

# dossier

16 marzo 2020

## Disposizioni urgenti per il potenziamento del Ssn in relazione all'emergenza da COVID-19

---

D.L. 14/2020 – A.C. 2428

---



Senato  
della Repubblica



Camera  
dei deputati

X  
V  
I  
I  
I  
L  
E  
G  
I  
S  
L  
A  
T  
U  
R  
A



SERVIZIO STUDI

Ufficio ricerche sulle questioni del lavoro e della salute

TEL. 06 6706-2451 - [studi1@senato.it](mailto:studi1@senato.it) - [@SR\\_Studi](https://twitter.com/SR_Studi)

Dossier n. 231



SERVIZIO STUDI

Dipartimento affari sociali

Tel. 066760-3266 [st\\_affarisociali@camera.it](mailto:st_affarisociali@camera.it) - [@CD\\_sociale](https://twitter.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 283

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

D20014

## INDICE

### SCHEDE DI LETTURA

- Articolo 1 (*Misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario*) .....3
- Articolo 2 (*Misure urgenti per l'accesso del personale sanitario e dei medici al Servizio sanitario nazionale*) ..... 10
- Articolo 3 (*Piani di fabbisogno del personale del Servizio sanitario Nazionale*) ..... 13
- Articolo 4 (*Misure urgenti per il reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*)..... 14
- Articolo 5 (*Incremento specialistica*)..... 17
- Articolo 6 (*Disposizioni urgenti in materia di volontariato*) ..... 19
- Articolo 7 (*Sorveglianza sanitaria*)..... 20
- Articolo 8 (*Unità speciale di continuità assistenziale*) ..... 22
- Articolo 9 (*Assistenza a persone e alunni con disabilità*)..... 26
- Articolo 10 (*Disposizioni per garantire l'utilizzo di dispositivi medici per ossigenoterapia*) ..... 29
- Articolo 11 (*Misure di semplificazione per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e medicali e per altri atti negoziali inerenti all'emergenza epidemiologica*) ..... 32
- Articolo 12 (*Disposizioni per l'acquisto di dispositivi di assistenza ventilatoria*) ..... 35
- Articolo 13 (*Attuazione degli adempimenti previsti per il sistema sanitario*) ..... 37
- Articolo 14 (*Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale*) ..... 40
- Articolo 15 (*Sanzioni amministrative*) ..... 47
- Articolo 16 (*Regioni a statuto speciale e province autonome*) ..... 48
- Articolo 17 (*Disposizioni finanziarie*)..... 49



## **Schede di lettura**



## Articolo 1

### *(Misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario)*

L'**articolo 1** reca alcune **norme transitorie**, con riferimento alle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del **COVID-19** e alla necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza e di assicurare sull'intero territorio nazionale un incremento dei posti letto per la terapia "intensiva e sub intensiva" relativi alla cura dei pazienti affetti dal suddetto virus. Il **comma 1, lettera a)**, ed i **commi da 2 a 5** consentono, in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di **incarichi di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa) ad iscritti agli albi delle professioni sanitarie, ivi compresi i medici**; in merito, alcune specifiche disposizioni sono stabilite per i **medici in formazione specialistica (comma 1, lettera a))**. Il **comma 1, lettera b)**, reca una deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di **medici e veterinari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e parziale**; la deroga consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale ivi previsto. Il **comma 6** ammette, in via transitoria, il conferimento (nell'ambito del Servizio sanitario nazionale) di **incarichi di lavoro autonomo a personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza**.

Come accennato, il **comma 1, lettera a)**, ed i **commi da 2 a 5** consentono il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi di lavoro autonomo - anche di collaborazione coordinata e continuativa - a soggetti iscritti agli albi delle professioni sanitarie. Gli incarichi in oggetto sono di durata non superiore a sei mesi, prorogabili, nell'ambito dell'anno 2020, in ragione dell'eventuale perdurare dello stato di emergenza (si ricorda che la [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#) ha dichiarato lo stato di emergenza per 6 mesi, a decorrere dalla medesima delibera).

Il conferimento è ammesso in deroga alle norme di cui all'articolo 7 del [D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#), e successive modificazioni, e all'articolo 6 del [D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122](#), e successive modificazioni, concernenti, rispettivamente: il divieto, per le pubbliche amministrazioni, di stipulazione di contratti di collaborazione che si concretino in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal

committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro<sup>1</sup>; i limiti, con riferimento alle pubbliche amministrazioni e agli altri soggetti ivi individuati, del livello della spesa per emolumenti o gettoni o altre utilità, comunque denominate, per i titolari di incarichi di qualsiasi tipo<sup>2</sup>. Il conferimento è altresì ammesso in deroga, se necessario, ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale<sup>3</sup>, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) con il decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze di cui al successivo **articolo 17** (in base a quest'ultimo, è stato emanato il [decreto direttoriale 10 marzo 2020](#), pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 13 marzo 2020).

Il conferimento può riguardare i soggetti iscritti agli albi professionali degli ordini<sup>4</sup>: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi.

In tale ambito, i **commi 3 e 4** concernono specificamente i medici e la **lettera a)** del **comma 1** reca disposizioni particolari per i medici in formazione specialistica, mentre i **commi 2 e 5** stabiliscono disposizioni comuni.

In particolare, il **comma 3** specifica che gli "incarichi di cui al presente articolo" possono essere conferiti anche ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali. *Sotto il profilo redazionale, sembrerebbe preferibile chiarire la locuzione "gli incarichi di cui al presente articolo", considerato che quest'ultimo, nella lettera b) del comma 1 e nel comma 6<sup>5</sup>, concerne istituti che non sembrerebbero oggetto del richiamo di cui al presente comma 3.*

Il **comma 4** prevede che le disposizioni di cui al **comma 3** si applichino anche ai laureati in medicina e chirurgia, pur se privi della

---

<sup>1</sup> Per le ipotesi ammesse di contratti di lavoro autonomo o di collaborazione, cfr. il comma 6 del citato articolo 7 del D.Lgs. n. 165, e successive modificazioni.

<sup>2</sup> Cfr., a quest'ultimo riguardo, i commi 3 e 20 del citato articolo 6 del D.L. n. 78 del 2010, e successive modificazioni. Tali limiti, in ogni caso, non si applicano in via diretta alle regioni, alle province autonome e agli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, in quanto le relative norme costituiscono per essi soltanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica.

<sup>3</sup> Riguardo ai limiti della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, cfr. l'articolo 11, commi da 1 a 4.1, del [D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60](#), e successive modificazioni.

<sup>4</sup> Per l'individuazione di essi, cfr. l'articolo 1, comma 1, del [D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233](#), e successive modificazioni, nonché, per l'ordine degli psicologi, l'articolo 01 della [L. 18 febbraio 1989, n. 56](#).

<sup>5</sup> Riguardo alla **lettera b)** del **comma 1** ed al **comma 6**, cfr. *infra*.

cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, previo riconoscimento del titolo. *Sembrerebbe opportuno valutare i motivi per i quali tale previsione, nell'ambito dei possibili conferimenti degli incarichi ai professionisti sanitari di cui al **comma 1, lettera a)**, sia limitata ai medici.*

Riguardo ai medici in formazione specialistica<sup>6</sup>, il **comma 1, lettera a)**, fa riferimento, per gli incarichi in oggetto, a quelli iscritti all'ultimo o penultimo anno dei relativi corsi di specializzazione. *Sembrerebbe opportuno chiarire la portata di tale riferimento*, considerato che il **comma 3** consente il conferimento degli incarichi a tutti i medici abilitati, a prescindere dall'iscrizione ad un corso di formazione specialistica o dal possesso di una specializzazione medica.

Il **comma 1, lettera a)**, specifica altresì che: i medici in formazione specialistica restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico-specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta; il periodo di attività, svolto dai suddetti medici durante lo stato di emergenza in oggetto, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione; le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche ed assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Il **comma 2** prevede, in primo luogo, che i contratti di lavoro autonomo stipulati in assenza dei presupposti di cui al **comma 1** siano nulli di diritto. *Sembrerebbe opportuno chiarire a quali contratti si faccia riferimento*, considerato anche che il **comma 6** disciplina, come accennato, ulteriori fattispecie di lavoro autonomo.

In secondo luogo, il **comma 2** dispone che le attività di lavoro autonomo prestate, ai sensi del **presente articolo**, nell'ambito del suddetto stato di emergenza, siano computate ai fini del requisito di anzianità posto dalla disciplina transitoria - relativa a possibili procedure concorsuali riservate per l'accesso all'impiego in pubbliche amministrazioni - di cui all'articolo 20, commi 2, 11 e 11-*bis*, del [D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75](#), e successive modificazioni.

---

<sup>6</sup> Si ricorda che il conseguimento dell'abilitazione professionale (entro la data di inizio delle attività didattiche) è richiesto per la frequenza di tutte le scuole di specializzazione in medicina e chirurgia, ai sensi dell'articolo 2, comma 433, della [L. 24 dicembre 2007, n. 244](#), e successive modificazioni.

Riguardo ai medici in formazione specialistica, cfr. anche *sub* la **lettera b)** del presente **comma 1**.

Facendo qui riferimento ai termini specifici di applicazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale, si ricorda che la suddetta disciplina transitoria prevede che, nel periodo 2018-2022, possano essere banditi, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e previa indicazione della relativa copertura finanziaria, procedure concorsuali riservate<sup>7</sup>, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale che possieda tutti i seguenti requisiti:

- sia titolare, successivamente al 28 agosto 2015<sup>8</sup>, di un contratto di lavoro flessibile<sup>9</sup> presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
- abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2019, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

Il **comma 5** fa salvi gli incarichi di cui al **comma 1, lettera a)**, già conferiti, per le medesime finalità, dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale sino alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, fermi restando il limite massimo di durata stabilito dalla suddetta **lettera a)** e le previsioni di cui al **comma 2**.

Il **comma 1, lettera b)**, reca una deroga alla disciplina transitoria<sup>10</sup> relativa all'assunzione di medici e veterinari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e con orario a tempo parziale.

Si ricorda che la disciplina transitoria summenzionata ammette che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale procedano, entro il 31 dicembre 2022, alla stipulazione di tali contratti con i medici e veterinari in formazione specialistica che, avendo partecipato alle procedure concorsuali (come consentito dalla medesima disciplina transitoria<sup>11</sup>), siano utilmente collocati nelle relative graduatorie separate. La possibilità di partecipazione (e la conseguente possibilità di assunzione a tempo determinato e parziale) concerne i medici e veterinari iscritti al terzo anno o successivi del relativo corso di formazione specialistica.

La deroga di cui alla presente **lettera b)** consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale previsto dalla medesima

---

<sup>7</sup> Per gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale le procedure in oggetto possono riguardare anche l'assunzione di personale dirigenziale.

<sup>8</sup> Nella suddetta data è entrata in vigore la [L. 7 agosto 2015, n. 124](#), recante la delega in base alla quale è stato emanato il D.Lgs. n. 75 del 2017.

