



# 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° 205 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale  
21 maggio 2025

### 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
Iter al Senato:	No
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Stato dell'iter:	in corso di esame in commissione

### 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.

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.

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).

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).

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.

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 e 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.

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](#)).

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.

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).

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.

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;
- **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.

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.

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.

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.

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*).

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*), il quale prevede che il Sistema di gestione di cui al comma 412 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.

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**;
- 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**.

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**.

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.

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.

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.

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](#) sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni.

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, comma 1**, 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.

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 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.

## 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.

Il provvedimento appare, dunque, prevalentemente riconducibile alla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.), nonché a quella concorrente in materia di tutela della salute (art. 117, terzo comma, Cost.).

A fronte di questo concorso di competenze, il provvedimento prevede alcune forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali. In particolare:

- all'articolo 2, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.P.C.m. diretto ad eliminare le prestazioni sanitarie obsolete;
- all'articolo 2, comma 4, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.m. di ridefinizione, in via sperimentale, del sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi;
- all'articolo 2, comma 5, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.m. volto a rafforzare la resilienza del Sistema sanitario nazionale in caso di nuovi eventi patologici epidemici o pandemici;
- all'articolo 3, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.P.C.m. volto a definire 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;
- all'articolo 5, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.m. volto a definire i requisiti minimi e le 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* e 8-*ter* del [D.Lgs n. 502/1992](#);
- all'articolo 11, comma 1, è prevista la previa intesa della conferenza Stato-Regioni ai fini dell'adozione del d.P.C.m. di ridefinizione del modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria.

Cost205	Servizio Studi Dipartimento Istituzioni	st_istituzioni@camera.it - 066760-3855	✕ CD_istituzioni
	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	✕ CD_sociale