



Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare

A.C. 1298

Dossier n° 291 - Schede di lettura
14 maggio 2024

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1298
Titolo:	Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Quartini
Numero di articoli:	12
Date:	
presentazione:	13 luglio 2023
assegnazione:	4 ottobre 2023
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I, II, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XIV e Commissione parlamentare per le questioni regionali

Contenuto

La proposta di legge in esame (A.C. 1298), composta da **12 articoli**, detta disposizioni su diversi aspetti relativi al **finanziamento, all'organizzazione ed al funzionamento del Servizio Sanitario nazionale**, prevedendo e disciplinando altresì una **delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare**.

L'**articolo 1**, riguardante il **finanziamento del Servizio sanitario nazionale**, prevede, a decorrere dal **2024**, una percentuale minima, **non inferiore all'8 per cento annuo**, dell'incidenza della spesa sanitaria rispetto al Prodotto interno lordo (**comma 1**), con la finalità di:

- **salvaguardare il Servizio sanitario nazionale**;
- garantire una **sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza (LEA)**;
- soddisfare in modo più efficace le **esigenze di pianificazione e di organizzazione** nel rispetto dei principi di equità, di solidarietà e di universalismo.

A decorrere dal medesimo anno 2024, si prevede che, in ogni caso, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato deve essere aumentato su base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico, vale a dire contraddistinto da una riduzione del PIL.

Il **comma 2**, infine, detta una novella all'articolo 1, comma 34, primo periodo della [L. n. 662/1996](#) (collegato alla legge finanziaria per il 1997), riguardante i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale stabiliti dalla normativa vigente, e finalizzata al superamento della **sperequazione esistente nel territorio nazionale** nell'ambito della ripartizione del predetto Fondo, ai fini della determinazione della quota capitaria.

Si ricorda in proposito che tale norma stabilisce che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, ora CIPESS, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

A tali criteri, la norma in esame aggiunge anche indicatori "ambientali, socioeconomici e culturali". Inoltre, si inserisce l'ulteriore criterio di attribuzione di **un peso non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria** all'indice relativo alla **deprivazione economica**, individuato annualmente dall'Istituto

nazionale di statistica - ISTAT, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle Regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie.

In proposito si precisa che l'indice di deprivazione è utilizzato, ai fini statistici, per l'analisi delle disuguaglianze reddituali e viene misurato dall'ISTAT annualmente nell'ambito degli indicatori di benessere economico. Nel 2022, ultimo dato disponibile nell'ultimo [Rapporto sulla Situazione del Paese ISTAT \(luglio 2023\)](#) a consuntivo, la **quota di popolazione a rischio di povertà** o esclusione sociale è risultata pari al 24,4 per cento (era pari al 25,2 per cento nel 2021). La crescita economica, l'incremento dell'occupazione e dei redditi familiari hanno favorito una marcata riduzione della popolazione in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale (4,5 per cento rispetto al 5,9 per cento del 2021), mentre rimane stabile la popolazione a rischio di povertà (20,1 per cento).

Per un'analisi dell'**attuale finanziamento del Servizio sanitario nazionale**, si fa rinvio al paragrafo Quadro normativo e finanziario (v. *infra*).

L'articolo 2 disciplina misure per l'**appropriatezza delle prestazioni sanitarie**.

In proposito, Il **comma 1** prevede l'**adozione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri** diretto a modificare il [DPCM 12 gennaio 2017](#) di **aggiornamento dei LEA** - livelli essenziali di assistenza -, finalizzato ad eliminare le **prestazioni sanitarie obsolete**.

Si prevede che il decreto sia emanato entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il MEF, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita la [Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA](#) e la promozione dell'**appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale**, istituita ai sensi dell'articolo 1, comma 556, della [L. n. 208/2015](#) (*Legge di stabilità 2016*).

Si ricorda che il citato comma 556 della legge di Bilancio 2016 ha previsto l'istituzione della predetta **Commissione nazionale**, nominata e presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, dall'Agenzia italiana del farmaco, del Ministero dell'economia e finanza e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. **Insedata il 28 luglio 2020** presso il Ministero della Salute, la Commissione ha il compito di provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei LEA, con l'obiettivo di creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini. È stata costituita con [decreto ministeriale 5 maggio 2020](#) e parzialmente modificata con i decreti ministeriali [1 ottobre 2020](#), [22 febbraio 2021](#), [23 giugno 2021](#), [5 novembre 2021](#), [19 novembre 2021](#) e [11 maggio 2023](#).

Il **comma 2** dispone peraltro un **aumento di 400 milioni annui**, a decorrere dall'anno 2024, per l'**aggiornamento dei LEA**, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della [L. 28 dicembre 2015, n. 208](#) (*Legge di stabilità 2016*) incrementando corrispondentemente l'importo di cui all'[articolo 1, comma 288, della L. 30 dicembre 2021, n. 234](#) (*legge di Bilancio 2022*).

In proposito, i commi 558 e 559, art. 1, della richiamata legge di stabilità 2016 hanno previsto la possibilità, sulla base dell'attività svolta dalla citata Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, di una formulazione annuale di una proposta di aggiornamento dei LEA. Ciò nel caso in cui la proposta attenga esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal SSN ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione. In ogni caso, la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. L'aggiornamento dei LEA viene effettuato con decreto interministeriale Salute-Economia, sentita la Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Il **comma 3** prevede che, con il predetto DPCM di aggiornamento dei LEA, si provveda anche alla **ridefinizione degli indicatori e dei parametri di riferimento relativi ad elementi rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria** e, in particolare, del rispetto in ciascuna Regione dei **livelli essenziali e uniformi di assistenza**, così come prescritto all'articolo 9, comma 2, lettera a), del D. Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56. La norma precisa inoltre che il menzionato decreto deve assicurare che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni indicatori e parametri siano fissi e altri variabili.

La menzionata lett. a) del comma 2, art. 9, del [D. Lgs. n. 56/2000](#) per l'appunto sancisce che il sistema di garanzia deve comprendere un **insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento**, relativi ad elementi rilevanti ai fini del monitoraggio che vengano rispettati, in ciascuna Regione, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché i vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario.

Ai sensi del **comma 4**, inoltre, viene prescritta la ridefinizione, in via sperimentale, del sistema del **raggruppamento omogeneo di diagnosi**, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ([qui un approfondimento](#)), **collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute** conseguiti e alla presa in carico complessiva del

paziente. Ciò al fine di garantire l'**equità distributiva** attraverso un efficace sistema di remunerazione ed adeguati livelli della qualità dei servizi erogati, oltre che per le seguenti finalità:

- **ridurre l'utilizzo inappropriato** delle risorse del Servizio sanitario nazionale;
- **ridurre l'applicazione di procedure di scelta** in base alla selezione dei **pazienti di minore complessità** o all'attribuzione di **tariffe più remunerative**.

Tale ridefinizione deve essere effettuata mediante decreto del Ministero della salute, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, come previsto in materia dalla normativa vigente.

Infine, il **comma 5** dispone l'adozione di un decreto interministeriale Salute-Economia, all'ulteriore fine di **rafforzare la resilienza del Sistema sanitario nazionale** in caso di **nuovi eventi patologici epidemici o pandemici**. Il decreto dovrà disciplinare il **criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto** in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di **posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea**, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

Si prevede l'adozione di tale decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

In proposito si ricorda che l'investimento del PNRR relativo all' Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (M6 C2 1.1.1.2) prevede una rimodulazione dell'obiettivo, entro metà del 2026, del **rafforzamento della rete ospedaliera con l'incremento di almeno 5.922 posti letto di terapia intensiva** (+2.692) e di area semi-intensiva (+3.230) - in luogo dei 7.700 precedentemente preventivati -, oltre al potenziamento delle strutture del SSN per ristrutturazione del Pronto Soccorso (1.413.145.000 euro per progetti in essere di cui all'articolo 2 del DL. 34/2020). Risorse pari a **1.450.110.000 euro** ripartite a livello regionale con [Decreto del Ministero della salute del 20 gennaio 2022](#) (qui [tabella riparto](#)) con previsione di attuazione finanziaria al 31.12.2022. Qui i [Piani di riorganizzazione regionale terapia intensiva e subintensiva - All. 1 Linee guida, Alle. 2 Posti letto](#).

Con riferimento alle disposizioni in materia di personale sanitario del Servizio sanitario nazionale previste all'**articolo 3**, il **comma 1** dispone che entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento deve essere definita una **nuova metodologia** per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN ai fini della **valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate**, con riferimento alla **definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale**, in coerenza con gli *standard* organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale.