<sup>9</sup> Sono esclusi i contratti di somministrazione di lavoro, ai sensi del comma 9 del citato articolo 20 del D.Lgs. n. 75, e successive modificazioni.

<sup>10</sup> Di cui all'articolo 1, commi da 547 e 548-ter, della [L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), e successive modificazioni.

<sup>11</sup> Si ricorda che la possibilità di partecipazione riguarda le procedure concorsuali concernenti la specifica disciplina oggetto del corso.

disciplina transitoria. In base all'**alinea** del **comma 1**, la deroga trova applicazione per le assunzioni effettuate durante il perdurare dello stato di emergenza in oggetto (come già accennato, il termine attuale dello stato di emergenza, in base alla [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#), è stabilito al 31 luglio 2020). La **lettera b)** in esame specifica che le assunzioni devono essere effettuate in ogni caso nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e che l'attività dei soggetti così assunti deve essere coerente con il progetto formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione. Restano fermi i limiti e le altre modalità posti dalla suddetta disciplina transitoria, anche con riferimento al trattamento economico.

La disciplina transitoria oggetto della presente deroga demanda la definizione - per i soggetti interessati dai summenzionati rapporti di lavoro a tempo determinato - delle modalità di svolgimento della formazione specialistica - la quale prosegue a tempo parziale - e delle attività formative (teoriche e pratiche) previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria a specifici accordi tra le regioni o le province autonome e le università interessate; questi ultimi sono conclusi sulla base di un accordo quadro adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Con la deroga di cui alla **lettera b)** si consente la stipulazione di tali contratti anche in assenza dell'accordo quadro e - *si dovrebbe intendere* - dei conseguenti accordi tra regioni o province autonome ed università<sup>12</sup>.

Si ricorda che i contratti di lavoro a tempo determinato in esame possono essere stipulati nei limiti delle disponibilità di bilancio dell'ente o azienda e nei limiti di spesa per il personale vigenti, sempre che sussistano le condizioni - inerenti anche alla mancanza di altre risorse umane - poste dall'articolo 1, comma 548-ter, della [L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), e fermo restando il rispetto dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, relativamente al possesso del titolo di formazione specialistica. Il contratto non può avere durata superiore a quella residua del corso di formazione specialistica, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dalla disciplina per determinate fattispecie di impedimento (servizio militare, gravidanza o malattia), e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi (mentre l'interruzione definitiva del percorso di formazione comporta la risoluzione automatica del contratto di lavoro). Gli specializzandi assunti a termine sono inquadrati con

---

<sup>12</sup> Secondo i principi posti dalla disciplina legislativa in oggetto, la formazione teorica è svolta presso le università e quella pratica presso l'ente o azienda d'inquadramento (purché accreditato ai fini della formazione specialistica).

qualifica dirigenziale e al loro trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, si applicano le disposizioni del contratto collettivo nazionale del personale della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale (il trattamento, qualora sia inferiore a quello già previsto dal contratto di formazione specialistica, è rideterminato in misura pari a quest'ultimo). Essi svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato. I soggetti così assunti a termine sono poi inquadrati, a decorrere dalla data del conseguimento del relativo titolo di formazione specialistica, a tempo indeterminato nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la condizione dell'esaurimento della graduatoria dei soggetti già specialisti alla data di scadenza del bando (bando in relazione al quale lo specializzando era stato inserito nella graduatoria separata).

Il **comma 6** consente, in via transitoria, il ricorso alla stipulazione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza (la possibilità è ammessa anche qualora il soggetto non sia iscritto, in conseguenza del collocamento a riposo, al relativo albo professionale).

La fattispecie è stabilita in deroga alle norme che, per le pubbliche amministrazioni, limitano le possibilità sia di ricorso a tale tipo di contratti sia di conferimento di incarichi a soggetti già titolari di un trattamento di quiescenza.

Gli incarichi di lavoro autonomo oggetto delle deroghe in esame non possono avere una durata superiore a sei mesi. Il **comma 6** fa anche riferimento al limite temporale costituito dal termine dello stato di emergenza (come già accennato, il termine attuale dello stato di emergenza, in base alla [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#), è stabilito al 31 luglio 2020). *Sembrerebbe opportuno chiarire se quest'ultimo limite sia posto con riferimento alla durata dell'incarico o al conferimento del medesimo* - per il conferimento, la parte precedente del medesimo **comma 6** pone il termine del 31 luglio 2020 -.

Le deroghe sono poste al fine di far fronte alle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza e sono ammesse previa verifica dell'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei in graduatorie in vigore.

Le deroghe summenzionate concernono le norme di cui all'articolo 5, comma 9, del [D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni](#).

dalla [L. 7 agosto 2012, n. 135](#), e successive modificazioni, e all'articolo 7 del [D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#), e successive modificazioni, concernenti, rispettivamente: il divieto di conferimento, da parte delle pubbliche amministrazioni e degli altri soggetti ivi individuati, di alcuni incarichi - tra cui quelli di consulenza - a soggetti già lavoratori pubblici e privati collocati in quiescenza<sup>13</sup>; il divieto, per le pubbliche amministrazioni, di stipulazione di contratti di collaborazione che si concretino in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro<sup>14</sup>.

Gli incarichi di cui al presente **comma 6** possono essere conferiti, se necessario, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale<sup>15</sup>, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) con il decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze di cui al successivo **articolo 17** (in base a quest'ultimo, è stato emanato il [decreto direttoriale 10 marzo 2020](#), pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 13 marzo 2020).

Per i compensi relativi ai suddetti incarichi, non si applicano le limitazioni<sup>16</sup> per il cumulo tra reddito da lavoro e trattamento pensionistico liquidato in base alla cosiddetta quota 100.

*Sotto il profilo redazionale, si rileva che, per le possibilità di conferimento degli incarichi in esame, il **comma 6** fa riferimento alle regioni e province autonome, mentre l'alinea del precedente **comma 1** fa riferimento agli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.*

Si ricorda che l'articolo 23 del [D.L. 2 marzo 2020, n. 9](#), in fase di conversione alle Camere, prevede, in via transitoria, in alcune regioni e province, la possibilità di conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale medico e infermieristico, anche se collocato in quiescenza. *Tali previsioni risultano assorbite dalle fattispecie più ampie di cui al presente **articolo 1 (comma 1, lettera a), commi da 2 a 5 e comma 6)**.*

---

<sup>13</sup> I suddetti incarichi di consulenza sono in ogni caso ammessi se conferiti a titolo gratuito.

<sup>14</sup> Per le ipotesi ammesse di contratti di lavoro autonomo o di collaborazione, cfr. il comma 6 del citato articolo 7 del D.Lgs. n. 165, e successive modificazioni.

<sup>15</sup> Riguardo ai limiti della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, cfr. l'articolo 11, commi da 1 a 4.1, del [D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60](#), e successive modificazioni.

<sup>16</sup> Limitazioni di cui all'articolo 14, comma 3, del [D.L. 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla L. 28 marzo 2019, n. 26](#).

## Articolo 2

### *(Misure urgenti per l'accesso del personale sanitario e dei medici al Servizio sanitario nazionale)*

I **commi da 1 a 3** dell'**articolo 2** consentono, in via transitoria, il conferimento, **da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale**, di **incarichi individuali a tempo determinato a personale medico e sanitario**, mediante avviso pubblico e selezione **per titoli e colloquio orale**. Il **comma 4** reca una **norma transitoria** sulle modalità di svolgimento della **prova finale dei corsi di laurea** afferenti alle classi di laurea nelle **professioni sanitarie infermieristiche**.

La possibilità di conferimento degli incarichi a tempo determinato di cui al **comma 1** è ammessa durante la vigenza dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, di cui alla [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#) (la quale ha dichiarato lo stato di emergenza per 6 mesi, a decorrere dalla medesima delibera). Il conferimento (da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale) può concernere il personale sanitario, ivi compresi i medici in possesso dei requisiti stabiliti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica.

Gli incarichi in esame hanno la durata di un anno, non sono rinnovabili e sono conferiti mediante avviso pubblico e selezione (avente natura comparativa) per titoli e colloquio orale (**commi 1 e 2**). *Sembrerebbe opportuno chiarire se si faccia riferimento alla sola tipologia del contratto di lavoro dipendente o anche ad altre tipologie di contratto di lavoro.*

Il conferimento è ammesso in deroga, se necessario, limitatamente agli oneri relativi al 2020, ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale<sup>17</sup>, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) con il decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze di cui al successivo **articolo 17**, a cui fa rinvio il **comma 2** (in base all'**articolo 17**, è stato emanato il [decreto direttoriale 10 marzo 2020](#), pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 13 marzo 2020).

In ogni caso, il ricorso agli incarichi in esame è subordinato alla previa verifica - da parte dei medesimi enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale - dell'impossibilità di utilizzare personale già in

---

<sup>17</sup> Riguardo ai limiti della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, cfr. l'articolo 11, commi da 1 a 4.1, del [D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60](#), e successive modificazioni.

servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore (**comma 1**).

Le attività professionali svolte in base ai suddetti incarichi a termine costituiscono titoli preferenziali nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (**comma 3**). *Sembrerebbe opportuno chiarire se tale previsione si limiti a porre un criterio di preferenza per il caso di parità di punteggio complessivo oppure se implichi una modifica della disciplina regolamentare sulla valutazione dei titoli e sul relativo punteggio nell'ambito delle procedure concorsuali*<sup>18</sup>.

Il **comma 4** concerne, con esclusivo riferimento alla seconda sessione dell'anno accademico 2018-2019, le modalità di svolgimento della prova finale dei corsi di laurea afferenti alle classi di laurea nelle professioni sanitarie infermieristiche.

Le previsioni di cui al **comma 4** sono poste con riferimento alle regioni e province autonome interessate da provvedimenti di sospensione delle attività di formazione superiore (emanati ai sensi dell'articolo 3 del [D.L. 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla L. 5 marzo 2020, n. 13](#)). Si ricorda che tali provvedimenti concernono, fino al 3 aprile 2020, in base al [D.P.C.M. 8 marzo 2020](#)<sup>19</sup> ed al successivo [D.P.C.M. 9 marzo 2020](#), l'intero territorio nazionale.

Il **comma 4** prevede che:

- la prova pratica si svolge - previa certificazione delle competenze acquisite a seguito del tirocinio pratico svolto durante il corso di studio - secondo la modalità di cui al punto 2 della [circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica del 30 settembre 2016, prot. 46319](#) (circolare concernente le prove finali dei corsi di laurea afferenti alle classi di laurea delle professioni sanitarie). Tale modalità consiste nello svolgimento di una prova con domande a risposta chiusa e a risposta aperta su casi clinici o situazioni paradigmatiche della pratica professionale; la suddetta modalità è alternativa a quella definita dal precedente punto 1 della circolare, che prevede lo svolgimento di una simulazione pratica<sup>20</sup>;

<sup>18</sup> Cfr., per le procedure concorsuali relative, rispettivamente, al personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, l'articolo 11 del regolamento di cui al [D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483](#), e l'articolo 11 del regolamento di cui al [D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220](#).

