Sumai
ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

Roma, 10 novembre 2026

Audizione

V Commissione Bilancio, Tesoro e Programmazione – Camera dei deputati

Disegno di legge «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2027 e bilancio pluriennale per il triennio 2027-2029» – A.C. 3174 - bis

Memoria del Sindacato Unico di Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

Dott. Antonio Magi
Segretario Generale SUMAI Assoprof
Roma, 10 novembre 2026

Signor Presidente, onorevoli deputate, onorevoli deputati,

ringrazio la Commissione, a nome del SUMAI Assoprof, per l'opportunità di intervenire in questa fase di esame del disegno di legge di bilancio. Rappresentiamo gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie che lavorano con il Servizio sanitario nazionale in rapporto convenzionale: sono loro che ogni giorno, nei poliambulatori, nei distretti, nelle Case della Comunità e sempre più spesso anche negli ospedali, erogano le visite e gli esami su cui si misurano le liste d'attesa.

La nostra memoria è costruita su un punto semplice. Il disegno di legge investe sulla sanità, ma non nomina mai la specialistica ambulatoriale convenzionata interna ma è proprio questa la componente pubblica che può aumentare l'offerta di sanità più rapidamente e al costo più basso. Per questo presentiamo nove proposte emendative, quasi tutte a invarianza di spesa o a costo contenuto, e ne illustriamo le ragioni.

Come abbiamo detto nel testo del Governo i termini «specialisti ambulatoriali», «personale convenzionato» e «accordo collettivo nazionale» non compaiono. Le misure per il personale sanitario sono riservate ai soli dipendenti, quindi ai soli medici ospedalieri nonostante le maggiori difficoltà si trovano nell'organizzare il territorio dopo PNRR ed ai sensi del DM77/2022:

- **Liste d'attesa (art. 69, c. 4):** 300 milioni per prestazioni aggiuntive, 213 dei quali ai dirigenti medici, remunerate secondo i CCNL e quindi precluse agli specialisti convenzionati che lavorano sulle stesse agende. Si continua ad inviare persone in ospedale e non a fare filtro territoriale. **(Aggiungere specialisti ambulatoriali convenzionati interni)**
- **Pronto soccorso (art. 69, c. 6):** 380 milioni di incremento dell'indennità, solo per dirigenza e comparto, anche dove gli specialisti ambulatoriali garantiscono turni nello stesso servizio. **(aggiungere Specialisti ambulatoriali convenzionati interni)**
- **Rinnovo convenzionale:** nessuna risorsa aggiuntiva oltre al 5,40% previsto dedicato all'ACN 2025-2027. Gli oneri restano affidati all'incremento indistinto del fabbisogno o alla quota in libera disponibilità delle regioni (art. 69, c. 7), senza alcuna garanzia. Il precedente accordo 2022-2024 ha riconosciuto il 5,78% a fronte di un'inflazione del 7-8% nel triennio.
- **Privato accreditato (art. 74):** il tetto di spesa sale di tre punti, uno dei quali per la specialistica ambulatoriale privata, con un impatto stimato in 365 milioni annui. Non c'è alcuna misura analoga per la specialistica pubblica.

Il risultato è un paradosso: si finanziano gli effetti negativi di un territorio che non risponde (accessi impropri al pronto soccorso, ricoveri, acquisti dal privato) e non la causa.

La specialistica convenzionata interna è organizzata per incarichi orari, attivabili in tempi brevi attraverso le graduatorie e le procedure dell'ACN, senza lunghi concorsi. I numeri lo dimostrano:

- **Costo:** un'ora di specialistica convenzionata costa all'azienda 58,09 euro lordi pari a 14,50 euro netti, comprensivi di premi, tutti gli oneri accessori, ENPAM e IRAP. Un'ora in prestazioni aggiuntive costa 100 euro, un'ora di medico a gettone 75-85 euro. A parità di risorse si acquista circa il 72% di ore in più.

- **Capacità inutilizzata:** gli incarichi in essere hanno in media 27,8 ore settimanali su un massimale di 38. Restano 142.987 ore settimanali disponibili, l'equivalente di 3.763 specialisti a tempo pieno contrattualizzabili subito.
- **Risultati:** dove la specialistica interna è radicata ed utilizzata i medici a gettone sono pari a zero.