In proposito, la norma precisa che si deve tenere conto di quanto previsto in materia di **piano triennale dei fabbisogni di personale**, secondo quanto disposto dal comma 2 dell'articolo 6 del D. Lgs. n. 165/2021 (v. l'[ultima programmazione disponibile 2023-2025](#)).

Si ricorda che quest'ultima norma, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di *performance* organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, ha previsto che le amministrazioni pubbliche adottino il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le specifiche linee di indirizzo emanate con i [D.M. 8 maggio 2018](#) e [D.M. 22 luglio 2022](#), entrambi riguardanti l'**individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle pubbliche amministrazioni**.

In particolare, il sopra richiamato comma 2 dell'articolo 6 dispone che, qualora siano individuate eccedenze di personale, le amministrazioni pubbliche devono applicare specifiche procedure - previste al successivo articolo 33 -, la cui mancata osservanza comporta la nullità di atti posti in essere, oltre che responsabilità disciplinari, sono obbligate a darne comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica. Inoltre, nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche devono curare l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2, riguardante le disposizioni sulle assunzioni obbligatorie delle amministrazioni pubbliche ed enti assimilati.

Più in dettaglio, il piano triennale deve indicare le **risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano**, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

La definizione della suddetta nuova metodologia deve essere approvata, entro i termini sopra indicati, con **decreto del Presidente del Consiglio dei ministri**, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il MEF, e previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Il **comma 2** inoltre, al fine di consentire alle Regioni una maggiore spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario regionale, fino alla data di entrata in vigore del sopra indicato DPCM, prevede una **deroga** per la **determinazione dei valori di riferimento del fabbisogno del personale**, finanziati nell'ambito del

livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato: si dispone, infatti, che i valori di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo del D.L. n. 35/2019 (L. n. 60/2021) siano incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

La disposizione del predetto comma 1, al secondo periodo, ha consentito alle Regioni di incrementare annualmente i valori della spesa del personale di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il limite di incremento, previsto a decorrere dal 2019, per gli enti del SSN di superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento (limite di spesa previsto dall'art. 2, co. 71, della legge 191/2009).

Sul punto, considerato che la disposizione non è formulata in termini di novella del testo dell'articolo 11, comma 1, del citato D.L. 35/2019, appare opportuno chiarire se la percentuale di incremento sia complessiva, nel senso di includere l'incremento percentuale del 10 per cento già previsto dalla normativa vigente.

Riguardo alla normativa finora vigente, si ricorda che, in caso di mancato rispetto del suddetto parametro dell'1,4%, la Regione si considerava egualmente adempiente qualora avesse raggiunto l'equilibrio economico ed avesse attuato, dal 2015, un percorso di graduale riduzione della spesa per il personale in vista del totale conseguimento nell'anno 2020 del parametro (nella nozione suddetta di graduale riduzione rientrava anche l'ipotesi di una variazione pari allo 0,1 annuo, come specificato dall'articolo 1, comma 454, della L. 27 dicembre 2017, n. 205).

Si ricorda in proposito che l'obiettivo della predetta norma è stato quello di fissare nuovi limiti di spesa per il personale SSN, in coerenza con le indicazioni della legge di bilancio 2019 sul livello del finanziamento per il SSN per il 2019, e sulle misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati da inserire nel Patto per la salute 2019-2021.

Il **comma 3** prevede, conseguentemente, l'incremento dell'autorizzazione di spesa prevista per il **rafforzamento dell'assistenza territoriale** di cui all'[articolo 1, comma 274, della legge di Bilancio 2022 \(L. n. 234/2021\)](#), al fine di assicurare il **potenziamento dell'assistenza territoriale** nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare, oltre che di personale convenzionato.

Al riguardo si ricorda che il comma 274 ha inteso coprire i **maggiori costi relativi all'assunzione di personale aggiuntivo SSN** necessario a garantire il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). A tal fine è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del SSN, la spesa massima di: 90,9 milioni per il 2022, 150,1 milioni per il 2023, 328,3 milioni per il 2024, 591,5 milioni per il 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026. L'autorizzazione di spesa decorre dall'entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per l'assistenza territoriale, [D.M. 77 del 23 maggio 2022](#) (pubblicato nella G.U. 22 giugno 2022, n. 144, entrata in vigore del provvedimento 7 luglio 2022). Con il successivo [D.M. Salute/Economia 23 dicembre 2022](#) sono state ripartite fra le Regioni e le Province autonome le risorse sopra indicate, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto, anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR ([v. allegato pubblicato in Gazzetta ufficiale](#)).

Riguardo la definizione che la Riforma dell'assistenza territoriale ha introdotto con riferimento al nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso la definizione di un quadro normativo che ne identifichi gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi, e mediante l'istituzione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico in linea con un approccio integrato ("*One Health*") e con una visione olistica ("*Planetary Health*"), si fa rinvio al [Dossier di approfondimento](#) del Servizio Studi del 20 marzo 2023).

L'incremento è pari a **150 milioni di euro per l'anno 2023, 300 milioni per l'anno 2024, 500 milioni per l'anno 2025 e 1.000 milioni annui a decorrere dall'anno 2026**, con finanziamento a valere sulle risorse del Servizio sanitario nazionale che viene corrispondentemente incrementato. Si precisa che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, viene effettuato il riparto delle predette somme fra Regioni e le Province autonome sulla base dei criteri definiti dal medesimo decreto.

In base al **comma 4**, infine, viene istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un fondo con una **dotazione iniziale pari a 2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2024** con le seguenti finalità:

- contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della **contrattazione collettiva nazionale**, per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, per il triennio 2022-2024, in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, in materia di disponibilità destinate alla contrattazione collettiva.

In proposito si ricorda che il MEF è chiamato a quantificare, in coerenza con i parametri previsti dagli strumenti di programmazione e di bilancio, l'onere derivante dalla contrattazione collettiva nazionale a carico del bilancio dello Stato con apposita norma da inserire annualmente nella legge di Bilancio. Allo stesso modo sono determinati gli eventuali oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione integrativa delle amministrazioni dello Stato. Quest'ultima, in base all'articolo 40, comma 3-bis, del medesimo D. Lgs. n. 165/2001 è volta ad assicurare adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici, incentivando l'impegno e la qualità della performance, destinandovi, per l'ottimale perseguimento degli obiettivi organizzativi ed individuali, una quota prevalente delle risorse finalizzate ai trattamenti economici accessori comunque denominati. La predetta quota è collegata alle risorse variabili determinate per l'anno di riferimento. La contrattazione collettiva integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali che questi ultimi prevedono, anche per ambito territoriale e per più amministrazioni.

- **adeguare le retribuzioni ai livelli europei** ed incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.

Considerate le predette finalità, si valuti l'opportunità di indicare la denominazione di riferimento del citato fondo istituito nello stato di previsione del MEF.

La proposta di legge in esame interviene altresì sulle **forme di assistenza sanitaria integrativa**. In proposito, l'**articolo 4**, al **comma 1**, dispone, nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'**accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari**, che **le forme di assistenza sanitaria integrativa** possano fornire esclusivamente le prestazioni sanitarie non comprese nei LEA erogate da professionisti e da strutture accreditate, nonché le prestazioni sanitarie comprese nei LEA erogate dal Servizio sanitario nazionale, per la sola quota posta a carico dell'assistito.

In proposito, si ricorda che presso il Ministero della salute è stata istituita l'**Anagrafe dei fondi sanitari integrativi**, con il [decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008](#) concernente gli ambiti di **intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie** erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali. Le procedure e le modalità di funzionamento sono state successivamente definite con il [D. M. Salute del 27 ottobre 2009](#), che interviene anche sulla quota di risorse minime vincolate.

L'Anagrafe è stata istituita con l'obiettivo di: censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa e il Servizio sanitario nazionale; verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte degli enti, casse e società di mutuo soccorso che abbiano esclusivamente fine assistenziale.

Sui Fondi sanitari integrativi viene svolta un'attività di monitoraggio svolta dalla suddetta Anagrafe e regolata con [D.M. salute del 30 settembre 2022](#) ai fini dell'individuazione delle prestazioni a carattere sociale e altre tipologie di attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Più in dettaglio (**comma 2**), i soggetti che forniscono le prestazioni sanitarie nell'ambito delle forme di assistenza sanitaria integrativa devono **riservare** una quota delle proprie risorse annue nelle seguenti percentuali:

- a) 80 per cento, per le prestazioni non comprese nei LEA;
- b) 20 per cento, per le prestazioni comprese nei LEA ed erogate da strutture pubbliche, limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito anche relativa agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito.