<sup>19</sup> Riguardo a tale D.P.C.M., cfr. anche il [comunicato di rettifica](#) sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 61 del 9 marzo 2020.

<sup>20</sup> Entrambe le modalità, secondo la suddetta circolare, possono essere integrate con un colloquio, ove la Commissione, in accordo con gli ordini o le associazioni di categoria, lo ritenga necessario.

- la discussione della tesi possa essere svolta con modalità a distanza.

**Articolo 3**  
***(Piani di fabbisogno del personale del Servizio sanitario Nazionale)***

**L'articolo 3** dispone che le Regioni, per le finalità e gli effetti delle disposizioni di cui agli articoli 1 e 2, vale a dire per poter procedere alle assunzioni straordinarie di personale sanitario da esse previste, procedono alla rideterminazione dei **piani di fabbisogno del personale** ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001 (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*).

Il citato articolo 6, al comma 1, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1 (vale a dire ai fini di rendere più efficiente e di razionalizzare l'organizzazione del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.

La relazione tecnica evidenzia che la norma non determina oneri.

## Articolo 4

### *(Misure urgenti per il reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)*

L'articolo 4 reca alcune **norme transitorie**, in relazione all'emergenza epidemiologica da **COVID-19**. In tale ambito temporale, i **commi da 1 a 3** consentono: ai medici **iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale** l'instaurazione di **un rapporto convenzionale a tempo determinato** con il Servizio sanitario nazionale; ai medici abilitati, **anche durante la loro iscrizione ai corsi di formazione specialistica** (presso le scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia) **o ai corsi di formazione specifica in medicina generale**, l'assunzione di **incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale** e l'iscrizione negli elenchi della **guardia medica notturna e festiva** e della **guardia medica turistica**. Il **comma 4** consente, sempre in via transitoria, ai medici **iscritti al corso di formazione specialistica in pediatria** l'assunzione di **incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta**.

Più in particolare, i **commi 1 e 2** consentono che, nel periodo di durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (per la quale la [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#) ha dichiarato lo stato di emergenza per 6 mesi, a decorrere dalla medesima delibera):

- i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale<sup>21</sup> instaurino un rapporto convenzionale a tempo determinato con il Servizio sanitario nazionale<sup>22</sup>. Le ore di attività svolte in base a tale rapporto si considerano a tutti gli effetti attività pratiche, da computarsi nel monte ore complessivo dell'attività formativa di natura pratica del suddetto corso<sup>23</sup>;
- i medici abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di formazione specialistica (presso le scuole universitarie di

---

<sup>21</sup> Si ricorda che il conseguimento dell'abilitazione professionale è richiesto entro l'inizio del corso di formazione specifica in medicina generale (cfr. l'articolo 5 del D.M. 7 marzo 2006, come modificato dall'articolo 1, comma 1, lettera *a*), del successivo D.M. 7 giugno 2017).

<sup>22</sup> Si ricorda altresì che i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale possono, fino al 31 dicembre 2021, partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali di medicina generale, secondo la particolare disciplina di cui all'articolo 9 del [D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12](#), e successive modificazioni (quest'ultima prevede, tra l'altro, che l'eventuale assegnazione a tali soggetti sia in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale).

<sup>23</sup> Riguardo a tale monte ore, cfr. l'articolo 26, comma 1, del [D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368](#), e successive modificazioni.

specializzazione in medicina e chirurgia) o ai corsi di formazione specifica in medicina generale<sup>24</sup>, assumano incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale e si iscrivano negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, con svolgimento dei medesimi servizi di guardia fino al termine dello stato di emergenza. Al riguardo, le norme generali vigenti<sup>25</sup> prevedono che i medici abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi suddetti, possano assumere incarichi di sostituzione di medici di medicina generale (e non anche incarichi provvisori autonomi) e svolgere - previa iscrizione nei relativi elenchi - il servizio di guardia medica notturna e festiva o di guardia medica turistica solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli stessi elenchi.

In relazione alla fattispecie suddetta di incarico provvisorio di medicina generale convenzionata, si prevede, per il caso di assegnazione di un numero di assistiti superiore a 650, la sospensione della corresponsione della borsa di studio. *Sembrerebbe opportuno chiarire la portata di tale disposizione*, dalla quale potrebbe derivare, per i medici rientranti nell'ipotesi suddetta, un trattamento inferiore rispetto a quello derivante, per i medici con un numero di assistiti inferiore, dal cumulo tra borsa di studio e remunerazione per l'attività convenzionale.

Per gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, le ore di attività svolte (durante lo stato di emergenza in oggetto) in base agli incarichi provvisori o di sostituzione ed ai servizi di guardia summenzionati si considerano a tutti gli effetti attività pratiche, da computarsi nel monte ore complessivo dell'attività formativa di natura pratica del suddetto corso<sup>26</sup>.

Per gli iscritti ai corsi di formazione specialistica, il periodo di attività svolto (durante lo stato di emergenza) in base ai medesimi incarichi e servizi è riconosciuto ai fini del ciclo di studi relativo alla specializzazione. In merito, come norma di chiusura, si prevede che le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurino il recupero delle attività formative, teoriche e

---

<sup>24</sup> Si ricorda che il conseguimento dell'abilitazione professionale (entro la data di inizio delle attività didattiche) è richiesto per la frequenza di tutte le scuole di specializzazione in medicina e chirurgia, ai sensi dell'articolo 2, comma 433, della [L. 24 dicembre 2007, n. 244](#), e successive modificazioni. Per gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, cfr. *supra*, in nota.

<sup>25</sup> Cfr. l'articolo 19, comma 11, della [L. 28 dicembre 2001, n. 448](#).

<sup>26</sup> Riguardo a tale monte ore, cfr. *supra*, in nota.

assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti<sup>27</sup>.

Il **comma 3** specifica che, con riferimento al periodo relativo al suddetto stato di emergenza, le disposizioni di cui agli articoli 11 e 12 del D.M. 7 marzo 2006, relativi, rispettivamente, alle modalità di corso a tempo pieno e a tempo parziale di formazione specifica in medicina generale, si intendono integrate dalle norme di cui ai precedenti **commi 1 e 2**.

Il **comma 4** consente che, durante il periodo corrispondente al suddetto stato di emergenza, i medici iscritti al corso di formazione specialistica in pediatria assumano incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale. Anche per tali attività (così come per quelle svolte ai sensi del precedente **comma 2**), si pone il principio del riconoscimento ai fini del ciclo di studi relativo alla specializzazione e si prevede, come norma di chiusura, che le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurino il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

---

<sup>27</sup> Si ricorda che i corsi summenzionati di formazione specifica in medicina generale sono organizzati dalle regioni o province autonome e non rientrano, quindi, nell'ambito di scuole universitarie di specializzazione.

## **Articolo 5** ***(Incremento specialistica)***

L'articolo in esame prevede la possibilità, per le aziende sanitarie locali e gli enti del Ssn, di procedere, per il 2020, ad incrementare, con ore aggiuntive, il monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna. L'incremento del monte ore della specialistica dovrà avvenire nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nel limite di spesa pari a 6 milioni di euro, a valere sul Fondo sanitario nazionale, nei limiti posti dall'art. 17 del decreto in commento.

Per il 2020, l'articolo in esame prevede la possibilità, per le aziende sanitarie locali e gli enti del Ssn, di procedere ad incrementare, con ore aggiuntive, il monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna, come disciplinata dal D. Lgs. 502/1992.

Come stabilito dall'art. 8, comma 1, lett.*b-bis*), del D.Lgs. 502/1992, il personale convenzionato è inserito nelle forme organizzative dell'assistenza distrettuale dei servizi sanitari regionali e aderisce al sistema informativo sanitario regionale e nazionale. Gli enti e le aziende del Ssn, nell'ambito dei propri poteri, si avvalgono, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti, utilizzando le ore di attività formalmente deliberate in sede aziendale. In questo contesto, gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti esercitano un'attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del Ssn. Infatti, il rapporto di coloro che svolgono attività in regime di convenzione con le aziende sanitarie, si configura come un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati della cosiddetta parasubordinazione ed esula dall'ambito del pubblico impiego.

L'incremento del monte ore della specialistica dovrà avvenire nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nel limite di spesa pari a 6 milioni di euro, a valere sul Fondo sanitario nazionale, nei limiti posti dall'art. 17 del decreto in commento.

Più nello specifico, l'ACN di riferimento riguarda il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie (per sintesi, "specialisti ambulatoriali"), settore che, secondo i dati disponibili ad inizio 2016, comprende una platea di circa 18mila professionisti sanitari. Nel triennio negoziale 2016-2018 il rinnovo della parte normativa ha avuto luogo nel 2015, e, nel 2018, è stata rinnovata la parte economica fino al 31 dicembre 2017, provvedendo all'erogazione delle risorse riferite all'indennità di vacanza contrattuale 2010-2017 e agli arretrati dei soli anni 2016-2017. Le risorse per la specialistica sono a valere sul finanziamento del Ssn (quota indistinta) e sono

evidenziate annualmente all'interno del Riparto del Fondo sanitario nazionale, che assegna alla specialistica il 13,3 per cento del finanziamento spettante all'assistenza distrettuale.

Per fronteggiare la situazione emergenziale COVID19, l'articolo 17 del decreto in commento autorizza, per il 2020, la spesa di 660 milioni di euro, a valere sul Fondo sanitario nazionale. Oltre alla finalizzazione di 6 milioni di euro per la specialistica, è previsto il finanziamento di ulteriori misure straordinarie quali: il reclutamento di personale sanitario e medici specializzandi (art. 1, comma 1, lett. a)); il conferimento di incarichi individuali a tempo determinato della durata di un anno al personale sanitario e ai medici specializzandi con i requisiti per l'accesso alla dirigenza medica; l'istituzione di unità specializzate per la continuità assistenziale (spesa stimata dalla RT pari a 104 milioni); attività di volontariato (spesa stimata come neutra dalla RT).

## **Articolo 6** ***(Disposizioni urgenti in materia di volontariato)***

Per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, per il periodo della durata emergenziale, ovvero fino al 31 luglio 2020, non si applica il regime di incompatibilità tra lo status di volontario e quello di lavoratore dell'Ente del Terzo settore presso cui si svolge l'attività di volontariato.

Per tutta la durata del periodo emergenziale, fissato in sei mesi dalla Delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020 (dal 31 gennaio al 31 luglio 2020), l'articolo in esame disapplica il regime di incompatibilità tra lo status di volontario e quello di lavoratore dell'Ente del terzo settore presso cui si svolge l'attività di volontariato. Si ricorda che il predetto regime di incompatibilità è stabilito dall'art. 17, comma 5, del Codice del Terzo settore (D. Lgs. 117/2017).

Ai sensi del citato Codice, il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, per il tramite di un Ente del Terzo settore (ETS), mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà. La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di lavoro retribuito con l'ente di cui il volontario è socio o associato o tramite il quale svolge la propria attività volontaria. L'incompatibilità tra volontariato e rapporto di lavoro retribuito con l'ente non si applica agli operatori che prestano attività di soccorso in aziende sanitarie nelle province autonome di Trento e Bolzano.