Esiste però un problema di attrattività. Nella Casa della Comunità lo specialista ambulatoriale è pagato come retribuzione base 31,35 euro lordi l'ora con tassazione ordinaria e quindi 14,50 netti per ora. Il collega ospedaliero in orario aggiuntivo riceve 100 euro lordi con imposta sostitutiva al 15% oltre al resto, il medico di medicina generale 40-60 euro ora oltre al resto. Senza parità di trattamento a parità di attività, le Case della Comunità non si riempiono e i giovani specialisti e questi ultimi scelgono il privato o l'estero.

Le proposte emendative

Le proposte agiscono su quattro piani: l'organizzazione del lavoro (emendamento 1), l'equità retributiva e fiscale (emendamenti 2 e 9), l'inclusione della specialistica convenzionata nelle misure già previste dal disegno di legge (emendamenti 3, 4, 5 e 7), le risorse per il rinnovo dell'ACN e per le Case della Comunità (emendamenti 6 e 8). Per gli emendamenti 1, 2 e 9 presentiamo anche testi subordinati, per agevolare l'eventuale riformulazione.

Emendamento 1 – Doppio canale e ACN unico Territorio-Ospedale

> **Norma del DDL:** articolo aggiuntivo 69-bis; subordinati 1.1 (solo doppio canale) e 1.2 (solo incompatibilità)
> **Effetto finanziario:** invarianza; i minori oneri rispetto al ricorso a gettonisti e prestazioni aggiuntive restano nella disponibilità delle regioni calcolati a regime di circa 1 miliardo anno a causa del minor costo della convenzione rispetto alla dipendenza.

Che cosa prevede. Consente alle regioni e alle aziende di coprire, in ospedale, i posti vacanti di dirigente medico anche con incarichi convenzionali da 12, 24 o 38 ore, esclusa la direzione di struttura complessa assegnata per concorso. Articola l'ACN in una parte comune e due sezioni una per il Territorio e l'altra per l'Ospedale. Supera l'incompatibilità dell'art. 4, c. 7, della legge 412/1991 all'interno del SSN, per dipendenti, MMG e PLS, con accesso esclusivamente tramite graduatoria.

Perché. Molti ospedali non riescono a coprire i posti messi a concorso e ricorrono ai gettonisti, che costano di più e non garantiscono continuità. Il doppio canale offre alle aziende uno strumento in più, già utilizzato, ma non normato, flessibile e regolato dall'ACN, per tenere aperti reparti e ambulatori. Gli oneri sono computati nel limite di spesa per il personale e i minori costi restano alle regioni.

Emendamento 2 – Perequazione retributiva a parità di attività

Norma del DDL: articolo aggiuntivo 69-ter; subordinati 2.1 (indennità di specificità) e 2.2 (prestazioni aggiuntive, art. 69, c. 4)
Effetto finanziario: 185 milioni annui (differenziale di 9,82 euro/ora su 18,6 milioni di ore SAI); 2.1: 125 milioni a valere sull'art. 69, c. 7; 2.2: nei limiti dei 213 milioni, minori entrate da quantificare

Che cosa prevede. Stabilisce lo stesso trattamento economico a parità di attività: indennità di specificità riconosciuta pro quota oraria, ore in attività aggiuntiva a 100 euro con imposta sostitutiva al 15%, remunerazione della presa in carico nelle Case della Comunità almeno pari a quella dei MMG, maggiorazioni per l'attività ospedaliera pari a quelle della dirigenza.

Perché. Oggi lo specialista ospedaliero che opera in Casa della Comunità in orario aggiuntivo percepisce 75,30 euro netti l'ora, lo specialista ambulatoriale 14,50 euro netti per la stessa prestazione. Una differenza che scoraggia proprio i professionisti medici specialisti di cui le Case della Comunità hanno bisogno per funzionare insieme a medici di medicina generale (già presenti e remunerati per questo tipo di attività) e infermieri di comunità per attività specifica territoriale.

Il subordinato 2.1 limita l'intervento all'indennità di specificità, con un onere di 125 milioni coperto dalla quota del fabbisogno lasciata alla libera disponibilità delle regioni (art. 69, c. 7), senza nuove risorse statali. Il subordinato 2.2 si limita a far rientrare anche gli specialisti ambulatoriali nei 213 milioni delle prestazioni aggiuntive, alla stessa tariffa e con la stessa imposta sostitutiva dei dirigenti medici ad invarianza di spesa.