Inoltre, le forme di **assistenza sanitaria integrativa** devono operare esclusivamente con finalità assistenziali e senza scopo di lucro, attuando politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso dei propri iscritti alle prestazioni sanitarie. Le stesse sono chiamate ad assicurare la **stabilità della gestione economica** e possono accedere ai benefici e alle agevolazioni fiscali previsti dalla normativa vigente subordinatamente all'osservanza dei principi di trasparenza, di completezza e di comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili ai sensi del titolo V del libro V del Codice Civile, riguardante la normativa e le fattispecie di diritto applicabile alle società (**comma 3**).

La norma in esame, al **comma 4**, stabilisce il principio che l'**adesione alle forme di assistenza sanitaria integrativa è libera**. Per le forme di assistenza sanitaria integrativa costituite sulla base di accordi contrattuali o collettivi relativi a specifiche categorie di lavoratori subordinati, di lavoratori autonomi o di liberi professionisti, l'adesione, individuale o collettiva, può avvenire **esclusivamente su base volontaria del singolo**.

Per quanto riguarda le forme di assistenza sanitaria integrativa affidate alla **gestione esterna di soggetti che svolgono attività a fini di lucro**, come disciplinate al **comma 5**, viene stabilito che esse **non possono accedere agli incentivi fiscali**, in forma diretta o indiretta. Inoltre si stabilisce il principio in base al quale i datori di lavoro, le organizzazioni sindacali o i promotori delle forme di assistenza sanitaria integrativa non possano in alcun caso far parte di organi di gestione ed amministrazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, di enti gestori delle medesime o di imprese di assicurazione che

provvedono al loro finanziamento o alla loro gestione. Gli stessi soggetti sopra elencati non possono ricevere benefici o vantaggi di alcun genere come conseguenza dell'adesione a forme di assistenza sanitaria integrativa da parte dei propri dipendenti, iscritti o associati.

Il **comma 6** pone il **divieto di campagne pubblicitarie di fondi integrativi** del SSN e di polizze di assicurazione sanitarie che diffondano messaggi basati sulle criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale o sull'inappropriatezza delle cure erogate ovvero che promuovano la **medicalizzazione della società** nonché i fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

Il **comma 7** stabilisce che l'Anagrafe dei Fondi sanitari, istituita ai sensi del D. M. Salute 31 marzo 2008 (cfr. *supra*), sia pubblica ed **integralmente consultabile da chiunque** nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute ove devono essere pubblicati altresì gli statuti, i bilanci e ogni documento contabile utile a evidenziare le agevolazioni fiscali di cui ciascun soggetto interessato ha beneficiato per ciascun anno, nonché la chiara e completa rappresentazione della struttura societaria diretta e indiretta.

In proposito si osserva che il citato decreto 31 marzo 2008 è stato modificato dal [D.l. Salute-Lavoro e politiche sociali del 27 ottobre 2009](#) per quanto riguarda le procedure e le modalità del funzionamento dell'Anagrafe dei Fondi sanitari. Si valuti l'opportunità, in termini di formulazione del testo, di fare riferimento a tali modifiche.

Al fine di incrementare l'Anagrafe con i dati sopra indicati, ciascun soggetto interessato deve inviare periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al **numero e alla tipologia dei propri iscritti**, al numero e alla tipologia dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alla tipologia delle prestazioni complessivamente erogate, distinte tra:

- prestazioni a carattere sanitario;
- prestazioni a carattere socio-sanitario;
- prestazioni a carattere sociale;
- altre tipologie.

Il **comma 8** prevede e disciplina una delega al Governo, da adottare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, ai fini dell'adozione di uno o più decreti legislativi per il **riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali** relativi all'**assistenza sanitaria complementare**, in conformità ai principi e criteri direttivi desumibili dalle disposizioni di cui al presente articolo, assicurando che qualsiasi beneficio fiscale sia **riconosciuto esclusivamente per le prestazioni non comprese nei LEA** e per le forme di assistenza sanitaria integrativa che si siano conformate ai predetti principi e criteri.

A tale proposito si valuti l'opportunità di qualificare espressamente le norme dei commi precedenti sopra illustrate quali principi e criteri direttivi della delega in conformità del disposto dell'articolo 76 della Costituzione.

Il **comma 9** definisce la procedura per l'adozione dei decreti legislativi di cui al precedente comma 8. Tali schemi, corredati di relazione tecnica, devono essere trasmessi alle Camere ai fini dell'**espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari** competenti per materia e per i profili finanziari.

La norma precisa che i pareri devono essere resi entro 30 giorni dalla data di trasmissione e che decorso il termine previsto per l'espressione del parere, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, deve trasmettere nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per materia devono essere comunque espressi entro il termine di 10 giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

L'**articolo 5** detta disposizioni in tema di **autorizzazione, accreditamento e stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie**.

Il **comma 1**, al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale, rimette ad un **decreto del Ministro della salute**, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, la definizione dei **requisiti minimi e delle modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale, nonché per la stipulazione degli accordi contrattuali**, per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di cui agli articoli **8-bis** (*Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali*) e **8-ter** (*Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie*) del [D.Lgs n. 502/1992](#) (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*).

In proposito va ricordato che l'autorizzazione ha lo scopo di consentire l'esercizio dell'attività sanitaria, e ogni soggetto (pubblico e privato) che opera all'interno del Ssn deve essere autorizzato ai sensi dell'articolo 8-ter del [D.Lgs. n. 502/92](#). L'autorizzazione deve essere richiesta alla Regione presso la quale si ha intenzione di iniziare l'attività, per tutte le strutture, sia pubbliche che private, che erogano prestazioni in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, in regime residenziale e per gli studi odontoiatrici/medici o di altre professioni sanitarie, compresi quelli infermieristici. Quanto ai **requisiti per l'autorizzazione** la scelta è demandata alla singola Regione, che ne sancisce i criteri di inclusione, e devono comprendere requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi. In ultimo, sul rilascio dell'autorizzazione da parte della Regione influisce anche l'attività di verifica del Comune all'interno del quale la struttura risiederà.

Passaggio successivo all'autorizzazione è l'**accreditamento** con il Ssn, obbligatorio solo per quelle strutture che vogliano operare in convenzione con la sanità pubblica infatti se si vogliono erogare prestazioni in regime privato il percorso si ferma alla sola autorizzazione. L'accreditamento può essere concesso subordinatamente alla rispondenza con la programmazione sanitaria regionale e ad ulteriori requisiti di qualificazione stabiliti dalla Regione sulla base dell'articolo 8-*quater* del D.Lgs. 502/1992, dopo aver ascoltato i pareri di [Agenas](#) e del Consiglio Superiore della Sanità. **Attraverso l'accreditamento la struttura può operare in nome e per conto del Ssn**, adoperando le stesse tariffe e percependo quindi quota parte del finanziamento sanitario regionale. L'accreditamento è seguito da un contratto, che tiene conto della programmazione e da un controllo periodico delle prestazioni erogate adoperato dalla Regione. L'accreditamento a seguito di verifica può anche essere revocato qualora la struttura non soddisfi più i requisiti qualitativi che ne abbiano determinato la concessione.

Dal momento che l'accreditamento attribuisce la qualifica potenziale di gestore del servizio pubblico, occorrerà che le parti stipolino appositi **accordi contrattuali** che regolamentino il rapporto tra i due soggetti (pubblico e privato). L'accordo contrattuale rappresenta quindi un contratto di disciplina pubblicistica che lega la struttura privata alla pubblica amministrazione. In sostanza, il procedimento di accreditamento per conferire agli interessati il diritto ad esercitare l'attività in regime di convenzione consiste di due atti: il primo unilaterale emesso dalla pubblica amministrazione che conferisce lo stesso diritto alla struttura, e il secondo che rende operativo il primo, legandosi ad esso mediante l'accordo tra le parti. Le Regioni devono definire l'ambito di applicazione degli accordi nonché individuare i soggetti interessati, individuando le responsabilità della Regione e della Asl nella stipula degli accordi, nella formulazione dei programmi di attività, e nella determinazione della remunerazione.

Gli accordi sono disciplinati dal citato articolo 8-*quinquies* del D.Lgs. 502/1992 che prevede che la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano una serie di aspetti, tra i quali, gli obiettivi di salute, il volume massimo di prestazioni da assicurare, i requisiti del servizio da rendere, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate.