In tema di Terzo settore, si segnala per i profili d'interesse la [Memoria depositata dal Forum del Terzo settore](#) il 10 marzo 2020, in occasione dell'esame del disegno di legge di conversione in legge del decreto legge 2 marzo 2020, n. 9.

Come sottolineato dalla RT, la disposizione è neutra dal punto di vista finanziario.

## **Articolo 7** **(Sorveglianza sanitaria)**

**L'articolo 7** dispone che nei confronti degli operatori sanitari e degli operatori dei servizi pubblici essenziali che abbiano avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva, non si applica la misura della quarantena con sorveglianza attiva, data la necessità di garantire il funzionamento dei servizi medesimi.

L'articolo 7 non rende applicabile la misura della quarantena con sorveglianza attiva agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva. Gli stessi operatori sono in ogni caso tenuti a sospendere l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per Covid-19.

La disposizione in commento non chiarisce la definizione di "operatori dei servizi pubblici essenziali". A tale proposito si può tuttavia richiamare la definizione utilizzata nell'articolo 1, comma 2, lettera k) del D.L. 6/2020 (*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*), convertito dalla legge n. 13/2020, che fa riferimento agli articoli 1 e 2 della legge n. 146/1990 (*Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati*). Ai sensi delle richiamate disposizioni le attività svolte nell'ambito di un servizio pubblico essenziale sono qualificabili come essenziali solamente se sono direttamente attinenti all'esercizio del diritto costituzionale garantito dal servizio pubblico. Secondo quanto contenuto nell'**art. 1 della richiamata L. 146/1990, sono servizi pubblici essenziali** quelli volti alla tutela di diritti costituzionalmente garantiti in riferimento: al diritto alla vita, alla salute, alla tutela dell'ambiente e del patrimonio storico-artistico; alla libertà e sicurezza della persona; alla libertà di circolazione e di comunicazione; all'assistenza e previdenza sociale; all'istruzione. Nell'ambito dei suddetti servizi pubblici essenziali, l'**art. 2** dispone che il diritto di sciopero è esercitato nel rispetto di misure dirette a consentire l'erogazione delle **prestazioni indispensabili** (concordate dalle amministrazioni e dalle imprese erogatrici dei servizi nei contratti collettivi o in appositi accordi) per garantire il contemperamento dell'esercizio del diritto di sciopero con il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati.

La misura della quarantena con sorveglianza attiva, definita dall'[Ordinanza del Ministero della salute 21 febbraio 2020](#), si applica agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva COVID-19 o a coloro che hanno transitato nelle aree a rischio negli ultimi 14 giorni. Tale circostanza deve essere comunicata al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria territorialmente competente, che, acquisita la

comunicazione, provvede all'adozione della misura della permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva, ovvero, in presenza di condizione ostative, di misure alternative di efficacia equivalente. L'operatore di sanità pubblica provvede a contattare quotidianamente, per avere notizie sulle condizioni di salute, la persona in sorveglianza, che, da parte sua, deve: mantenere lo stato di isolamento per quattordici giorni dall'ultima esposizione; non avere contatti sociali; sottostare al divieto di spostamenti e viaggi; rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza.

## **Articolo 8** ***(Unità speciale di continuità assistenziale)***

Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del decreto in esame, l'articolo in commento impegna le regioni e le province autonome ad istituire, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale, a seguito del *triage* telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Tali pazienti possono essere presi in carico dall'unità speciale. Per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso, il *triage* deve essere effettuato in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso.

Le disposizioni hanno efficacia fino al 31 luglio 2020.

Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, **entro dieci giorni** dall'entrata in vigore del provvedimento in esame, le **regioni** e le **province autonome** di Trento e Bolzano **istituiscono**, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una **unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19** che non necessitano di ricovero ospedaliero.

I servizi di continuità assistenziale (ex Guardie mediche) garantiscono le attività sanitarie necessarie, anche a domicilio, ad assicurare l'assistenza medica e pediatrica di base per le prestazioni non differibili, vale a dire non rinviabili all'apertura dell'ambulatorio del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta, nelle ore notturne (lun.-ven. dalle 20.00 alle 8.00) e nei giorni prefestivi (dalle 10.00 alle 20.00) e festivi (dalle 8.00 alle 20.00).

La continuità assistenziale è regolata dall'[Accordo Collettivo Nazionale con i MMG del 2005](#) e dagli accordi applicativi delle singole regioni. L'articolo 64 dell'ACN nazionale definisce il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL con il rapporto di riferimento 1 medico ogni 5.000 abitanti residenti. Fa salva però la possibilità per le regioni di indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto

medico/popolazione. La variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque non può essere maggiore del 30% rispetto al rapporto di riferimento di un medico ogni 5.000 residenti.

Successivamente, l'Accordo "[Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale](#)", approvato in sede di Conferenza Stato-regioni nel febbraio 2013, ha inteso delineare percorsi differenziati per Emergenza e Continuità assistenziale, la prima indirizzata verso i Dipartimenti di emergenza ed accettazione ospedalieri (Pronto soccorso), la seconda verso le reti dei servizi di Cure primarie distrettuali, ma entrambe integrate in un unico sistema di risposta delle chiamate, centralizzato su base almeno provinciale. L'accordo pertanto ha inteso favorire la creazione di Centrali Operative del 118, con personale sanitario e tecnico addestrato allo scopo, in grado di fornire risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli condivisi tra MMG e gli altri operatori sanitari del distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. L'Accordo ha fornito anche indicazioni circa la sedi in cui istituire i servizi di continuità, lasciando alle regioni il compito di individuarle, secondo le caratteristiche del territorio, presso strutture territoriali o presso strutture ospedaliere riconvertite. Tale impostazione è stata confermata dal decreto 70/2015 di definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera. Infine, nel 2016, sono state approvate le "[Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero unico europeo armonizzato a valenza sociale](#)" che definiscono un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione, almeno su base provinciale, tra i servizi della Continuità Assistenziale e del sistema di Emergenza/Urgenza presso la stessa centrale operativa del 118, attraverso la centralizzazione delle chiamate sul numero unico "116.117".

Le regioni hanno proceduto alla organizzazione dei servizi di continuità assistenziale, passando da una presenza di 5 medici di guardia medica per 100.000 abitanti nella provincia di Bolzano ai 72 medici della Basilicata. Nel 2019, erano impiegati nel servizio di Continuità assistenziale 11.533 medici distribuiti in 2.890 punti di guardia medica. E' stato inoltre evidenziato che la maggioranza delle regioni non rispetta gli standard di presenza dei medici, indicati dall'ACN del 2005 (sul punto si rinvia a: Franco Pesaresi, "[La riorganizzazione della continuità assistenziale in Italia e nelle Marche](#)" marzo 2019).

Ai sensi dell'articolo in commento, **l'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale:**

- i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale;

- in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

**L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle 20.00.** Per le attività svolte nell'ambito dell'unità, **ai medici è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro ad ora.**

Per quanto riguarda il conferimento di incarichi, il già citato ACN del 2005 ha previsto graduatorie regionali di settore, una per ogni settore della medicina generale, al fine di snellire le procedure per l'assegnazione degli incarichi e graduatorie di disponibilità, a livello aziendale, per l'attribuzione degli incarichi provvisori. I medici di guardia medica addetti alla Continuità assistenziale sono liberi professionisti convenzionati con il SSN. Per ottenere un incarico di guardia medica è necessario il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale. Solo chi è in possesso del diploma può infatti fare domanda di inserimento nella graduatoria regionale, la quale è stilata in base a titoli accademici e di studio e titoli di servizio. In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie, il conferimento dell'incarico di Continuità assistenziale è di norma pari a 38 ore settimanali, di cui 14 da effettuare in attività diurne feriali. L'[Accordo Collettivo Nazionale di medicina generale del 29 marzo 2018](#) ha previsto, in caso di carenza di disponibilità di medici presenti in graduatoria, che possono partecipare a bandi per incarichi provvisori, medici graduati nel seguente ordine: medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale non iscritti alla graduatoria; medico corsista di medicina generale; medico che non ha altri incarichi e che non percepisce borse di studio; medici specializzandi ospedalieri.

La retribuzione prevista dal citato ACN 2005 (art. 72), come integrata dal successivo ACN del 2010, è pari a 22,46 euro/h lordi, ai quali si aggiungono le quote aggiuntive di compenso previste dagli accordi regionali e aziendali di riferimento.

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale, a seguito del *triage* telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Tali pazienti possono essere presi in carico dall'unità speciale. Per lo svolgimento delle attività loro assegnate, i medici devono essere dotati di ricettario del Ssn, di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure previste.

Per i **pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso**, la disposizione prevede che il *triage* avvenga in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali.

Le **disposizioni** dell'articolo in commento sono limitate alla **durata** dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino al **31 luglio 20 20**, come stabilito dalla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020.

La Relazione Tecnica al provvedimento quantifica gli **oneri** derivanti dall'istituzione delle suddette unità in **104 milioni di euro** per il 2020, a valere sulle risorse indicate dall'art. 17 del provvedimento in esame.

Nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) il [Decreto 10 marzo 2020](#), come previsto dall'art. 17 del provvedimento in esame, ha ripartito fra le regioni e le province autonome la cifra complessiva di 660 milioni, a valere sul Fondo sanitario nazionale, per l'attuazione delle seguenti misure del provvedimento in esame: reclutamento di personale sanitario, conferimento di incarichi temporanei di lavoro autonomo e conferimento di incarichi individuali a tempo determinato(art. 1e 2); autorizzazione per le aziende sanitarie locali e gli enti del Ssn a procedere, per il 2020, ad un aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna nel limite di spesa di 6 milioni di euro(art. 5); istituzione di unità speciali assistenza con onere stimato pari a 104 milioni(articolo 8in commento).

## **Articolo 9** *(Assistenza a persone e alunni con disabilità)*

**L'articolo 9** prevede la possibilità che i Comuni, durante la sospensione del servizio scolastico e per tutta la sua durata, forniscano **l'assistenza agli alunni con disabilità** mediante erogazione di prestazioni individuali domiciliari. Le regioni e province autonome hanno **facoltà di istituire** unità speciali atte a garantire **l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a domicilio** in favore di persone con disabilità che presentino condizione di fragilità o di comorbilità.

Il comma 1 dell'articolo 9 prevede la possibilità che i Comuni, durante la sospensione del servizio scolastico e per tutta la sua durata (prevista dal DPCM 9 marzo 2020 fino al 3 aprile), forniscano **l'assistenza agli alunni con disabilità** mediante erogazione di prestazioni individuali domiciliari.

In proposito gli enti locali devono tenere conto del personale disponibile, anche impiegato presso terzi titolari di concessioni, convenzioni o che abbiano sottoscritto contratti di servizio con gli enti locali medesimi.