Emendamento 3 – Più ore di specialistica con i fondi per le liste d'attesa

Norma del DDL: articolo 69, comma 4 (modificativo)
Effetto finanziario: invarianza; opera nei limiti degli importi del comma 4 e dell'allegato 3

Che cosa prevede. Consente alle regioni di destinare una quota dei 300 milioni per le liste d'attesa all'incremento delle ore degli specialisti ambulatoriali interni o al conferimento di nuovi incarichi ACN, prioritariamente nelle branche con i tempi di attesa più lunghi.

Perché. È l'emendamento più immediato. Con 1 milione di euro si acquistano circa 17.200 ore di specialistica convenzionata contro 10.000 ore in prestazioni aggiuntive. Se le regioni destinassero anche solo il 10% dei 213 milioni agli incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata interna, le ore disponibili annue salirebbero da 213.000 a circa 366.700. La norma è facoltativa e lascia alle regioni la scelta sulla base del fabbisogno.

Emendamento 4 – Indennità di pronto soccorso anche agli specialisti ambulatoriali

Norma del DDL: articolo 69, comma 6 (modificativo)
Effetto finanziario: 5 milioni annui (stima prudenziale da validare con la Ragioneria generale dello Stato)

Che cosa prevede. Riconosce l'indennità di pronto soccorso agli specialisti ambulatoriali che prestano attività nei servizi di emergenza-urgenza, con uno stanziamento dedicato.

Perché. Chi lavora nello stesso pronto soccorso, con gli stessi carichi e gli stessi rischi, deve avere lo stesso riconoscimento. Lo stanziamento è autonomo e non riduce le risorse destinate alla dirigenza e al comparto. (La differenza di retribuzione tra dipendente ospedaliero di pronto soccorso e specialista convenzionato interno che opera in pronto soccorso è di circa 60,80 euro netti in meno per il convenzionato svolgendo la stessa attività, nello stesso luogo, uno a fianco dell'altro e con le stesse identiche responsabilità).

Emendamento 5 – Prima la specialistica pubblica, poi il privato accreditato

Norma del DDL: articolo 74 (comma aggiuntivo)
Effetto finanziario: invarianza

Che cosa prevede. Prima di utilizzare l'incremento del tetto per gli acquisti dal privato accreditato, o l'uso dei gettonisti, le Regioni verificano la possibilità di coprire il fabbisogno con le ore di specialistica ambulatoriale convenzionata interna disponibili e ancora non assegnate.

Perché. Non contestiamo il ruolo del privato accreditato. Chiediamo che l'offerta pubblica, meno costosa e già disponibile, venga utilizzata per prima. Le 142.987 ore settimanali di capacità non utilizzata sono una risorsa che il sistema già possiede e crea risparmio da destinare al SSN in quanto lo specialista ambulatoriale convenzionato interno viene retribuito con compenso orario eseguendo tre o quattro prestazioni per ogni ora di incarico mentre il privato viene pagato per ogni singola prestazione con tariffa prevista da nomenclatore.

Emendamento 6 – Risorse aggiuntive certe per il rinnovo dell'ACN 2025-2027

Norma del DDL: articolo 69, comma 1 (modificativo)
Effetto finanziario: nessun onere aggiuntivo: 54 milioni annui vincolati nell'ambito dell'incremento del fabbisogno già previsto

Che cosa prevede. Vincola una quota dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale agli oneri per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale della specialistica ambulatoriale 2025-2027.

Perché. Senza un vincolo di destinazione il rinnovo convenzionale resta affidato alle disponibilità residue delle Regioni e rischia di slittare, come accaduto in passato. Una quota dedicata dà certezza al tavolo SISAC e permette di recuperare almeno in parte la perdita di potere d'acquisto del triennio precedente.

Emendamento 7 – Trasparenza dei costi senza nuova burocrazia

Norma del DDL: articolo 69, comma 8 (modificativo)
Effetto finanziario: invarianza

Che cosa prevede. Precisa che il documento riepilogativo dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è prodotto automaticamente dai sistemi informativi aziendali e dal Fascicolo sanitario elettronico.

Perché. Condividiamo l'obiettivo di informare il cittadino sul valore della prestazione ricevuta. Il documento però non deve diventare un nuovo adempimento a carico del medico, che sottrarrebbe tempo alla visita proprio mentre si chiede di ridurre le attese.