Il **comma 2** detta poi prescrizioni relative al contenuto del predetto decreto, il quale definisce:

- i criteri, le modalità, i tempi e gli ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale nonché la pubblicazione, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, relativamente a:
 - 1) la struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente (lett. a);
 - 2) l'elenco dei soggetti autorizzati;
 - 3) gli esiti delle attività ispettive;
- un piano di controlli ove siano indicati il numero minimo dei controlli, a campione e senza preavviso, che si intendono effettuare, i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo, le modalità di conduzione dei controlli, i requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, la rotazione degli ispettori, le procedure per l'esecuzione delle attività ispettive (lett. b);
- le modalità di controllo sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la formazione e la rotazione del personale addetto al controllo nonché un rigoroso sistema sanzionatorio (lett. c);
- le linee guida recanti gli elementi essenziali da comprendere all'interno degli accordi contrattuali (lett. d);
- i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato da applicare uniformemente nell'intero territorio nazionale (lett. e).

L'**articolo 6** detta disposizioni sulla **tracciabilità ed economicità della spesa sanitaria**.

Il **comma 1** inserisce un **nuovo comma 412-bis** dopo il comma 412 [della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#) (*Legge di bilancio 2018*).

In proposito va ricordato che i **commi 411-415 della Legge di bilancio 2018** disciplinano l'**informatizzazione del ciclo passivo degli acquisti delle pubbliche amministrazioni e del SSN**.

Il **comma 411** disciplina l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di effettuare in forma elettronica l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi. I **commi da 412 a 415** recano specifiche norme in materia, con riferimento al settore sanitario.

Più nello specifico il **comma 412** specifica che - ai fini del potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria -, per gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (nonché, ove esistente, per la gestione sanitaria accentrata presso la regione di una quota del finanziamento del Servizio sanitario regionale), la trasmissione in formato elettronico di cui al comma 411 deve essere eseguita tramite un **Sistema di gestione** messo a disposizione dal Ministero

dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Tale sistema può essere gestito anche avvalendosi di strutture societarie del Dicastero.

Il **nuovo comma 412-bis** – inserito dal comma 1 in esame – prevede che il Sistema di gestione di cui al comma 12 (cfr. *supra*) sia realizzato secondo una serie di criteri, vale a dire:

- rilevare il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, delle procedure in deroga al codice dei contratti pubblici (di cui al [decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36](#)), nonché il numero di proroghe e di rinnovi sul totale degli affidamenti (lett. a);
- rendere tracciabile e uniforme nel territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi (lett. b);
- garantire l'integrazione con un programma operativo contabile e patrimoniale, unico per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale, che consenta ai cittadini, di rilevare, in tempo reale, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio (lett. c);
- rilevare, in tempo reale, con un collegamento informatizzato, per ciascun fornitore o creditore, tutti i pagamenti e gli incassi effettuati dalle strutture sanitarie (lett.d);
- rilevare, in tempo reale, lo stato patrimoniale delle strutture sanitarie, con un'associazione informatizzata ai cicli di terapia applicati a pazienti i cui dati sanitari siano stati opportunamente decodificati (lett.e);
- rilevare, in tempo reale, tutte le fasi dell'esecuzione del contratto, opportunamente aggiornate dal responsabile o direttore dell'esecuzione del contratto (lett. f);
- accedere alla prescritta contabilità separata dell'attività libero-professionale intramuraria, con la possibilità di rilevare tutti i costi imputabili all'attività medesima (lett. g);
- assicurare che il mancato aggiornamento del Sistema di gestione non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa (lett. h);
- assicurare un sistema di segnalazione automatico in presenza di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione (lett. i).

Il **comma 2**, con un'integrazione all'articolo 3, comma 1, della [Legge 13 agosto 2010, n. 36](#) (recante il *Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia*), **estende agli affidatari dei servizi sanitari e socio-sanitari in regime di accreditamento** le norme di cui al citato articolo 3, riguardanti la tracciabilità dei flussi finanziari nelle procedure relative a lavori, servizi e forniture pubbliche, applicabili anche ai concessionari di finanziamenti pubblici comunitari ed europei.

L'articolo 3, comma 1, della L. n. 36/2010 dispone che per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari finalizzata a prevenire infiltrazioni criminali, gli appaltatori, i subappaltatori e i subcontraenti della filiera delle imprese nonché i concessionari di finanziamenti pubblici anche europei a qualsiasi titolo interessati ai lavori, ai servizi e alle forniture pubblici devono utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicati, anche non in via esclusiva, fermo restando quanto previsto dal comma 5 – sui requisiti degli strumenti di pagamento -, alle commesse pubbliche. Tutti i movimenti finanziari relativi ai lavori, ai servizi e alle forniture pubblici nonché alla gestione dei finanziamenti di cui al primo periodo devono essere registrati sui conti correnti dedicati e, salvo quanto previsto al comma 3, devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di incasso o di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

Il **comma 3** reca invece **alcune modifiche** al [D.Lgs 4 marzo 2013, n. 33](#) (*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*).

Più nello specifico:

- con l'inserimento di un periodo alla fine del comma 1-bis dell'articolo 14 del citato D.Lgs. viene stabilito che **alla dirigenza sanitaria** – di cui al comma 2 dell'articolo 41 – si applicano anche **gli obblighi di pubblicazione concernenti l'attività libero professionale intra-muraria**;

L'articolo 41 del D.Lgs n. 33/2013 disciplina la *trasparenza del Servizio sanitario nazionale*.

Il comma 2, in particolare, prevede che le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

Va inoltre ricordato che il citato articolo 14 del D.Lgs n. 33/2013 disciplina **gli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali**, prevedendo che lo Stato, le Regioni, gli enti locali e le pubbliche amministrazioni pubblicano una serie di documenti ed informazioni, tra i quali l'atto di nomina o di proclamazione, il curriculum, i compensi di qualsiasi natura, i dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti pubblici o privati, i relativi compensi, gli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti;

- con una **modifica all'articolo 41, comma 3, primo periodo**, viene prevista l'applicazione alla dirigenza sanitaria degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 14 (cf. *supra*) invece che, come attualmente previsto, dell'articolo 15 (relativo agli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza).

L'**articolo 7** detta una serie di modifiche al [D.Lgs 4 agosto 2016, n. 171](#) (*Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria*) in tema di **nomina dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari**.

In proposito, in materia di **dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici**, si segnala l'attuazione della delega di cui all'[articolo 11, comma 1, lettera p\) della legge n. 124/2015](#), da parte del [decreto legislativo n. 171/2016](#) che, nell'ambito di una più ampia disciplina di delega in materia di **dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici**, ha attuato la **revisione delle norme sul conferimento di incarichi direttoriali negli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale**.

La principale novità in proposito è la costituzione di un **elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale** delle ASL, delle Aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, policlinici universitari compresi. Vengono anche definite le disposizioni per il conferimento degli incarichi e prevista la decadenza da direttore generale in caso di gravi disavanzi, per violazioni di legge o per il mancato rispetto delle norme in materia di trasparenza. Sono poi previste nuove misure anche per il conferimento degli incarichi di direttore sanitario, amministrativo e sociosanitario. Le disposizioni di attuazione sono in vigore dal 18 settembre 2016, con delega vigente dal 28 agosto 2015.

Più nel dettaglio, l'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, è aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, deve essere nominata una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato-Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La Commissione procede alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al [decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33](#), come modificato dal [decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97](#).

Il cosiddetto Decreto Fiscale (decreto-legge 124/2019, art. 45, co. 1-*quater*), con una modifica al comma 7 dell'articolo 3 del D.Lgs n. 502/1992, ha disposto che il requisito del mancato compimento del sessantacinquesimo anno di età debba sussistere soltanto all'atto del conferimento dell'incarico.

Le Regioni devono procedere a nominare direttori generali esclusivamente coloro che risultano iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'AGENAS, procede poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco.

In proposito, il presidente della Regione propone una terna di candidati nell'ambito dei quali verrà scelto quello che presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nel decreto viene inoltre specificato che, nella terna proposta, non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la stessa azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o ente del SSN. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le Regioni devono definire e assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario viene scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale. Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Regione, entro 60 giorni, deve verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. L'immediata decadenza del direttore generale potrà avvenire, inoltre, in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I provvedimenti di decadenza dovranno essere comunicati al Ministero della salute per la cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

Le previsioni appena descritte si applicano anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Con riferimento alle disposizioni per il conferimento dell'incarico di **direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi socio-sanitari** delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, la Commissione deve valutare per la scelta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico. Anche in questo caso l'elenco regionale viene

aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi sociosanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Il conferimento di questi incarichi è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo, con partecipazione alla Commissione nazionale e alle Commissioni regionali a titolo gratuito.