Al riguardo, il servizio di istruzione domiciliare, diverso dal [servizio Scuola in Ospedale](#), viene organizzata dalle istituzioni scolastiche per garantire il diritto allo studio degli alunni con tempi lunghi di degenza a casa, per causa malattia o disabilità e pertanto impossibilitati alla frequenza scolastica per un periodo non inferiore a 30 giorni. Allo scopo deve essere riconosciuta una disabilità certificata ai sensi dell'art. 12, comma 9, della legge 104 del 1992, che garantisce tale diritto ai minori disabili soggetti all'obbligo scolastico, sulla scorta dell'art. 38, comma 3, della Costituzione che sancisce il diritto all'educazione agli "inabili".

La realizzazione del servizio, oltre che regolata da circolari ministeriali annuali che richiamano e aggiornano le modalità applicate, è definita essenzialmente dal [Vademecum per l'istruzione domiciliare del 2003](#) e dalla [Circolare Ministeriale n.60 del 16/07/2012, nota prot. n. 4439](#) per gli aspetti gestionali ed amministrativi da espletare, su richiesta delle famiglie interessate. In proposito si sottolinea che, dal punto di vista amministrativo, l'organizzazione a livello territoriale viene garantita sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali ex art.117, lett. m) del Titolo V della Costituzione, nel rispetto delle pari opportunità

regolate all'interno della legge quadro n.328 dell'8 novembre 2000 per la realizzazione del sistema integrato di intervento e servizi sociali.

Le prestazioni domiciliari sono finalizzate in particolare al sostegno nella **fruizione delle attività didattiche a distanza** previste all'articolo 2, comma 1, lettera m), e alla realizzazione delle azioni previste all'articolo 3, comma 1, lettera g), del [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2020](#), impiegando i medesimi operatori e i fondi ordinari destinati a tale finalità, alle stesse condizioni assicurative già previste.

L'articolo 2, comma 1, lett. m) del DPCM 8 marzo 2020 ha previsto che i dirigenti scolastici attivino, per tutta la durata della sospensione delle attività didattiche nelle scuole, modalità di didattica a distanza (qui le [iniziative già attivate in proposito dal Ministero dell'istruzione](#)) avuto anche riguardo alle specifiche esigenze degli studenti con disabilità. L'articolo 3, comma 1, lettera g), del medesimo decreto ha invece raccomandato ai comuni e agli altri enti territoriali, oltre che alle associazioni culturali e sportive, di offrire attività ricreative individuali alternative a quelle collettive interdette dal medesimo decreto, che, nel caso che qui rileva, siano svolte presso il domicilio degli interessati.

Si specifica, come peraltro già riportato dal citato DPCM 8 marzo 2020, che tali prestazioni devono essere finalizzate sia al **sostegno delle attività didattiche a distanza** sia alla promozione di attività ricreative individuali alternative a quelle interdette con la sospensione del servizio scolastico favorendo soprattutto le attività all'aperto, purché si svolgano senza creare assembramenti di persone. Inoltre, gli operatori impiegati presso il domicilio degli alunni fruiscono della stessa copertura assicurativa valida presso la sede scolastica.

*Con riferimento alle attività di cui al sopra richiamato articolo 3, comma 1, lettera g), del DPCM 8 marzo 2020, si sottolinea che le disposizioni citate sono state superate dalle nuove disposizioni del DPCM 11 marzo 2020 (v. in particolare il dettato di cui all'art. 2, comma 2), in ragione degli ulteriori limiti delle attività consentite, relative ai soli esercizi di pubblica utilità e di prima necessità, introdotti in data successiva alla pubblicazione del decreto-legge in esame.*

Il comma 2 stabilisce che regioni e province autonome hanno **facoltà di istituire**, entro 10 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, unità speciali atte a garantire **l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a domicilio** in favore di persone con disabilità che

presentino condizione di fragilità o di comorbilità tali da renderle soggette a rischio nella frequentazione dei centri diurni per persone con disabilità.

Si ricorda che l'assistenza alle persone con fragilità e non più autosufficienti viene attuata dalle residenze sanitarie assistenziali(RSA) - servizi offerti a livello regionale con differenti parametri stabiliti con legge regionale- quali strutture di ospitalità a tempo indeterminato o temporaneo, come gli istituti di ricovero, pubblici o privati. In tali residenze, non accedono pazienti con patologie acute (destinati al ricovero in ospedale), né pazienti di case di riposo, prevalentemente anziani parzialmente autosufficienti.

Alla RSA pubblica o convenzionata si accede mediante richiesta alla Asl o al Servizio sociale del quartiere di residenza, con ammissione valutata a seguito di richiesta del medico di base o ospedaliero, da una commissione multidisciplinare (Unità Valutativa Geriatrica) che ha il compito di rilasciare la dichiarazione di non autosufficienza dell'anziano e di elaborare un progetto individualizzato che ne permette l'inserimento in apposite liste di attesa.

Il comma 3 stabilisce, infine, una **clausola di invarianza degli oneri** per la finanza pubblica, in quanto alle precedenti disposizioni si deve provvedere a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## **Articolo 10** *(Disposizioni per garantire l'utilizzo di dispositivi medici per ossigenoterapia)*

**L'articolo 10** prevede specifici interventi per far fronte ad **indifferibili esigenze dovute ad insufficienze respiratorie acuto-croniche**, garantendo ai pazienti in trattamento con ossigenoterapia la possibilità di avvalersi anche in ambiente non domestico del dispositivo che consente la ricarica dell'ossigeno liquido.

Allo scopo, il comma 1 prevede l'emanazione di un decreto ministeriale che definisce le modalità per rendere disponibile sul territorio nazionale, tramite strutture sanitarie appositamente individuate dalle regioni o, in via sperimentale fino al 2022, tramite la **rete delle farmacie dei servizi**, la **fornitura di ossigeno** e la **ricarica dei presidi portatili**, che ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, garantiscono l'ossigenoterapia.

Il decreto è emanato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la [federazione dei farmacisti titolari di farmacie private](#) nonché la [federazione nazionale delle farmacie comunali](#), d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni e province autonome, entro il 31 luglio 2020.

Al riguardo, si precisa che in Italia vi sono circa 100.000 cittadini, affetti da insufficienze respiratorie acuto-croniche, in trattamento con ossigenoterapia mediante fornitura domestica consistente in un grande contenitore (unità di base) di circa litri 26.000, e un dispositivo portatile (c.d. spallabile) di pochi litri ricaricabile unicamente dall'unità di base. Una volta ricaricato, il dispositivo portatile assicura al paziente una breve autonomia di 2 o 3 ore. Le disposizioni in esame pertanto consentirebbero di rispondere all'esigenza della platea dei pazienti in esame di poter ricaricare il dispositivo senza dover necessariamente essere vincolati all'unità domestica.

In particolare, il decreto sopracitato è finalizzato ad individuare le specifiche modalità tecniche idonee a permettere la **ricarica dei presidi** sanitari menzionati, con caratteristiche di **uniformità** sull'intero territorio nazionale, oltre che le modalità con cui le aziende sanitarie devono operare il censimento dei pazienti che necessitano di terapia.

In proposito si ricorda che la prestazione in esame relativa all'erogazione dei dispositivi per l'ossigenoterapia rientra già tra quelle finanziate dal SSN in base al DPCM 12 gennaio 2017 (definizione dei nuovi livelli essenziali delle

prestazioni) e pertanto, come chiarisce la relazione illustrativa, con il presente intervento si intende consentire ai pazienti di accedere direttamente alle strutture pubbliche, quali ospedali o altre strutture indicate dall'emanando decreto ministeriale, presso cui sono già presenti impianti per la dispensazione di ossigeno e autorizzarli alla ricarica del dispositivo portatile. Analoga funzione viene garantita presso la rete delle farmacie dei servizi, ampliando pertanto le opportunità di accesso e conseguentemente l'autonomia di movimento dei pazienti, fermo restando il limite del finanziamento previsto in via sperimentale dall'articolo 1, commi 406 e 406-ter, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (legge di bilancio 2018).

Tali disposizioni hanno previsto la sperimentazione, in nove regioni, dello svolgimento di nuovi servizi da parte delle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. Per i nuovi servizi, già disciplinati dal [D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153](#) - servizi che possono essere svolti, previa adesione del titolare, dalle farmacie, pubbliche e private, operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale – è stato previsto uno stanziamento di 6 milioni di euro per il 2018, 12 milioni per il 2019 e 18 milioni per il 2020, a valere sulle risorse finanziarie destinate a progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nel settore sanitario. Il predetto finanziamento è stato prorogato al biennio 2021-2022 mediante autorizzazione di 25,3 milioni di euro per ciascun anno, come previsto dal comma 461, art. 1, della legge di bilancio per il 2020 (L. 27 dicembre 2019, n. 160).

Inoltre, il comma 2 stabilisce che **nelle more dell'adozione del decreto ministeriale** e in ragione dell'**emergenza COVID-19**, come stabilito dalla [delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020](#) che ha dichiarato, per un periodo di 6 mesi dalla data della citata delibera, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, il Ministro della salute ha facoltà di provvedere con ordinanza di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni, ai sensi dell'articolo 32, comma 1, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Alla data di redazione della presente scheda, non risulta che il Ministero della salute si sia ancora avvalso del potere di ordinanza per rendere disponibile la fornitura di ossigeno e la ricarica dei presidi portatili per l'ossigenoterapia presso strutture sanitarie specificamente individuate e farmacie dei servizi.

Si ricorda che per le stesse finalità della citata delibera del 31 gennaio 2020, volte all'attuazione dei primi interventi, nelle more della valutazione dell'effettivo impatto dell'emergenza sanitaria in corso, è stato previsto uno stanziamento di 5 milioni di euro, a valere sul Fondo per le emergenze nazionali (art. 44, comma 1, del D. Lgs. n.1/2018).

Il comma 3 infine prevede una **clausola di invarianza degli oneri**, stabilendo che le disposizioni di cui al presente articolo sono attuate mediante le risorse strumentali, umane e finanziarie previste dalla legislazione vigente. Viene inoltre stabilito il rispetto del limite di finanziamento di cui all'articolo 1, commi 406 e 406-ter, della sopra citata legge di bilancio per il 2018(18 milioni per il 2020e 25,3 milioni per ciascuno degli anni 2021 e 2022), senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Quanto alla previsione di rendere compatibili i dispositivi per la ricarica sul territorio nazionale, la RT precisa che il conseguente onere grava sulle aziende produttrici, che si dovranno conformare alle modalità tecniche individuate dal decreto ministeriale che dovrà essere emanato.

## Articolo 11

### *(Misure di semplificazione per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e medicali e per altri atti negoziali inerenti all'emergenza epidemiologica)*

Il **comma 1** dell'**articolo 11** autorizza il **Dipartimento della protezione civile** ad aprire un **conto corrente bancario** per l'acquisto di **dispositivi di protezione individuale e medicali**, relativi all'emergenza epidemiologica da **COVID-19**. Con riferimento alle risorse destinate al medesimo conto, il **comma 2** prevede la **sospensione di ogni azione esecutiva** e che siano **privi di effetto i pignoramenti**, comunque notificati, fino alla chiusura del medesimo conto.