Emendamento 8 – Carta 300 euro più equa ma con soli 845 milioni e destinare gli altri 800 milioni alla specialistica ambulatoriale convenzionata interna pubblica e finalizzati al funzionamento delle Case della Comunità

Norma del DDL: articolo 53, comma 1, e articolo 69, comma 1 e nuovo comma 2-bis
Effetto finanziario: saldo zero (art. 53: −800 milioni; art. 69: +800 milioni vincolati, anno 2027)

Che cosa prevede. Riduce la dotazione del fondo per la Carta da 300 euro per gli over 75 da 1.645 a 845 milioni di euro per il 2027. Affianca al limite di 28.000 euro di trattamenti pensionistici un requisito ISEE non superiore a 15.000 euro. L'INPS mette a disposizione la DSU precompilata, anche tramite CAF e patronati. In caso di risorse insufficienti la Carta va prioritariamente a chi ha l'ISEE più basso. Gli 800 milioni risparmiati incrementano il fabbisogno sanitario nazionale e sono vincolati, con un nuovo comma 2-bis dell'art. 69, all'aumento delle ore e a nuovi incarichi di specialistica ambulatoriale interna, con priorità alle Case della Comunità. Il riparto è fatto con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, entro sessanta giorni, sulla base del fabbisogno di ore legato agli standard del DM 77/2022. L'utilizzo è verificato negli adempimenti LEA.

Perché. La Carta, nel testo del Governo, guarda solo all'importo della pensione. Così paradossalmente ne potrebbero beneficiare anche anziani con rilevanti patrimoni o con redditi diversi dalla pensione, come affitti e rendite finanziarie. L'ISEE misura invece la condizione economica complessiva del nucleo: la Carta resta, ma si concentra su chi ne ha davvero bisogno, all'interno di una platea stimata in circa 2,5 milioni di persone.

C'è poi una ragione di fondo. Un bonus da spendere in prestazioni sanitarie non crea offerta: se le agende pubbliche sono piene, finisce per alimentare la spesa privata. Gli stessi anziani over 75, che sono i principali utenti della specialistica, hanno bisogno di trovare lo specialista nella Casa della Comunità vicino a casa. Con 800 milioni, al costo orario comprensivo di tutti gli oneri accessori di 58,09 euro, si finanziano circa 13,8 milioni di ore di specialistica in un anno, più dei due terzi delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata interna oggi erogate ma finalizzate alla presa in carico. È il modo più diretto per riempire le Case della Comunità realizzate con il PNRR e che rischiano altrimenti di restare edifici senza professionisti.

L'emendamento è a saldo zero: la riduzione di 800 milioni del fondo dell'art. 53, che costituisce limite di spesa, compensa integralmente l'incremento di pari importo del fabbisogno sanitario per il 2027. Restano invariati gli anni 2028 e 2029 e l'autorizzazione di spesa di 8 milioni dell'art. 53, comma 2.

Emendamento 9 – Defiscalizzazione dei compensi orari di medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali interni e pediatri di libera scelta

Norma del DDL: articolo 65 (comma aggiuntivo); subordinato 9.1 (solo ore nelle Case della Comunità e incrementi orari)
Effetto finanziario: minori entrate da quantificare con la Ragioneria generale dello Stato; per la sola specialistica ambulatoriale, stima SUMAI di circa 150 milioni annui; copertura a valere sul fondo per esigenze indifferibili (art. 1, c. 200, L. 190/2014)

Che cosa prevede. Introduce un'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sui compensi orari che i medici convenzionati con il SSN percepiscono in base ai rispettivi Accordi collettivi nazionali: l'attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria dei medici di medicina generale, le ore di incarico degli specialisti ambulatoriali interni, l'attività oraria dei pediatri di libera scelta nelle forme organizzative e nelle Case della Comunità. Il subordinato 9.1 limita il beneficio ai compensi per le ore svolte nelle Case della Comunità e alle ore di incremento rispetto agli incarichi in essere al 31 dicembre 2026.

Perché. Per il personale dipendente la leva fiscale è già stata usata: le prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici godono dell'imposta sostitutiva al 15% e l'articolo 65 del disegno di legge la estende al trattamento accessorio. I medici convenzionati, sui quali poggia la riforma dell'assistenza territoriale del PNRR e del DM 77/2022, restano invece tassati con l'aliquota marginale ordinaria, fino al 43% più le addizionali. Lo specialista ambulatoriale che riceve 31,35 euro lordi l'ora ne trattiene 14,50 netti ora.

