 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.

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 disegno di 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](#)²¹, 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 4²², 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 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

²¹ *Legge di contabilità e finanza pubblica*

²² 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.

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 8²³ 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.

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

²³ 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.

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](#)²⁴, 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 8²⁵ 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 intraziendale.

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.

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.

²⁴ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

²⁵ 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.

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](#)²⁶, 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** 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 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. 34/2023²⁷ (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.

²⁶ *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.*

²⁷ *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.*

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%**.

Si ricorda, infine, che ai sensi dell'**articolo 7, comma 2, D.L. n. 73 del 2024**²⁸, 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%**.

²⁸ *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 2025**, 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)²⁹ 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 2025;
- 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 2025, 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](#)³⁰ - 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 formazione³¹-, oltre che in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 - in materia di *gestione delle risorse umane* - del [D. Lgs. 30 marzo](#)

²⁹ *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.*

³⁰ *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.*

³¹ 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.

[2001, n. 165](#)³² 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](#)³³, 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 **teito 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 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)³⁴ 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 2025 nel limite massimo delle 8 ore settimanali.

³² *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

³³ *Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.*

³⁴ *Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).*

Articolo 6 *(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)*

L'**articolo 6**, detta disposizioni relative al **reclutamento del personale sanitario**. Il **comma 1**, con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa, contrastare il fenomeno dei cd. "gettonisti" e reinternalizzare i servizi sanitari appaltati a operatori economici privati secondo quanto previsto [dall'articolo 10 del D. L. 34/2023, conv. con modif. con L. n. 56/2023](#)³⁵, 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](#)³⁶, nel rispetto dei limiti previsti [dall'articolo 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, conv. dalla L. n. 122/2010](#)³⁷.

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 6, comma 1**, con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa, contrastare il fenomeno dei cd. "gettonisti" e reinternalizzare i servizi sanitari appaltati a 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](#).

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)³⁸.

³⁵ *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.*

³⁶ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

³⁷ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*

³⁸ Il [parere n. 35](#) è stato reso dall'ANAC in data 24 giugno 2024.

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](#)**³⁹.

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.

Infine, la disposizione in commento precisa la necessità di rispettare i limiti fissati **dall'articolo 9, comma 28, del [D.L. n. 78/2010](#)**⁴⁰, 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,

³⁹ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.*

⁴⁰ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*

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 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*

Più in generale, 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 445.0000 (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

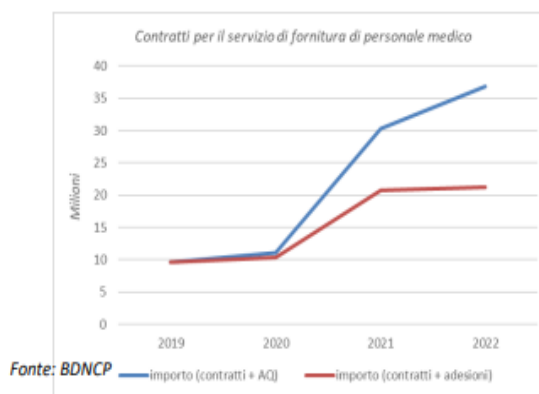
frequentemente, per garantire la funzionalità minima dei servizi, le aziende del SSN ricorrono a forme diverse di esternalizzazione. Vi è pertanto la consapevolezza della necessità di agire in maniera strutturale, sia assicurando le opportune risorse al sistema, sia migliorando l'organizzazione dei servizi per far sì che il SSN torni ad essere maggiormente attrattivo per i giovani.

Sul tema, si segnala il [report dell'Agencia 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 SSN⁴¹.

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

Contratti per il servizio di fornitura di personale medico				
Anno	importo (contratti+ AQ)	Variazione %	importo (contratti+ adesioni)	Variazione %
2019	9.647.069	-	9.647.069	-
2020	11.046.549	15%	10.355.349	7%
2021	30.260.747	174%	20.764.147	101%
2022	36.881.421	22%	21.200.065	2%



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%)**.

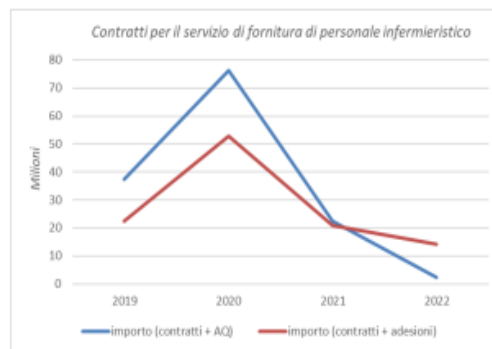
Con riferimento al **personale infermieristico**, i dati mostrano come, a differenza del caso del personale medico, il fenomeno fosse già rilevante nel periodo pre-pandemico: dal 2019 al 2020 si osserva infatti una rilevante crescita (+104%) dei contratti (inclusi gli AQ/convenzioni), seguita da una notevole contrazione negli anni successivi. Nonostante

⁴¹ Fonte: BDNCP, Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

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 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. 4⁴²).

Contratti per il servizio di fornitura di personale infermieristico				
Anno	importo (contratti + AQ)	Variazione	importo (contratti+ adesioni)	Variazione
2019	37.275.922		22.321.836	-
2020	76.139.981	104%	52.849.136	137%
2021	22.453.910	-71%	20.860.519	-61%
2022	2.241.731	-90%	14.286.837	-32%



Fonte: BDNCP

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".