Ai sensi del **comma 3**, ai **contratti di acquisto in oggetto e ad ogni altro atto negoziale**, posto in essere dal medesimo Dipartimento o dai "soggetti attuatori" per far fronte all'emergenza summenzionata, **non si applica** la disciplina sul **controllo interno** di regolarità amministrativa e contabile, previsto dalle disposizioni sull'autonomia finanziaria e contabile della Presidenza del Consiglio dei Ministri. I medesimi atti sono altresì **sottratti al controllo della Corte dei conti**. La **responsabilità contabile e amministrativa** relativa agli stessi **viene limitata** ai casi in cui sia stato accertato il **dolo del funzionario o dell'agente** che li ha posti in essere o che vi ha dato esecuzione.

Si prevede infine che tali atti, non appena posti in essere, siano immediatamente e definitivamente **efficaci, esecutivi ed esecutori**.

Il **comma 1**, autorizzando l'apertura di un apposito conto corrente bancario, è inteso a consentire la celere regolazione delle transazioni che richiedono il pagamento immediato o anticipato, da parte del Dipartimento della protezione civile, delle forniture dei dispositivi di protezione individuale e medicali. Come accennato, la norma si riferisce ai dispositivi necessari per fronteggiare lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, di cui alla [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#) (la quale ha dichiarato lo stato di emergenza per 6 mesi, a decorrere dalla medesima delibera).

Il **comma 2** prevede, con riferimento alle risorse destinate al medesimo conto corrente, che resti sospesa ogni azione esecutiva e che siano privi di effetto i pignoramenti, comunque notificati, fino alla chiusura del medesimo conto. Il **comma** dispone infatti che trovi applicazione la disciplina posta dall'[articolo 27](#), commi 7 e 8, del codice della protezione civile (di cui al D.Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1) per le contabilità speciali, aperte per la gestione delle emergenze di rilievo nazionale.

Secondo il comma 7 del summenzionato articolo 27:

- la sospensione si applica anche alle azioni esecutive disciplinate dal codice di procedura civile e dal codice del processo amministrativo (di cui al [D.Lgs. 2 luglio 2010, n. 104](#));
- come sopra ricordato, sono privi di effetto i pignoramenti, comunque notificati.

In base al comma 8 del medesimo articolo 27 le risorse comunque dirette a finanziare le contabilità speciali aperte per la gestione delle emergenze di rilievo nazionale non sono suscettibili di pignoramento o sequestro fino alla definitiva chiusura delle medesime contabilità speciali.

Il **comma 3 dell'articolo 11** in esame stabilisce che ai contratti di acquisto summenzionati e ad ogni altro atto negoziale, posto in essere dal Dipartimento della protezione civile o dai "soggetti attuatori" per far fronte all'emergenza da COVID-19, non si applichi la disciplina sul controllo interno di regolarità amministrativa e contabile (controllo che, per gli atti delle strutture della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'articolo 29 del D.P.C.M. 22 novembre 2010<sup>28</sup> demanda all'Ufficio del bilancio e per il riscontro di regolarità amministrativo-contabile, istituito presso la medesima Presidenza).

Si ricorda che i summenzionati "soggetti attuatori", ai sensi dell'[ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020](#) del Capo del Dipartimento della protezione civile, sono quelli individuati - anche tra enti pubblici, economici e non economici, e soggetti privati - dal medesimo Capo del Dipartimento per fronteggiare l'emergenza in oggetto.

Il citato articolo 29 del D.P.C.M. 22 novembre 2010 prevede che l'Ufficio summenzionato verifichi la legalità degli atti di impegno, di liquidazione e degli ordini di pagamento e che proceda alla validazione degli stessi. Sono quindi disciplinati i casi in cui l'Ufficio restituisce l'atto al responsabile della spesa senza darvi ulteriore corso - qualora, cioè, la spesa ecceda lo stanziamento del capitolo ovvero debba essere imputata ad un capitolo diverso da quello indicato ovvero non sia correttamente imputata in base all'esercizio di provenienza e a quello di gestione -. Inoltre, si prevede che, negli altri casi di non conformità dell'atto alla vigente normativa, l'Ufficio invii osservazioni motivate al responsabile della spesa. Qualora il responsabile dell'atto non condivida le osservazioni, ne dà formale e motivata comunicazione all'Ufficio, che è tenuto a dar corso al provvedimento; tuttavia, l'Ufficio può sottoporre questioni di particolare rilevanza (relativi ad un atto) al Segretario generale della Presidenza del Consiglio.

---

<sup>28</sup> "Disciplina dell'autonomia finanziaria e contabile della Presidenza del Consiglio dei Ministri", pubblicato nella [G.U. 7 dicembre 2010, n. 286](#). L'articolo 29, qui richiamato, non ha subito modifiche rispetto al testo pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*.

Come accennato, il presente **comma 3** stabilisce altresì che i medesimi atti siano sottratti al controllo della Corte dei conti. La responsabilità contabile e amministrativa (relativa agli stessi atti) viene limitata ai casi in cui sia stato accertato il dolo del funzionario o dell'agente che li ha posti in essere o che vi ha dato esecuzione.

Si prevede infine che i medesimi atti, non appena posti in essere, siano immediatamente e definitivamente efficaci, esecutivi ed esecutori (**comma 3** citato).

## **Articolo 12** ***(Disposizioni per l'acquisto di dispositivi di assistenza ventilatoria)***

L'articolo 12 reca alcune **norme particolari e di deroga, nonché un finanziamento specifico**, per l'acquisto di **cinquemila impianti di ventilazione assistita e dei materiali indispensabili** per il funzionamento dei medesimi ventilatori.

L'intervento è inteso all'incremento della dotazione dei suddetti dispositivi nei reparti di terapia intensiva, incremento necessario per la gestione dei pazienti critici affetti dal virus COVID-19.

Ai sensi del **comma 1**, il Dipartimento della protezione civile, per il tramite del "soggetto attuatore" CONSIP S.p.A.<sup>29</sup>, è autorizzato all'acquisto summenzionato ed ai pagamenti anticipati dell'intera fornitura anche in deroga alle norme del codice dei contratti pubblici, di cui al [D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50](#). La deroga di cui al **comma 1** concerne esplicitamente anche i limiti per il ricorso all'affidamento diretto, posti nell'ambito della disciplina relativa ai contratti pubblici inerenti a casi di somma urgenza (con la formulazione di tale deroga, si consente anche l'affidamento diretto di appalti o forniture di valore pari o superiore alla soglia europea).

Le deroghe summenzionate sono poste - oltre che con la deroga specifica ai limiti suddetti per il ricorso all'affidamento diretto, stabiliti dall'articolo 163, comma 8, del citato codice dei contratti pubblici - mediante il richiamo delle procedure di cui all'articolo 34 del [D.L. 2 marzo 2020, n. 9](#), attualmente in fase di conversione alle Camere. Quest'ultimo articolo prevede, al comma 1, che il Dipartimento della protezione civile ed i "soggetti attuatori"<sup>30</sup>, individuati dal Capo del medesimo Dipartimento, siano autorizzati, nell'ambito delle risorse disponibili per la gestione dell'emergenza e fino al termine dello stato di emergenza di cui alla [delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020](#)<sup>31</sup>, ad acquisire i dispositivi di protezione individuale idonei per prevenire contatti, *droplets* ("goccioline") e trasmissione aerea, come individuati dalla [circolare del Ministero della salute prot. n. 4373 del 12 febbraio 2020](#), ed altri dispositivi medicali, nonché a disporre pagamenti anticipati dell'intera fornitura, in deroga alle norme del codice dei contratti pubblici.

---

<sup>29</sup> Si ricorda che i "soggetti attuatori", in base all'[ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020](#) del Capo del Dipartimento della protezione civile, sono quelli individuati - anche tra enti pubblici, economici e non economici, e soggetti privati - dal medesimo Capo del Dipartimento della protezione civile per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

<sup>30</sup> Riguardo a questi ultimi, cfr. anche *supra*, in nota.

<sup>31</sup> Si ricorda che la suddetta delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza per 6 mesi (a decorrere dalla medesima delibera).

Il **comma 2** autorizza, per gli acquisti di cui al precedente **comma 1**, una spesa pari a 185 milioni di euro per il 2020, a valere sul Fondo per le emergenze nazionali (di cui all'articolo 44, comma 1, del [D.Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1](#)).

## Articolo 13

### *(Attuazione degli adempimenti previsti per il sistema sanitario)*

L'articolo 13 prevede la possibilità per le regioni e le province autonome di procedere alla **rimodulazione** o alla **sospensione** delle **attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti**, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria. Si prevede inoltre che agli **esercenti le professioni sanitarie**, impegnati a far fronte alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 **non si applichino le disposizioni sui limiti massimi di orario di lavoro** prescritti dai CCNL di settore (in relazione, tra l'altro, alla regolamentazione dei riposi, delle pause, ferie, turni notturni, v. *infra*), purché venga loro concessa una protezione appropriata, secondo modalità individuate mediante accordo quadro nazionale.

Il comma 1 prevede che al fine di impiegare il **personale sanitario** delle strutture pubbliche o private **prioritariamente nella gestione dell'emergenza**, le regioni e le province autonome possono **rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti**, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria.

Il comma 2, inoltre, prevede che agli esercenti le professioni sanitarie, **impegnati a far fronte alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19**, ai sensi dell'articolo 17, paragrafo 2, ultimo periodo, della [direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio](#), concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro e che prevede possibili deroghe alle disposizioni ivi previste (in particolare i paragrafi 3 per il riposo giornaliero e 4 per la pausa in caso di orario di lavoro eccedente le 6 ore, e paragrafo 5 per il riposo settimanale), **non si applicano le disposizioni sui limiti massimi di orario di lavoro prescritti dai CCNL di settore**, a condizione che venga loro concessa una protezione appropriata, secondo modalità individuate mediante **accordo quadro nazionale**, sentite le rappresentanze sindacali unitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Al riguardo, si deve tenere conto delle disposizioni previste dall'articolo 14 della legge n.161/2014 (Legge europea 2013-bis) riferite all'orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario nazionale approvate a seguito della procedura di infrazione n. 2011/4185 per esclusione del personale medico da alcuni diritti previsti

dalla citata Direttiva 2003/88/CE in materia di organizzazione dell'orario di lavoro.

Infatti, al fine di evitare tale **procedura di infrazione europea**, con il predetto è stata disposta l'applicazione, anche per la sanità pubblica, delle regole del diritto comunitario già in vigore per tutti gli altri lavoratori. La disciplina europea in materia di orario di lavoro, uniformando gli standard comuni in materia, intende assicurare la tutela minima dei lavoratori, in base alle norme della citata Direttiva 2003/88/CE considerata come testo unico sull'organizzazione dell'orario di lavoro. Per mezzo di tale Direttiva la definizione di salute viene ampliata, includendovi il rispetto della vita familiare, la regolamentazione dei riposi, delle pause, ferie, turni notturni, nel presupposto che periodi lavorativi prolungati producono effetti significativi sulla salute del personale sanitario interessato, aumentando il rischio di errore.