La defiscalizzazione è lo strumento più rapido per rendere attrattivi gli incarichi territoriali. Aumenta il netto orario senza alcun costo aggiuntivo per le aziende sanitarie e senza attendere i rinnovi degli accordi. Favorisce l'accettazione di nuove ore e di incarichi nelle Case della Comunità, e quindi riduce il ricorso ai gettonisti e agli acquisti dal privato. Per la specialistica ambulatoriale assorbe la parte fiscale dell'emendamento 2.2.

Effetti finanziari: per la specialistica ambulatoriale, 18,6 milioni di ore per 31,35 euro corrispondono a circa 583 milioni di compensi; con un differenziale medio stimato in 25 punti tra aliquota effettiva e imposta sostitutiva, le minori entrate sono di circa 150 milioni annui. La quota relativa alla sola attività oraria di medici di medicina generale e pediatri va quantificata dalla Ragioneria generale dello Stato sui dati SISAC. Il subordinato 9.1 riduce l'onere in proporzione alle ore interessate.

4. Quadro riepilogativo

N.	Oggetto	Norma del DDL	Effetto finanziario
1	Doppio canale per i posti vacanti, ACN unico Territorio-Ospedale, superamento dell'incompatibilità (subordinati 1.1 e 1.2)	Art. 69-bis (aggiuntivo)	Invarianza
2	Perequazione del trattamento economico SAI-dirigenza per la stessa attività (subordinati 2.1 e 2.2)	Art. 69-ter (aggiuntivo); 2.2 su art. 69, c. 4	185 mln/anno; 2.1: 125 mln su quota art. 69, c. 7
3	Ore SAI e nuovi incarichi ACN con le risorse per le liste d'attesa	Art. 69, c. 4	Invarianza

4	Indennità di pronto soccorso agli specialisti ambulatoriali in PS	Art. 69, c. 6	5 mln/anno
5	Priorità alle ore SAI prima degli acquisti dai privati accreditati	Art. 74	Invarianza
6	Quota vincolata del fabbisogno per il rinnovo dell'ACN 2025-2027	Art. 69, c. 1	54 mln/anno (quota vincolata)
7	Documento riepilogativo dei costi generato dai sistemi informativi	Art. 69, c. 8	Invarianza
8	Carta 300 euro over 75 con requisito ISEE; 800 mln vincolati alla specialistica nelle Case della Comunità	Art. 53 e art. 69, c. 1 e 2-bis	Saldo zero (−800 / +800 mln, 2027)
9	Imposta sostitutiva al 15% sui compensi orari di MMG, specialisti ambulatoriali interni e PLS (subordinato 9.1)	Art. 65 (comma aggiuntivo)	Minori entrate: circa 150 mln/anno per i SAI; MMG e PLS da quantificare

Gli emendamenti 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 modificano norme già contenute nel disegno di legge e sono quindi i più solidi sotto il profilo dell'ammissibilità ai sensi dell'art. 21 della legge 196/2009. Gli emendamenti 1 e 2 sono costruiti come norme di qualificazione e contenimento della spesa per il personale, con effetti finanziari quantificati nelle relazioni tecniche riportate in allegato e depositate agli atti della Commissione.

5. Conclusioni

Appena un mese fa, partecipando al nostro 58° Congresso nazionale, esponenti di Governo (Ministro della salute e Sottosegretario) e parlamentari di maggioranza e opposizione hanno riconosciuto pubblicamente il ruolo della specialistica ambulatoriale e hanno assunto impegni precisi. Questo passaggio parlamentare è l'occasione per tradurli in norme.

Le nostre proposte non chiedono grandi risorse in più per una categoria, anzi molte sono applicabili ad iso-risorse o addirittura possono generare un risparmio di quasi 1 miliardo di euro l'anno attraverso un unico ACN convenzionato per le attività territoriali ed anche ospedaliere.

Le nostre proposte permettono di spendere meglio le risorse che la manovra già stanzia, indirizzandole verso la componente pubblica che costa meno, che è già disponibile e lavora dove i cittadini ne hanno bisogno: sul territorio, vicino a casa, nelle Case della Comunità.