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

L'articolo 7, 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 vigente⁴³, 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 precedenza⁴⁴, 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](#)⁴⁵ (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](#)⁴⁶ (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 2022⁴⁷, 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, 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).

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

⁴³ V. art. 45, co. 1-ter del [D.L. 124/2019](#), convertito con modificazioni dalla legge 157/2019.

⁴⁴ Cfr. il richiamato art. 15, co. 14, primo periodo, del [D.L. 95/2012](#) sulla *spending review*, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012.

⁴⁵ Convertito con modificazioni dalla legge 27/2020.

⁴⁶ Convertito con modificazioni dalla legge 106/2021.

⁴⁷ Art. 1, co. 277, L. 234/2021.

questione deve in ogni caso corrispondere ad accessi con codice di priorità almeno arancio o rosso.

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»⁴⁸.

⁴⁸ 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 riduzione dell'importo e del volume di acquisto a tutti i contratti e a tutte le strutture private accreditate.».

Articolo 7, comma 3
(Rete assistenziale per il Giubileo 2025 nell'ambito della regione Lazio)

L'**articolo 7, 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](#)⁴⁹, 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](#)⁵⁰, 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](#)⁵¹ 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 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.

⁴⁹ *Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.*

⁵⁰ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.*

⁵¹ *Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera.*

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](#)⁵², 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 inappropriatazza. 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 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

⁵² *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.*

strutture accreditate, di cui [all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)⁵³, 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](#)⁵⁴;
- 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. 311⁵⁵ 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.
- 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

⁵³ Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

⁵⁴ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

⁵⁵ Legge finanziaria 2005

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 8 *(Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)*

L'**articolo 8**, 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.

Al successivo **comma 2** si prevede l'acquisizione di dati, attraverso il sistema di ricezione anzidetto, anche con riferimento all'**erogazione degli integratori alimentari** da parte delle farmacie.

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. 73⁵⁶.

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. 153⁵⁷ (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**.

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. 73/2021 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);

⁵⁶ 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.

⁵⁷ 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.

- 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.

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 prelievo 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 9
(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale)

L'**articolo 9**, 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 NGS⁵⁸), 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.

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.

⁵⁸ Sequenziamento di seconda generazione per esaminare simultaneamente frammenti di DNA.

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 10

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

L'**articolo 10** 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 il criterio 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 (generali, 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 10 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 finanze⁵⁹ 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. 95/2012⁶⁰ (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](#)⁶¹ (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 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](#)⁶²,

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cd. *spending review*.

⁶¹ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cd. *spending review*.

⁶² *Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.*

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. 150/2009⁶³](#) 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 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.

⁶³ 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

• **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 2016⁶⁴, 2017⁶⁵, 2018⁶⁶, 2019⁶⁷, 2020⁶⁸, 2021⁶⁹, per il 2022⁷⁰ e per il 2023⁷¹.

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.

⁶⁴ Art. 6, comma 4 del DL. n. 210/2015 (L. 21/2016, cd. proroga termini legislativi).

⁶⁵ 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).

⁶⁶ Art. 8, comma 3, del DL. n. 91/2018, n. 91 (L. n. 108/2018, cd. proroga termini legislativi).

⁶⁷ Art. 13, comma 2, D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (L. n. 60/2019, c.d. Decreto Calabria).

⁶⁸ Art. 5, comma 1, del DL. n. 162/2019 (L. n. 8/2020, cd. proroga termini legislativi).

⁶⁹ Art. art. 4, comma 1, del DL. n. 183/2020 (L. n. 21/ 2021, cd. proroga termini legislativi).

⁷⁰ Art. 1, comma 289, L. n. 234/2021 (L. di Bilancio 2022).

⁷¹ Art. 4, comma 1, del D.L. n. 198/2022 (cd. Proroga termini legislativi), (L. n. 14/2023).

Articolo 11

(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

L'articolo 11, al comma 1, autorizza una serie di **assunzioni a tempo indeterminato**, nel biennio 2025-2026, 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**⁷² dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, possono assumere a tempo indeterminato, per la finalità anzidetta, 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.

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)⁷³.

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

⁷² Per un approfondimento in materia v.

<https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5022&area=pianiRientro&menu=vuoto>

⁷³ 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>

6 del D.L. n. 73 del 2024⁷⁴. Sono inoltre in corso d'esame, presso la 10^a Commissione del Senato, alcuni disegni di legge in materia di tutela della salute mentale⁷⁵.

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 comma 1 del presente articolo, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213⁷⁶ (si tratta di risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento di obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale).

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

⁷⁴ Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.

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 socio-sanitari:

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 12

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

L'**articolo 12**, 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 del presente provvedimento (RI), il Governo evidenzia che con la disciplina 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), 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 13

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

L'**articolo 13** dispone una modifica all'articolo 3 del [D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233](#)⁷⁷, 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](#)⁷⁸ sui **compiti del Consiglio direttivo degli Ordini delle professioni sanitarie**, come novellato dall'articolo 4, comma 1, della [L. n. 3/2018](#)⁷⁹ 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 **solà 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.

In proposito si ricorda che tale tassa 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

⁷⁷ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

⁷⁸ Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

⁷⁹ 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.

lett. g), anche alla tassa 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 tassa 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 provincia⁸⁰, 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](#)⁸¹ 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](#)⁸², che riguarda, tra l'altro, il riconoscimento delle qualifiche 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

⁸⁰ 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.

⁸¹ *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.*

⁸² *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.*

dell'Assemblea degli iscritti il bilancio preventivo riferito all'anno successivo ed il conto consuntivo, che si chiudono entro l'anno solare in corso.