Pertanto, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 che stabilisce **la possibilità per i CCNL di derogare alla disciplina in materia di riposo giornaliero, pause, lavoro notturno, durata massima settimanale, per garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni**, i contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità sono chiamati a **disciplinare le deroghe alle disposizioni** in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure. Vengono previsti ad esempio equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso. A titolo di esempio, nell'**ultimo CCNL per il comparto Sanità, [pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 28 gennaio 2020](#)**, nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile il recupero del periodo di riposo - undici ore di riposo da fruire immediatamente e consecutivamente dopo il regolare servizio reso - le ore di mancato riposo devono essere fruite nei successivi sette giorni fino al completamento delle undici ore ovvero in un'unica soluzione, anche in base alle regolamentazioni di dettaglio stabilite dalle Aziende ed Enti del SSN.

Si fa rinvio alla [Relazione 2017 della Commissione europea sull'attuazione da parte degli Stati membri della direttiva 2003/88/CE concernente l'organizzazione dell'orario di lavoro](#) anche in relazione agli approfondimenti sull'attuazione della predetta direttiva che consolida le precedenti direttive 93/104/CE e 2000/34/CE recepite in Italia dal sopra citato [D.Lgs. n. 66 del 2003](#). Qui, inoltre, i [chiarimenti del Ministero](#)

[della salute \(Circolare n. 11293 del 2016\)](#) in relazione all'applicazione della direttiva all'attività assistenziale dei medici in formazione specialistica.

Le disposizioni in esame, di natura ordinamentale, non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## **Articolo 14** ***(Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale)***

**L'articolo 14** contiene una serie di disposizioni relative al trattamento dei dati personali nel contesto dall'emergenza sanitaria a carattere transfrontaliero determinata dalla diffusione del Covid-19. In particolare si stabiliscono regole semplificate in materia di comunicazione e diffusione dei dati, designazione dei soggetti autorizzati ed informativa.

In particolare il **comma 1**, amplia il novero di **oggetti** cui è consentito effettuare **trattamenti dei dati personali**, inclusa la comunicazione di tali dati tra i medesimi soggetti, che risultino **necessari all'espletamento delle funzioni** attribuite nell'ambito dell'emergenza determinata dal diffondersi del COVID-19. I trattamenti possono riguardare anche le particolari categorie di dati cui appartengono quelli relativi alla salute nonché quelli relativi alle condanne penali e ai reati (artt. 9 e 10 del Regolamento 2016/678 UE)

I soggetti abilitati ai trattamenti sono:

- soggetti operanti nel Servizio nazionale di protezione civile, di cui agli articoli 4 e 13 del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;

Il Codice della protezione civile (D.Lgs. 1 del 2018) stabilisce che lo Stato, le Regioni e le Province autonome e gli enti locali sono componenti del Servizio nazionale e provvedono all'attuazione delle attività di protezione civile, volte alla previsione, prevenzione e mitigazione dei rischi, e alla gestione delle emergenze (art. 4).

L'attuazione di tali attività è effettuata attraverso le seguenti strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile. Oltre al Corpo nazionale dei vigili del fuoco, che opera quale componente fondamentale del Servizio nazionale della protezione civile, sono strutture operative nazionali:

- a) le Forze armate;
- b) le Forze di polizia;
- c) gli enti e istituti di ricerca di rilievo nazionale con finalità di protezione civile, anche organizzati come centri di competenza, l'Istituto nazionale di geofisica e vulcanologia e il Consiglio nazionale delle ricerche;
- d) le strutture del Servizio sanitario nazionale;
- e) il volontariato organizzato di protezione civile iscritto nell'elenco nazionale del volontariato di protezione civile, l'Associazione della Croce rossa italiana e il Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico;
- f) il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente;
- g) le strutture preposte alla gestione dei servizi meteorologici a livello nazionale;

g-bis) le articolazioni centrali e periferiche del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo appositamente organizzate per la gestione delle attività di messa in sicurezza e salvaguardia del patrimonio culturale in caso di emergenze derivanti da calamità naturali.

Le Regioni, relativamente ai rispettivi ambiti territoriali, e nei limiti delle competenze loro attribuite, possono individuare proprie strutture operative regionali del Servizio nazionale, in ambiti operativi diversi da quelli di riferimento delle strutture nazionali (art. 13).

- i soggetti attuatori di cui all'articolo 1 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile 3 febbraio 2020, n. 630;

L'articolo 1 della citata ordinanza prevede che per fronteggiare l'emergenza derivante dal rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, il Capo del Dipartimento della Protezione civile assicura gli interventi necessari, avvalendosi del medesimo Dipartimento, delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile, nonché di soggetti attuatori individuati anche tra gli enti pubblici economici e non economici e soggetti privati che agiscono sulla base di specifiche direttive, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

- gli uffici del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità;

**L'Istituto superiore di sanità**, è un ente di diritto pubblico che, in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica. L'Istituto è posto sotto la vigilanza del Ministero della salute.

- le strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale
- i soggetti deputati a monitorare e a garantire l'esecuzione delle misure disposte ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2020, n. 13.

Ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del citato D.L. 6/2020, il Prefetto, informando preventivamente il Ministro dell'interno, assicura l'esecuzione delle misure avvalendosi delle Forze di polizia e, ove occorre, delle Forze armate, sentiti i competenti comandi territoriali.

La Relazione illustrativa specifica che l'ampliamento del novero dei soggetti che effettuano trattamenti di dati personali in relazione alla gestione dell'emergenza sanitaria, risponde tra l'altro all'esigenza *“di utilizzare anche tecnologie alternative, come la tracciatura dei telefoni e delle geolocalizzazioni per tentare di ricostruire le «catene» dei contagi, al fine di mettere in pratica le misure di contenimento più precise e funzionali nel più breve tempo possibile”*.

Il trattamento dei dati deve essere effettuato nel rispetto:

- delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 concernenti il **trattamento di categorie particolari di dati** (tra i quali vi sono quelli relativi alla salute) e dati relativi a condanne penali e reati con particolare riferimento ai presupposti in presenza dei quali tali dati possono essere legittimamente trattati;
- delle disposizioni del D.lgs. n. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) concernenti il trattamento di categorie particolari di dati personali **necessario per motivi di interesse pubblico rilevante**.

Si ricorda che l'articolo 9, par. 1, del Regolamento (UE) 2016/679, individua **particolari categorie di dati personali dei quali è vietato il trattamento**. Tra questi sono espressamente richiamati quelli relativi alla salute della persona. Lo stesso articolo 9, par. 2, del Regolamento, peraltro, individua i presupposti in presenza dei quali tali dati possono essere legittimamente trattati. Il trattamento è consentito se trova fondamento nel consenso esplicito dell'interessato ovvero nella **necessità del trattamento** stesso per una serie di motivi tassativamente elencati. In particolare il trattamento può definirsi necessario quando è svolto:

- **per motivi di interesse pubblico rilevante** sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato (lett g);
- per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (lett.h);
- per motivi di interesse pubblico nel settore della **sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero** o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (lett i);

L'articolo 10 del citato Regolamento specifica che il trattamento dei dati personali relativi alle **condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza**, deve avvenire soltanto sotto il controllo dell'autorità pubblica o, se il trattamento è autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, deve prevedere garanzie appropriate per i diritti e le libertà degli interessati.

L'articolo 2-sexies, del D.Lgs, n. 196 del 2003 (Codice per la protezione dei dati personali) disciplina il **trattamento delle categorie particolari di dati personali necessario per motivi di interesse pubblico rilevante**, consentendolo solo se previsto dal diritto dell'Unione europea ovvero, nell'ordinamento interno, da disposizioni di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento, che specifichino i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e il motivo di interesse pubblico rilevante. Al riguardo il comma 2 del citato articolo elenca le ipotesi in cui, con riguardo alla legislazione vigente, l'interesse pubblico può considerarsi rilevante, in relazione a trattamenti effettuati da soggetti che svolgono compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri nelle seguenti materie: attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale (lett. t); compiti del servizio sanitario nazionale e dei soggetti operanti in ambito sanitario, nonché compiti di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza e salute della popolazione, protezione civile, salvaguardia della vita e incolumità fisica (lett. u).

Il **comma 2** consente, **nei casi in cui ciò risulti indispensabile** ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla **gestione dell'emergenza** sanitaria in atto:

- la **comunicazione** dei dati personali, anche appartenenti alle particolari categorie di dati comprendenti quelli relativi alla salute o alle condanne penali o reati, **a soggetti pubblici e privati diversi** da quelli individuati al comma 1;

La Relazione illustrativa specifica che il fine delle disposizioni è quello di consentire la comunicazione dei dati ai dirigenti degli uffici pubblici, ivi inclusi quelli giudiziari, nonché ai dirigenti scolastici e ai dirigenti delle aziende private e, in generale, a tutti coloro i quali, ricoprendo il ruolo di datori di lavoro, hanno il dovere di adottare ogni misura di sorveglianza nonché precauzionale (ad es. sanificazione, separazione del lavoro) all'interno delle strutture/degli uffici di cui sono responsabili.

- la **diffusione** dei **dati personali diversi** da quelli appartenenti alle particolari categorie di dati tra i quali appartengono quelli alla salute nonché quelli relativi a condanne penali o reati (di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento Ue 2016/679).

Con riguardo alle definizioni di comunicazione e di diffusione dei dati, si ricorda che il D. lgs. n. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) fa riferimento quanto alla comunicazione, alla messa a conoscenza dei dati a soggetti determinati e, quanto alla diffusione, alla messa a conoscenza a soggetti indeterminati (art. 2-ter).

Il **comma 3** ribadisce che i trattamenti di dati personali di cui ai commi 1 e 2 sono effettuati nel **rispetto dei principi generali sul trattamento dei dati** personali, di cui all'articolo 5 del regolamento (UE) 2016/679, adottando misure appropriate a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

Secondo quanto previsto dall'articolo 5 del Regolamento (UE) 2016/679 ogni trattamento di dati personali deve avvenire nel rispetto dei principi fissati, che qui si ricordano brevemente:

- liceità, correttezza e trasparenza del trattamento, nei confronti dell'interessato;
- limitazione della finalità del trattamento, compreso l'obbligo di assicurare che eventuali trattamenti successivi non siano incompatibili con le finalità della raccolta dei dati;
- minimizzazione dei dati: ossia, i dati devono essere adeguati pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento;
- esattezza e aggiornamento dei dati, compresa la tempestiva cancellazione dei dati che risultino inesatti rispetto alle finalità del trattamento;
- limitazione della conservazione: ossia, è necessario provvedere alla conservazione dei dati per un tempo non superiore a quello necessario rispetto agli scopi per i quali è stato effettuato il trattamento;
- integrità e riservatezza: occorre garantire la sicurezza adeguata dei dati personali oggetto del trattamento.