Investire sulla specialistica ambulatoriale pubblica non è un costo. È la condizione perché il Servizio sanitario nazionale resti pubblico, universale e sostenibile.

Restiamo a disposizione della Commissione e dei relatori per ogni approfondimento tecnico. Grazie.

Dott. Antonio Magi
Segretario Generale SUMAI Assoprof



Allegato – Relazioni tecniche degli emendamenti

Le relazioni che seguono illustrano, per ciascun emendamento e per i relativi subordinati, la quantificazione degli effetti finanziari e la copertura. Le stime sono elaborate dal SUMAI Assoprof su dati SISAC e sui valori del disegno di legge e della relativa relazione tecnica; quelle indicate come tali vanno validate dalla Ragioneria generale dello Stato. I valori sono espressi in milioni di euro, salvo diversa indicazione.

Parametri. Dati di base utilizzati: ore di specialistica ambulatoriale interna remunerate circa 18,6 milioni l'anno, 13.984 specialisti (fonte SISAC); costo orario per l'azienda 58,09 euro, comprensivo di premi, ENPAM e IRAP; compenso orario base 31,35 euro lordi; costo orario della dirigenza medica 67,91 euro (CCNL 2025-2027); costo annuo dell'ACN della specialistica circa 1 miliardo di euro.

Emendamento 1 – Doppio canale e ACN unico Territorio-Ospedale

Articolo aggiuntivo 69-bis – Effetto: invarianza

La norma è facoltativa e non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Non impone obblighi a regioni e aziende né prevede l'iscrizione di risparmi nei saldi. Gli incarichi convenzionali conferiti sui posti vacanti di dirigente medico sono computati al costo effettivo nel limite di spesa per il personale, così il margine liberato è trasparente e verificabile.

A parità di ore, il costo annuo di uno specialista convenzionato a 38 ore è di 114.790 euro (IRAP a carico dell'azienda compresa), contro 134.200 euro di un dirigente medico a regime con il CCNL 2025-2027: il minor costo è di 19.410 euro per medico l'anno (−14,5%). Il costo orario di pareggio è di 67,91 euro; la tariffa convenzionale resta inferiore anche con il 20% delle ore in guardia notturna o festiva (62,16 euro/ora, −8,5%). I minori oneri restano nella disponibilità delle regioni per il potenziamento dei servizi; a regime possono raggiungere circa 1,07 miliardi annui.

Subordinato 1.1 – Solo doppio canale

Stessa disciplina del comma 3 dell'emendamento 1, senza la riorganizzazione dell'ACN. Invarianza: gli incarichi sono conferiti nel limite di spesa per il personale e al costo effettivo.

Subordinato 1.2 – Solo superamento dell'incompatibilità

Dipendenti SSN, MMG e PLS specialisti accedono alle ore di specialistica nella propria branca solo tramite graduatoria, fuori dall'orario di servizio ed entro un massimale. Le ore sono remunerate nei limiti delle risorse già disponibili, comprese quelle dell'articolo 69, comma 4. Con 10.000 dirigenti disponibili per 4 ore settimanali si generano 1,92 milioni di ore l'anno (+10% delle ore SAI, circa 1.050 specialisti equivalenti a tempo pieno), a un costo inferiore di circa 80 milioni rispetto alle stesse ore acquistate come prestazioni aggiuntive. Invarianza.

Emendamento 2 – Perequazione retributiva a parità di attività

Articolo aggiuntivo 69-ter – Effetto: 185 milioni annui dal 2027

Il differenziale di costo orario tra la dirigenza medica (67,91 euro) e la specialistica convenzionale (58,09 euro) è di 9,82 euro. Applicato a 18,6 milioni di ore, la perequazione integrale vale 182,7 milioni annui, arrotondati a 185 milioni. Le minori entrate derivanti dall'imposta sostitutiva sulle ore aggiuntive dipendono dal volume di ore richieste dalle aziende e vanno quantificate dalla Ragioneria generale dello Stato.

Copertura. Agli oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo per esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. L'onere è inferiore ai minori costi generati dall'emendamento 1 e alla spesa per medici a gettone (568 milioni nel 2025, fonte ANAC), che la perequazione contribuisce a ridurre.