Più nello specifico, il **comma 1**, dispone le seguenti modifiche:

- **all'articolo 1 (lett.a)**, disciplinante l' "*l'Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale*":
 - 1) viene **sostituita la lettera b) del comma 4**, riguardante i requisiti dei candidati ammessi a partecipare alla procedure di selezione per la formazione del citato elenco nazionale, richiedendosi (**in aggiunta a quanto attualmente previsto**) il titolo di **dottorato di ricerca**, di **master di secondo livello** o di **diploma di specializzazione** conseguito presso le scuole di specializzazione (di cui al [D.P.R. 27 aprile 2018, n. 80](#)) in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria **ovvero** comprovata esperienza **almeno settennale**, nel Servizio sanitario nazionale, in posizioni funzionali per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea di cui alla lettera a) (attualmente viene invece richiesta una **comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale**, nel settore sanitario o **settennale in altri settori**, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato);
 - 2) viene **abrogata la lettera c)** che prevede, quale requisito per la partecipazione alla procedura di selezione, **l'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria;**
 - 3) **viene inserito**, dopo il comma 5, un **nuovo comma 5-bis** sugli ambiti oggetto di valutazione da parte della commissione (cfr. *supra*) incaricata di formare l'elenco, disponendosi che essa valuta il *curriculum* formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili nonché l'eventuale e comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato;
 - 4) con una **modifica al comma 7, secondo periodo**, viene stabilito che nell'elenco nazionale pubblicato sia indicato il punteggio conseguito (attualmente è previsto che l'elenco nazionale che è pubblicato secondo l'ordine alfabetico dei candidati senza l'indicazione del punteggio conseguito nella selezione);
 - 5) con una **modifica al comma 7-bis** nella valutazione, da parte della Commissione, dell'esperienza dirigenziale maturata nel settore sanitario, **viene eliminato il riferimento all'articolo 1, comma 4, lettera b)** (cfr. *supra*);
 - 6) con una **modifica al comma 7-quater** viene fissato a **quaranta punti** (invece che a 60 come attualmente previsto) **il punteggio massimo** che può essere attribuito dalla commissione nella valutazione delle esperienze dirigenziali maturate dal candidato negli ultimi sette anni (o negli ultimi dieci anni nelle Regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti);
 - 7) con una **modifica al comma 7-sexies** viene fissato a **quaranta punti** (invece che a 60 come attualmente previsto) **il punteggio massimo** che può essere attribuito dalla commissione nella valutazione dei titoli formativi e professionali posseduti dal candidato;
 - 8) con una **integrazione del comma 8**, vengono **ampliate le cause di decadenza** dai precedenti incarichi di direttori generali che impediscono il reinserimento nell'elenco.

Attualmente il citato comma 8 prevede che non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al [decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33](#), come modificato dal [decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97](#).

L'integrazione proposta alla fine del citato comma 8 richiama anche gravi e comprovati motivi, per gestione di disavanzo grave o in caso di manifesta violazione di norme di legge o regolamento o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione.

- **all'articolo 2 (lett. b)** recante le "*Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale*":
 - 1.) viene sostituito il comma 1, disciplinante la procedura di nomina dei direttori generali da parte delle regioni, eliminando la fase della valutazione dei candidati per titoli e colloquio effettuata dalla commissione regionale nominata dal Presidente della Regione (cfr. *supra*), prevedendosi invece che sia nominato direttore generale il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano. Non possono essere nominati coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale;
 - 2.) viene sostituito il comma 2 prevedendosi che sia pubblicato, oltre al provvedimento di nomina, conferma o revoca dall'incarico, anche il *curriculum* del nominato. Viene poi previsto che in caso di decadenza per mancato raggiungimento degli obiettivi, il medesimo soggetto non può essere nominato

direttore generale in nessuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale nel triennio successivo e che, in caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il mandato del commissario, scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale secondo le procedure di cui al comma 1, ha la durata di sei mesi, prorogabile per un periodo massimo di ulteriori sei mesi.

- **all'articolo 3 (lett.c)** recante *Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale* vengono aggiunti, dopo il primo periodo del comma 1, alcune disposizioni prescriventi che il direttore generale, al fine di procedere alla nomina, rende noto, con apposito avviso pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione e dell'azienda o ente interessato, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi regionali. È nominato direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, direttore dei servizi socio-sanitari il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco regionale di cui al presente articolo con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano;
- **all'articolo 4 (lett. d)** recante *Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari*, viene inserito **un nuovo comma 1-bis**, per prevedere che l'incarico conferito ai direttori generali, ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e, ove previsto dalla legislazione regionale, ai direttori dei servizi socio-sanitari nonché a tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è sospeso in caso di condanna, anche non definitiva, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti.

Il **comma 2** sancisce l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1 (sopra illustrate) anche alla nomina dei direttori sanitari di distretto, ove compatibili, anche qualora nell'atto aziendale la direzione del distretto sanitario non sia stata individuata come struttura complessa. Per l'istituzione della commissione di valutazione sono sorteggiati i direttori di struttura complessa titolari dell'incarico di direttore di distretto.

L'articolo 8 detta disposizioni finalizzate all'**abbattimento delle liste di attesa**.

Al riguardo, la legge di Bilancio 2024 (art. 1, co. 232, [L. n. 213/2023](#)) 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, 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, al fine di garantire l'attuazione dei [Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa](#). Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Ciò al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il **recupero delle liste d'attesa** (qui i singoli Contratti istituzionali di sviluppo già firmati per la Missine 6 PNRR: [Abruzzo](#); [Basilicata](#); [Campania](#); [Calabria](#); [Emilia Romagna](#); [Friuli Venezia Giulia](#); [Lazio](#); [Liguria](#); [Lombardia](#); [Marche](#); [Molise](#); [Pa Bolzano](#); [Pa Trento](#); [Piemonte](#); [Puglia](#); [Sardegna](#); [Sicilia](#); [Toscana](#); [Umbria](#); [Valle d'Aosta](#); [Veneto](#)) mediante incremento della tariffa oraria (fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e fino a 60 euro lordi onnicomprensivi per il personale del comparto) per le **prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico ed infermieristico** presso i servizi di **emergenza urgenza** ospedalieri, oltre che per le prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale del personale medico e del comparto sanitario.

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 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.

In proposito si ricorda che già dal 2016, l'articolo 1 della legge di stabilità n. 208/2015, ai commi da 574 a 578, aveva introdotto alcune deroghe alla predetta disciplina di revisione della spesa, relativamente alla riduzione del 2% dell'importo e dei volumi della spesa per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da privato - compreso l'acquisto di prestazioni da privato per pazienti non residenti in regione: la cosiddetta mobilità attiva -, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità (qui un [approfondimento](#) del tema sulla razionalizzare dell'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati).

Peraltro, il **tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati** viene contestualmente **rideterminato** dal comma 233 della sopra richiamata legge di Bilancio in esame, nel valore della spesa consuntivata per l'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, assicurando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Inoltre, per l'attuazione delle finalità di cui alle sopra indicate misure per l'abbattimento delle liste d'attesa, si prevede un **limite di spesa** da parte di Regioni e Province autonome che allo scopo possono utilizzare una **quota**

non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Per l'attuazione delle analoghe finalità di riduzione delle liste d'attesa per l'anno 2023, la normativa vigente del comma 9-septies, articolo 4, del [DL. 198/2022 \(Proroga termini, L. n. 14/2023\)](#) aveva invece fissato un limite di spesa pari ad una **quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto** del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023, per il calcolo del quale è necessario ancora attendere il decreto di riparto.

Si sottolinea, per completezza, che con riferimento allo strumento della deroga ai regimi tariffari ordinari dei medici, il comma 9-octies del richiamato D.L. 198/2022 ha consentito a Regioni e Province autonome di avvalersi fino al 31 dicembre 2023, al fine di garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, del regime di deroga **ai regimi tariffari ordinari**, utilizzando alcuni istituti già previsti dall'articolo 29 del DL. 104/2020 (cd. Agosto, L. n. 106/2020) per il **recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione** (vale a dire a carattere programmabile e non urgente) e di **specialistica ambulatoriale e di screening**, come previsto dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 (L. n. 106/2021), oltre che dalle disposizioni di cui al comma 277, articolo 1, della medesima legge di Bilancio per il 2022.