Il Regolamento (articolo 5, paragrafo 2) richiede al titolare di rispettare tutti questi principi e di essere "in grado di provarlo". Si tratta del principio detto di "responsabilizzazione" (o accountability) che viene poi esplicitato ulteriormente dall'articolo 24, paragrafo 1, del Regolamento.

Il **comma 4** prevede **la possibilità**, per i soggetti di cui al comma 1, di **conferire con modalità semplificate**, anche in forma orale, **l'attribuzione di compiti e funzioni** connessi al trattamento di dati personali a persone fisiche, **espressamente designate**, che operano sotto la loro autorità (ai sensi dell'articolo 2-quaterdecies del D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196).

Si ricorda che l'art. 2-quaterdecies del D.lgs. n. 196 del 2003 dispone che il titolare o il responsabile del trattamento possano prevedere, sotto la

propria responsabilità e nell'ambito del proprio assetto organizzativo, che specifici compiti e funzioni connessi al trattamento di dati personali siano attribuiti a persone fisiche, espressamente designate, che operano sotto la loro autorità. Il titolare o il responsabile del trattamento individuano le modalità più opportune per autorizzare al trattamento dei dati personali le persone che operano sotto la propria autorità.

Il **comma 5** nel contesto emergenziale determinato dal diffondersi del Covid-19, consente ai soggetti di cui al comma 1 di **omettere l'informativa** agli interessati al trattamento dei dati - prescritta dall'articolo 13 del Regolamento europeo - o di fornire una **informativa semplificata**, previa comunicazione orale agli interessati della limitazione effettuata.

Il Regolamento europeo prevede che, in base alla finalità del trattamento, il titolare debba fornire agli interessati, prima del trattamento, le informazioni richieste dalle norme avviene tramite l'informativa (artt. 13 e 14).

L'articolo 13 elenca le informazioni da fornire quando i dati personali sono raccolti presso l'interessato, che dovrebbe ricevere le informazioni relative al trattamento di dati personali che lo riguardano al momento della raccolta presso l'interessato o, se i dati sono ottenuti da altra fonte, entro un termine ragionevole, in funzione delle circostanze del caso.

La **limitazione** al diritto dell'interessato ad ottenere **l'informativa** è effettuata ai sensi dell'articolo 23, paragrafo 1, lettera e), del Regolamento (UE) 2016/679, il quale consente agli Stati di limitare i diritti degli interessati (tra cui anche il diritto all'informativa) per salvaguardare obiettivi di interesse pubblico generale quali la sanità pubblica.

L'articolo 23 del Regolamento attribuisce agli Stati membri cui è soggetto il titolare del trattamento o il responsabile del trattamento la facoltà di limitare, mediante misure legislative, la portata degli obblighi e dei diritti, da 12 a 22 e 34 del Regolamento, qualora tale limitazione rispetti l'essenza dei diritti e delle libertà fondamentali e sia una misura necessaria e proporzionata in una società democratica per salvaguardare, tra l'altro importanti obiettivi di interesse pubblico generale dell'Unione o di uno Stato membro, in particolare un rilevante interesse economico o finanziario dell'Unione o di uno Stato membro, anche in materia monetaria, di bilancio e tributaria, **di sanità pubblica e sicurezza sociale**.

Con la disposizione in esame si introduce una **deroga ulteriore** rispetto a quanto previsto dall'articolo 82 del D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che prevede la possibilità di rendere l'informativa sul trattamento dati successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria nel caso di

emergenza sanitaria o di igiene pubblica per la quale la competente autorità ha adottato un'ordinanza contingibile ed urgente.

**Il comma 6**, specifica che, **al termine dello stato di emergenza** di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, i soggetti di cui al comma 1 adotteranno **misure idonee a ricondurre i trattamenti di dati personali** effettuati nel contesto dell'emergenza, **all'ambito delle ordinarie competenze e delle regole** che disciplinano i trattamenti di dati personali.

Al riguardo, si segnala che la disposizione in esame risponde a quanto suggerito dal Garante per la protezione dei dati personali nel [parere del 2 febbraio 2020](#). Tale parere è stato reso sulla bozza di ordinanza del dipartimento della Protezione Civile, conseguente alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e recante “disposizioni urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili” in merito a disposizioni in larga parte coincidenti con quelle dell'articolo 14 in esame.

Il Garante, nell'esprimere parere favorevole, ha evidenziato *“la necessità che, alla scadenza del termine dello stato di emergenza, siano adottate da parte di tutte le Amministrazioni coinvolte negli interventi di protezione civile di cui all'ordinanza, misure idonee a ricondurre i trattamenti di dati personali effettuati nel contesto dell'emergenza, all'ambito delle ordinarie competenze e delle regole che disciplinano i trattamenti di dati personali in capo a tali soggetti”*.

## **Articolo 15** ***(Sanzioni amministrative)***

**L'articolo 15**, aggiungendo un periodo all'articolo 3, comma 4 del D.L. 6/2020 (*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*) dispone che, salva l'applicazione delle sanzioni penali, la violazione degli obblighi imposte dalle misure di cui al comma 1 del citato articolo 3 a carico dei gestori di pubblici esercizi o di attività commerciali è sanzionata con la chiusura dell'esercizio o dell'attività da 5 a 30 giorni.

Il decreto legge 6/2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n.13/2020, ha disposto misure urgenti dirette a fronteggiare l'evolversi della situazione epidemiologica in Italia causata dal carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da coronavirus (COVID-19), del rapido incremento dei casi e dei decessi notificati all'Organizzazione mondiale della sanità.

Sono state previste (art. 1) una serie di misure di contenimento. Tra esse è inclusa la chiusura di tutte le attività commerciali esclusi gli esercizi commerciali per l'acquisto di beni di prima necessità.

La sanzione amministrativa prevista specificamente per l'inosservanza della citata misura dall'articolo in commento, si aggiunge a quella penale di cui al comma 4 dell'articolo 3, che punisce il mancato rispetto di tutte le misure di contenimento ai sensi dell'articolo 650 del codice penale (*Inosservanza dei provvedimenti dell'autorità*).

**Articolo 16**  
***(Regioni a statuto speciale e province autonome)***

**L'articolo 16** stabilisce che le disposizioni del presente decreto si applicano anche alle Regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano tenendo conto delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti e, ove non diversamente previsto, entro i limiti delle rispettive disponibilità di bilancio (cfr. *infra* art. 17).

## **Articolo 17** **(Disposizioni finanziarie)**

**L'articolo 17** detta le disposizioni per la copertura finanziaria del provvedimento, autorizzando la spesa complessiva di 660 milioni di euro per l'anno 2020 al cui onere si provvede a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per il medesimo anno.

Più nel dettaglio la disposizione in esame prevede che per l'attuazione degli articoli 1, comma 1, lettera a) (*Procedure di reclutamento delle professioni sanitarie*) e 6 (*Conferimento di incarichi di lavoro autonomo*), 2 (*Conferimento di incarichi individuali a tempo determinato al personale sanitario ed ai medici in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica*), 5 (*Incremento delle ore di specialistica ambulatoriale*) ed 8 (*Costituzione di unità speciali di continuità assistenziale*), è autorizzata la spesa complessiva di **660 milioni di euro per l'anno 2020** al cui onere si provvede a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per il medesimo anno.

Il livello del **fabbisogno nazionale standard** determina il finanziamento complessivo della sanità cui concorre lo Stato ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Pertanto, si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ([LEA, definiti da ultimo DPCM 12 gennaio 2017](#)).

Tale livello è stato determinato, da ultimo, per il triennio 2019-2021 dall'art. 1, co. 514-516 della legge di bilancio 2019 (L. n. 145 del 2018) in **114.439 milioni** di euro nel **2019** ed incrementato di **2.000 milioni** per il **2020** e **ulteriori 1.500 milioni** per il **2021**. Il predetto livello di finanziamento deve essere inoltre incrementato di 10 milioni di euro per effetto del comma 518 della citata legge di bilancio che ha previsto un corrispondente aumento delle disponibilità vincolate sul fondo sanitario nazionale, dirette all'attivazione di ulteriori borse di studio per la formazione specifica di medici di medicina generale.

Pertanto, il livello complessivo del fabbisogno sanitario programmato aumenta a 114.449 milioni nel 2019, 116.449 nel 2020 e 117.949 nel 2021.

L'accesso delle regioni al riparto di tali incrementi è subordinato al raggiungimento dell'Intesa tra Stato e regioni per l'aggiornamento - entro il 31 marzo 2019 - del **Patto per la salute per il triennio 2019-2021**. L'ultima legge di bilancio ha specificato in particolare quali misure devono aggiornare tale Patto (si tratta di misure di programmazione e di miglioramento della qualità

delle cure e dei servizi erogati, nonché di efficientamento dei costi). Il [Patto per la Salute 2019-2021](#), in base al comma 515, art. 1, della legge di bilancio 2019 ([Legge n. 145/2018](#)) avrebbe dovuto essere sottoscritto entro il 31 marzo 2019, pena il **mancato accesso delle regioni agli incrementi** stabiliti per il livello di **finanziamento del SSN** per gli anni 2020 e 2021, rispettivamente pari a 2.000 e 1.500 milioni di euro. L'art. 42 del [D.L. n. 124 del 2019](#), cd. "Fiscale", convertito dalla [L. 157/2019](#), al **comma 1**, ha disposto la **proroga al 31 dicembre 2019** del termine per la sottoscrizione del nuovo **Patto per la Salute 2019-2021**.

In Conferenza Stato-Regioni, il 18 dicembre 2019 è stata raggiunta finalmente l'intesa sul Patto, con il testo definitivo ([qui il contenuto dell'Atto](#)).

L'articolo in esame dispone poi che al relativo finanziamento accedono **tutte le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano**, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al fabbisogno sanitario corrente, sulla base delle quote d'accesso al finanziamento sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2019. Con **decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze** sono assegnate le risorse relative.

In base a tale disposizione è stato emanato il [decreto direttoriale 10 marzo 2020](#), pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 13 marzo 2020), che ha provveduto alla ripartizione tra le Regioni e province autonome della somma di 660 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020.

Va ricordato che il finanziamento del SSN è stato disegnato dal [D.Lgs. 56/2000](#) che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA.

Il fabbisogno sanitario nazionale standard è pertanto finanziato dalle **seguenti fonti**:

- entrate proprie degli enti del SSN (*ticket* e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);
- fiscalità generale delle regioni: IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'IRPEF.
- compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano: tali enti partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009

nella misura del 49,11 per cento del suo fabbisogno sanitario (legge n. 296/2006 art. 1, comma 830);

Più nel dettaglio, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento del Servizio sanitario nazionale con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio. Fa eccezione la Regione siciliana, sola regione tra le autonomie speciali, a non finanziarie completamente i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ai sensi della legge 296/2006, articolo 1 comma 830, infatti, la regione a decorrere dal 2009, partecipa alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Per la restante parte essa riceve i finanziamenti dallo Stato al pari delle regioni a statuto ordinario. Per tale ragione, la Regione siciliana è esclusa dalla normativa concernente le regioni a statuto speciale.

- bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto finanzia anche le spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

La composizione del finanziamento del SSN nei termini suddetti è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.