Pertanto, la deroga ai regimi tariffari ordinari per il ricorso a prestazioni aggiuntive, inizialmente prevista fino al 31 dicembre 2020, è stata successivamente prorogata dall'articolo 26, comma 1, del [decreto-legge n. 73/2021](#) (cd. Sostegni bis, L. n. 106/2021) fino al **31 dicembre 2021**, in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 previste nei rispettivi **Piani Operativi Regionale per il recupero delle liste di attesa** utilizzando anche strutture pubbliche e private accreditate ed **ulteriormente prorogata al 31 dicembre 2022**, dalla legge di Bilancio 2022 (articolo 1, comma 276, L. n. 234 del 2021). In quest'ultimo caso, le Regioni sono state però tenute a rimodulare il Piano per le liste d'attesa e a ripresentarlo entro il 31 gennaio 2022 ai Ministeri della salute e dell'economia. A questo fine le Regioni e le Province autonome hanno dovuto rimodulare il piano per le liste d'attesa già adottato ai sensi del citato articolo 29 del D.L. 104/2020, prevedendo, ove ritenuto necessario, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dalla deroga, sono state chiamate a rendicontare alle rispettive Regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di *budget* assegnato, anche ai fini della valutazione della deroga concessa.

Più in particolare, allo scopo di raggiungere la indicata finalità di abbattimento delle liste di attesa e di miglioramento delle tempistiche e della gestione delle prestazioni, viene stabilito (**comma 1**) che le Regioni e province autonome siano tenute:

- al rispetto dei tempi massimi di attesa che non devono essere superiori a quelli indicati dal [Piano nazionale di governo delle liste di attesa](#) e individuati nei loro Piani regionali per tutte le prestazioni erogate nel proprio territorio;
- a pubblicare, nel proprio sito *internet* istituzionale, l'elenco delle prestazioni e i relativi tempi massimi di attesa;
- ad assicurare la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria. Non è consentita l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 2** dispone che la struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale e che le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie delle citate prestazioni sono distinte e indipendenti.

I **commi 3 e 4** dettano alcune prescrizioni relative all'attività libero-professionale intramuraria:

consentendo (**comma 3**) l'esercizio di essa soltanto nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che rispondano ad una serie di requisiti, tra i quali l'adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, il rispetto di una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, nonché la garanzia che la prestazione sanitaria non è più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria;

prevedendo (**comma 4**) il divieto di attivare l'esercizio della citata attività per le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia.

Infine il **comma 5** prevede che il rispetto delle disposizioni recate dall'articolo in esame rappresenti **un nuovo requisito per l'accesso alle forme premiali previste dall'articolo 2, comma 67-bis, L. n. 191 del 2009 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010))**, nonché un adempimento previsto nella verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituiti rispettivamente dagli [articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005](#) in sede di Conferenza Stato-Regioni (cfr. *infra* art. 9).

Con riguardo al potenziamento della ricerca sanitaria e dello sviluppo dei farmaci, l'**articolo 9, comma 1**, stabilisce, a decorrere dal 2023, un incremento dello 0,5 per cento della quota del Fondo sanitario nazionale

già destinata a tale ambito, prevista [dall'articolo 12, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992](#) (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*). Tale incremento è volto altresì a finanziare specifiche attività di ricerca stabilite dalla lettera a) dell'articolo 12, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992.

In termini di formulazione del testo, si valuti l'opportunità di aggiornare il riferimento temporale indicato nella disposizione.

Si può qui brevemente ricordare che l'articolo 12, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992, prevede che una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo sia trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità e sia destinata al finanziamento:

- a. secondo il disposto della lettera a), di attività di ricerca corrente svolta, in ragione della specifica competenza, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, dagli Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato, il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti, e dagli Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria.
- b. ai sensi della lettera b), di iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie e le attività del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo.
- c. secondo quanto previsto dalla lettera c), di rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le Regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia.

Per tali finalità, il **comma 2** prevede, a decorrere dal 2024, che anche il contributo delle aziende farmaceutiche, previsto [dall'articolo 48, comma 19, lett. b\), n. 3\), D.L. n. 269/2003, conv. con modificazioni in L. n. 326/2003](#) (*Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*) sia incrementato in misura pari al 10 per cento delle spese autocertificate sostenute per l'attività di promozione di cui al comma 17 del richiamato articolo 48.

Si ricorda che l'articolo 48, D.L. n. 269/2003, conv. con modificazioni in L. n. 326/2003, nel disciplinare il tetto alla spesa massima per l'assistenza farmaceutica, impone a carico delle Aziende farmaceutiche l'onere di produrre entro il 30 aprile di ogni anno all'AIFA un'autocertificazione relativa all'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte ai medici, agli operatori sanitari e ai farmacisti (comma 17). Ai sensi del comma 18 del medesimo articolo, si prevede altresì che sempre entro il 30 aprile di ogni anno, le Aziende farmaceutiche sono tenute a versare su apposito fondo istituito presso l'Agenzia, un contributo pari al 5 per cento delle spese autocertificate decurtate delle spese per il personale addetto. Secondo quanto previsto dal comma 19, le risorse così acquisite sono destinate dall'AIFA a diversi scopi tra i quali la lettera b), n. 3) individua la realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci ed in particolare di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché sui farmaci orfani e salvavita.

In tema di digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, l'**articolo 10, comma 1**, stabilisce che deve essere assicurata, su tutto il territorio nazionale, la dematerializzazione della ricetta medica, della cartella clinica e del percorso di cura, attraverso lo sfruttamento delle potenzialità del fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e degli strumenti di medicina digitale (*Digital Health*) a sostegno della decisione cliniche. Inoltre, prevede di garantire l'interoperatività dei dati e delle informazioni e la loro disponibilità in favore dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie.

Si ricorda che nell'ambito della [Strategia per la crescita digitale 2014-2020](#), presentata dall'Agenzia per l'Italia Digitale a marzo 2015, è stato sviluppato il [Patto per la Sanità digitale](#), che, insieme al [Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione](#), approvato a luglio 2020, ha definito le azioni di intervento per promuovere la trasformazione digitale della sanità. A tale scopo, gli strumenti individuati sono: il [Fascicolo sanitario elettronico](#) (FSE); il Centro unico di prenotazione (CUP); la telemedicina; il [sistema Tessera sanitaria](#); le ricette digitali; la dematerializzazione dei referti medici e delle cartelle cliniche.

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

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

Lo sviluppo e l'utilizzo del FSE su tutto il territorio nazionale è stato considerato uno degli obiettivi da raggiungere nel nuovo disegno programmatico del PNRR, che ha previsto il potenziamento dei **sistemi informativi** e degli **strumenti digitali sanitari** (investimento 1.3) con risorse pari a **1.672,5 milioni in prestiti**, oltre a quote di cofinanziamento nazionale del Fondo nazionale di coesione (437,4 milioni). In particolare, il [D.L. n. 19/2024, conv. con modificazioni in legge n. 56/2024](#) (*Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*), ha potenziato alcune competenze dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – **Agenas**, in materia di Fascicolo sanitario elettronico (FSE) (articolo 42) e ha demandato a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il

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

Con riferimento alle **prescrizioni farmaceutiche in formato digitale** (cd. *ePrescription*), si ricorda il [DPCM 14 novembre 2015](#), attuativo dell'art. 13 del citato D.L. 179/2012 per favorire la qualità, il monitoraggio e l'appropriatezza nell'erogazione dei medicinali. Esso ha stabilito la validità, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni farmaceutiche digitali, consentendo, a partire dal 2016, il ritiro dei medicinali prescritti sotto questa forma presso qualsiasi farmacia.

Relativamente alle ricette mediche, si ricorda che con [Decreto del Ministero dell'economia del 25 marzo 2020](#) è stata disciplinata l'estensione della dematerializzazione di ricette e piani terapeutici, integrando le disposizioni del [Decreto del Ministero dell'economia 2 novembre 2011](#), in materia di dematerializzazione della ricetta medica cartacea.

Con riguardo agli strumenti di telemedicina, si ricorda che l'articolo 19-*septies* del [D.L. n. 137 del 2020 \(c.d. Decreto ristori\)](#) ha previsto lo svolgimento di prestazioni di telemedicina presso le farmacie operanti nei comuni o centri abitati con meno di 3.000 abitanti nonché il riconoscimento di un credito d'imposta in favore delle medesime farmacie, fino ad un massimo di 3.000 euro per beneficiario e nel rispetto di un limite di spesa pari a 10,715 milioni di euro per il 2021, in relazione all'acquisto e al noleggio, nell'anno 2021, di apparecchiature necessarie per l'effettuazione delle prestazioni di telemedicina.

Al fine di salvaguardare i livelli di assistenza, la legge di bilancio 2021 (art. 1, comma 444, della legge n. 178 del 2020) ha poi impegnato le Regioni a destinare alla telemedicina una quota pari allo 0,5 per cento dello stanziamento complessivo per l'edilizia sanitaria operata dalla medesima legge di bilancio 2021 al comma 442 (pari a 2 miliardi di euro), dedicandolo all'acquisto, da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, di dispositivi e applicativi informatici che consentano di effettuare refertazione a distanza, consulto tra specialisti e assistenza domiciliare da remoto.

Si ricorda inoltre che il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (Missione 6 "Sanità" Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria") ha stanziato 1 miliardo di euro, con l'obiettivo di assistere, nel 2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina. È poi stato previsto un incremento di 500 milioni (tot. **1.500 milioni**) per la creazione della Piattaforma nazionale di Telemedicina, provenienti dalla riduzione del finanziamento per progetti in essere di edilizia sanitaria (nuovo obiettivo della Componente 2, Inv. 1.2 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile – M6C2 – 10 bis).

A questo obiettivo, il PNRR collega l'**erogazione di cure domiciliari (ADI)** supportate dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione) per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche, con l'obiettivo, entro la metà del 2026 (T2 2026, M6C1-6) di **umentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare** in grado di prendere in carico fino al 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (1,5 milioni di persone stimate nel 2026).

Il **comma 2**, prevede che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute effettui un monitoraggio sullo stato di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico per ogni regione, provvedendo a eliminare gli ostacoli al suo utilizzo da parte dei pazienti e del personale sanitario.

Il **comma 3** individua nella piena attuazione del fascicolo sanitario elettronico un nuovo requisito per l'accesso alle forme premiali previste [dall'articolo 2, comma 67-bis, L. n. 191 del 2009 \(Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato \(legge finanziaria 2010\)\)](#), nonché un adempimento previsto nella verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituiti rispettivamente dagli [articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005](#) in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Si ricorda che l'articolo 2, comma 67-*bis*, L. n. 191 del 2009, così come modificato dal D.Lgs. n. 149/2011, ha previsto, a decorrere dal 2012, che tale forma premiale venga attribuita alle Regioni che abbiano istituito una centrale regionale per gli acquisti e aggiudicato almeno un certo volume di acquisizioni di beni e servizi attraverso procedure di gara e introdotto 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.

Le forme premiali avrebbero dovuto essere stabilite con decreto attuativo del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Dal 2014, nelle more dell'adozione del decreto, è stato previsto, in via transitoria, con norma ripetutamente prorogata che la quota fosse in seguito ripartita da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, anche tenendo conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Tale norma è stata estesa agli anni 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 e da ultimo al 2024 con l'articolo 1, comma 234, [Legge 30/12/2023, n. 213 \(Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026\)](#).

Infine, al **comma 4** si prevede che il Ministero della salute definisca entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con il supporto dell'AgID, un cronoprogramma volto a implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili che consentano di ottenere informazioni su strutture e

servizi sanitari e a promuovere l'uso di dispositivi indossabili e di monitoraggio da remoto, idonei a restituire riscontri e informazioni, al fine di favorire altresì l'adesione alle terapie. Inoltre, deve essere garantita l'integrazione delle diverse applicazioni di telemedicina nei percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità per garantire l'accesso e la continuità delle cure, tramite un costante dialogo tra i diversi professionisti sanitari.

Sul riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale, l'**articolo 11** prevede che, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sia ridefinito il modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria.

Tale intervento normativo, secondo la lettera della disposizione in oggetto, è volto ad assicurare l'integrazione funzionale del sistema di emergenza sanitaria con il dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione, nonché a garantire il collegamento tra i rispettivi sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso.

Si può brevemente ricordare che il Sistema Nazionale di Emergenza Sanitaria, denominato "Sistema 118", istituito con il [D.P.R. 27 marzo 1992 \(Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza\)](#), è costituito da una rete di risorse regionali e delle Province Autonome finalizzate a garantire una risposta sanitaria omogenea su tutto il territorio nazionale alle richieste di soccorso dei cittadini, anche attraverso il coordinamento con gli altri Enti preposti alla gestione delle emergenze, nel rispetto dei diversi ruoli e delle differenti competenze.

A livello organizzativo, il sistema dell'emergenza sanitaria risulta così articolato:

- **Sistema di allarme sanitario**, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale "118", e Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112;
- **Sistema territoriale di soccorso**, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: mezzi di soccorso di base (con soccorritori), mezzi di soccorso avanzati (professionisti medici e/o infermieri), terrestri e aerei;
- **Rete di servizi e presidi** ([D.M. 2 aprile 2015, n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera](#)) rappresentata da:
 - i. Postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche organizzate per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, religiose, culturali;
 - ii. Pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, ovvero, nei casi più complessi, assicurano gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto a un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della centrale operativa;
 - iii. Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano un'aggregazione funzionale di unità operative, che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. Si ricorda brevemente che i DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

Per quanto attiene ai sistemi informatici impiegati per la gestione dei dati, si ricorda che tutte le richieste di soccorso pervenute alla Centrale operativa del 118 devono essere processate mediante un sistema strutturato di *dispatch*, unificato a livello regionale, attraverso il quale l'operatore attribuisce il livello di gravità e la priorità secondo le previsioni del [D.M. 15 maggio 1992 \(Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza\)](#). Tale sistema di *dispatch* deve essere aderente alle evidenze scientifiche e deve essere assoggettato a procedure di monitoraggio al fine di identificare criticità nell'algoritmo decisionale che possano comportare un non corretto *triage* telefonico.

Il **comma 2** dell'articolo 11 precisa poi che il decreto di cui al comma 1 deve definire altresì le dotazioni organiche idonee a garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno *standard* comprensivo del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale, nonché i profili professionali e giuridici dei medici, degli infermieri e degli autisti-soccorritori del "Sistema 118", con il fine di garantire l'uniforme impiego di tale personale sul territorio nazionale.

Inoltre, spetta al medesimo decreto prevedere specifiche indennità di rischio biologico e ambientale, nonché garantire una formazione adeguata al personale sanitario per gli scopi della presente disposizione.

Con riguardo alle indennità di rischio, si ricorda che il CCNL del comparto sanità prevede già alcune indennità per il personale sanitario adibito a specifiche mansioni considerate maggiormente rischiose, anche in ragione delle condizioni ambientali in cui si svolgono (es. l'indennità prevista per il personale esposto in modo permanente al rischio radiologico).

Più in generale, le definizioni di rischio ambientale e di rischio biologico si rinvencono nel [D.lgs. n. 81 del 2008 \(Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro\)](#). In specie, l'articolo 174 di tale provvedimento normativo individua tra gli obblighi del datore di lavoro la predisposizione di misure appropriate dirette a ovviare ai rischi derivanti anche dalle condizioni di igiene ambientale, rinviando all'Allegato XXXIV per l'individuazione dei requisiti minimi di tali misure. Relativamente al rischio biologico, l'articolo 268 del medesimo decreto legislativo classifica gli agenti biologici in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione e rinvia all'Allegato XLVI per l'elenco dettagliato di tali agenti biologici.

Con riferimento alla **copertura finanziaria**, l'**articolo 12**, prevede che agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, si provvede mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica da adottare entro il 31 dicembre 2025, al fine di assicurare minori spese in misura pari a 4 miliardi di euro per ciascun anno dal 2025 al 2030.

In caso di mancata adozione di tali interventi o della loro adozione per importi minori a quelli previsti, il Presidente del Consiglio dei ministri deve disporre con decreto entro il 31 marzo 2024, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, al fine da assicurare maggiori entrate in misura pari agli importi indicati.

Nel suddetto decreto, si deve tener conto della tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute e si deve prevedere altresì una soglia di reddito da cui la riduzione delle spese fiscali non si applica.

In termini di formulazione del testo, si valuti l'opportunità di aggiornare il termine indicato nella disposizione per l'adozione di tale decreto.

Al fine di assicurare una più precisa individuazione della copertura finanziaria del provvedimento, si valuti, inoltre, l'opportunità di verificare la congruità delle disposizioni relative alla stessa, anche mediante una puntuale valutazione delle voci di spesa da ridurre ovvero delle altre misure da adottare.

Quadro normativo e finanziario

In Italia, lo Stato finanzia sia la spesa sanitaria pubblica sia quella accreditata, vale a dire diretta a strutture sanitarie anche private che svolgono le loro attività in base ad un **livello programmato di risorse**, su base triennale, in **coerenza con il quadro macroeconomico complessivo** e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale per il 2024 a normativa vigente, vale a dire il finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata derivante dagli stanziamenti programmati dalle leggi di bilancio, risulta incrementato dall'ultima legge di Bilancio 2024 ([L. n. 213/2023](#), art. 1, comma 217) di **3.000 milioni** di euro nel **2024**, **4.000 milioni** nel **2025** e **4.200 milioni** a decorrere **dal 2026**, stanziamenti che si vanno a sommare a quelli stabiliti dalla legge di Bilancio 2023 (L. n. 197/2022, art. 1, comma 535), pari a **2.150 milioni** di euro per l'anno **2023**, **2.300 milioni** per il **2024** e **2.600 milioni** a decorrere dall'anno **2025**, oltre che della legge di Bilancio 2022 (legge n. 234/2021, art. 1, comma 258), con livelli preventivi complessivamente pari a **124.061 milioni** di euro per il **2022**, **126.061 milioni** per il 2023 e **128.061 milioni** per l'anno 2024, come illustrato dalla seguente tabella (*in mln di euro*):

Livello finanziamento SSN	2022	2023	2024	2025	2026 (a decorrere)
LB 2022 (co. 258)	124.061	126.061	128.061	128.061	128.061
LB 2023 (co. 535)	-	+2.150	+2.300	+2.600	+2.600
LB 2024 (co. 217)	-	-	+3.000	+4.000	+4.200
TOTALE	124.061	128.211	133.361	134.661	134.861
Maggiori costi energia (DL. 50/2022 Energia e DL. 144/2022 Aiuti-ter)	-	+1.600	-	-	
Maggiori risorse FSN (DL. 34/2023 Energia e salute)	-	+1.400	-	-	

Per il 2023, in particolare, al fine di compensare i **maggiori costi** dovuti all'**aumento dei prezzi delle fonti energetiche**, con [DM Salute 10 gennaio 2023](#) sono state ripartite le risorse di tale nuovo livello di finanziamento pari a complessivi 1.600 milioni di euro, di cui 200 milioni di euro in base all'art. 40, comma 1, DL. 50/2022 (cd. decreto energia, L. n. 91/2022) e 1.400 milioni, ai sensi dell'art. 5, comma 3, del [D.L. n. 144/2022](#) (cd. decreto Aiuti-ter, L. n. 175/2022), in relazione alle quote di accesso di regioni e province autonome al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2022. Un'ulteriore **integrazione del FSN per circa 1.400 milioni nel 2023** proviene dalle disposizioni urgenti del [DL. 34/2023 in tema di energia e salute](#), con particolare riferimento al contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (1.085 milioni), all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive ed anticipo dell'indennità nei servizi di emergenze-urgenza (170 milioni) ed altre misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza.

Con riferimento alla **dinamica della spesa sanitaria tendenziale** fissata dai documenti previsionali governativi, da ultimo, la Nota di Aggiornamento al DEF (Documento di economia e finanza) NADEF2023 dello scorso settembre 2023 evidenzia, per il **periodo previsionale 2023-2026**, una riduzione della spesa sanitaria in termini di PIL dal 6,6% al 6,1%, al di sotto del valore del 2019 (6,4%) , come evidenziato in tabella (Fonte: elaborazione della Corte dei conti - Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali, aprile 2024, importi in milioni di euro):

Spesa sanitaria corrente nei Documenti di Economia e finanza 2015-2023: risultati 2014-2022 e previsioni 2023-2026 (* valori previsionali)

	Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
NaDef 2023	Spesa sanitaria								127.451	131.103	134.734*	132.946*	136.701*	138.972*
	Incidenza % Pil								6,99	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1
	Tasso % di variazione								3,9	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66
Def 2023	Spesa sanitaria						115.663	122.665	127.451	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
	Incidenza % Pil						6,4	7,4	7,1	6,9	6,7	6,3	6,2	6,2
	Tasso % di variazione							6,1	3,9	2,9	3,8	-2,4	1,7	2,5
NaDef 2022	Spesa sanitaria								127.834	133.998	131.724	128.708	129.428	
	Incidenza % sul Pil								7,2	7,1	6,7	6,2	6,1	
	Tasso % di variazione									4,8	-1,7	-2,3	0,6	
Def 2022	Spesa sanitaria					114.423	115.661	122.721	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518	
	Incidenza % sul Pil					6,5	6,4	7,4	7,2	7	6,6	6,3	6,2	
	Tasso % di variazione						1,1	6,1	4,2	3	-0,7	-1,4	0,5	
Def 2021	Spesa sanitaria				112.185	114.318	115.710	123.474	127.138*	123.622*	126.231*	124.410*		
	Incidenza % sul Pil				6,5	6,5	6,5	7,5	7,3	6,7	6,60	6,30		
	Tasso % di variazione					1,90	1,20	6,7	3,00	-2,8	2,10	-1,40		
Def 2020	Spesa sanitaria			110.977	112.185	113.869	115.448	119.556*	121.083*					
	Incidenza % sul Pil			6,5	6,5	6,4	6,5	7,2	6,9					
	Tasso % di variazione				1,1	1,5	1,4	3,6	1,3					
Def 2019	Spesa sanitaria		111.224	112.504	113.611	115.410	118.061*	119.953*	121.358*	123.052*				
	Incidenza % sul Pil		6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4				
	Tasso % di variazione			1,2	1	1,6	2,3	1,6	1,2	1,4				
Def 2018	Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818*	116.382*	118.572*	120.894*					
	Incidenza % sul Pil	6,80	6,70	6,70	6,60	6,60	6,40	6,30	6,30					
	Tasso % di variazione		0,30	1,00	1,10	2,00	0,50	1,90	2,00					

L'ammontare della spesa sanitaria corrente stimato per il 2023 è pari a circa 134,7 miliardi, che si riduce nel 2024 a 132,9 miliardi (- 1,3 per cento) in conseguenza di una riduzione dei costi del personale e alla definitiva cessazione di quelli legati alla struttura commissariale per l'emergenza COVID. Essa risale nel biennio successivo, attestandosi a 136,7 miliardi nel 2025 (+2,8 per cento) e a 139,0 miliardi nel 2026 (+1,7 per cento).

Per i valori a consuntivo, si prendono a riferimento i dati della Ragioneria generale dello Stato sul finanziamento dei Servizi sanitari regionali, sintetizzati nella seguente tabella:

Spesa sanitaria corrente di conto economico per regione - Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.281,1
Valle d'Aosta	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	316,3
Lombardia	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	21.907,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.477,5
Provincia autonoma di Trento	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.429,8
Veneto	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.974,6
Friuli Venezia Giulia	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.809,4
Liguria	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.592,7
Emilia Romagna	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.363,5
Toscana	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.120,0
Umbria	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.943,3
Marche	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.153,8
Lazio	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	12.052,8
Abruzzo	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.651,1
Molise	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	709,3
Campania	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.471,1
Puglia	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.231,7
Basilicata	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.131,5	1.147,5
Calabria	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	3.734,7
Sicilia	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	10.197,8
Sardegna	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.570,6	3.705,6
ITALIA	109.429,4	110.746,3	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.295,8	126.875,7	129.271,2
Variazione %		1,2%	0,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,9%	1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro (a)	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.380,7	70.484,1
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro (b)	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.048,5
Variazione %		1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,0%
Autonomie speciali (c)	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.400,7	9.738,6
Variazione %		-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012, i dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni al fine di ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni precedentemente alla definizione di principi contabili omogenei (DLgs 118/2011).

(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Relazioni allegare o richieste

La proposta di legge in esame ha natura parlamentare ed è corredata della sola relazione illustrativa.

Necessità dell'intervento con legge

Il provvedimento interviene a disciplinare e modificare la normativa vigente in diversi ambiti, attualmente regolati da norme di rango primario, quali il finanziamento ed il personale del SSN, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, le forme di assistenza sanitaria integrativa, i requisiti e le modalità di nomina dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie, l'abbattimento delle liste di attesa, il potenziamento della ricerca sanitaria, il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale ed ospedaliero.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come sopra ricordato il provvedimento interviene, tra l'altro, a disciplinare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard anche allo scopo di assicurare la copertura dell'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, i criteri per il governo della spesa del personale da parte delle Regioni, le forme di assistenza sanitaria integrativa, i requisiti e le modalità di nomina dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie, l'abbattimento delle liste di attesa, il potenziamento della ricerca sanitaria, il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale ed ospedaliero.

La materia trattata appare pertanto riconducibile alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), nonché all'ambito "tutela della salute", oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.