Subordinato 2.1 – Indennità di specificità

Indennità di specificità medica della dirigenza (11.653 euro annui a tempo pieno) diviso 1.976 ore annue: 5,90 euro/ora. Per 18,6 milioni di ore: 109,7 milioni, cui si aggiungono IRAP e oneri previdenziali a carico delle aziende, per un onere complessivo stimato in 125 milioni annui. Copertura a valere sulla quota del fabbisogno in libera disponibilità delle regioni dell'articolo 69, comma 7 (138 milioni nel 2027, 236 nel 2028, 273 nel 2029): nessun onere aggiuntivo per lo Stato.

Subordinato 2.2 – Prestazioni aggiuntive a tariffa dirigenza

La spesa resta nei limiti dei 213 milioni dell'articolo 69, comma 4, e degli importi regionali dell'allegato 3, che le regioni ripartiscono tra dirigenti e specialisti in base al fabbisogno: nessun onere aggiuntivo di spesa. Le minori entrate da imposta sostitutiva al 15% vanno quantificate dalla Ragioneria generale dello Stato sul volume di ore aggiuntive richieste agli specialisti.

Emendamento 3 – Più ore di specialistica con i fondi per le liste d'attesa

Articolo 69, comma 4 – Effetto: invarianza

La norma è facoltativa e opera nel limite degli importi già previsti dal comma 4 e dall'allegato 3. Con 1 milione di euro si acquistano circa 17.200 ore di specialistica convenzionata (1.000.000 / 58,09) contro 10.000 ore in prestazioni aggiuntive (1.000.000 / 100): +72%. Se le regioni destinassero il 10% dei 213 milioni (21,3 milioni) agli incarichi SAI, le ore acquistabili salirebbero da 213.000 a circa 366.700. Non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Emendamento 4 – Indennità di pronto soccorso agli specialisti ambulatoriali

Articolo 69, comma 6 – Effetto: 5 milioni annui dal 2027

L'indennità è riconosciuta in proporzione alle ore effettivamente prestate nei servizi di pronto soccorso, nel limite di spesa autonomo di 5 milioni annui, che non riduce le risorse destinate al personale dipendente (114 milioni alla dirigenza, 266 al comparto). Il limite è una stima prudenziale, da validare con i dati SISAC e regionali sulle ore SAI prestate in pronto soccorso.

Copertura. Agli oneri, pari a 5 milioni annui a decorrere dal 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo per esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Emendamento 5 – Prima la specialistica pubblica, poi il privato accreditato

Articolo 74, comma aggiuntivo – Effetto: invarianza

La norma introduce un obbligo di verifica nella programmazione regionale: prima di utilizzare l'incremento del tetto per gli acquisti dal privato accreditato, o di ricorrere a medici a gettone, le regioni verificano la possibilità di coprire il fabbisogno con le ore di specialistica convenzionata disponibili e non assegnate (142.987 ore settimanali). Non modifica il limite di spesa previsto dall'articolo 74 né ne aumenta l'importo; poiché l'ora convenzionale costa meno dell'acquisto equivalente, può generare economie. Non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Emendamento 6 – Risorse aggiuntive certe per il rinnovo dell'ACN 2025-2027

Articolo 69, comma 1 – Effetto: nessun onere aggiuntivo (54 milioni annui vincolati)

L'ulteriore incremento del 5,40% chiesto per il rinnovo, applicato al costo annuo dell'ACN della specialistica ambulatoriale (circa 1 miliardo di euro, 18,6 milioni di ore remunerate), vale 54 milioni annui. L'importo è vincolato all'interno dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale già disposto dal comma 1, in aggiunta alle risorse a legislazione vigente per i rinnovi del personale convenzionato. Le risorse sono ripartite tra le regioni in proporzione alle ore di specialistica remunerate nell'anno precedente, rilevate dalla SISAC. Non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; la stima va verificata con la SISAC sulla massa retributiva effettiva.

Emendamento 7 – Trasparenza dei costi senza nuova burocrazia

Articolo 69, comma 8 – Effetto: invarianza

La norma precisa che il documento riepilogativo è generato automaticamente dai sistemi informativi aziendali, dal Centro unico di prenotazione o dal Fascicolo sanitario elettronico, già disponibili e finanziati a legislazione vigente. Non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica ed evita costi organizzativi indiretti legati alla compilazione manuale durante la visita.

Emendamento 8 – Carta 300 euro con requisito ISEE e 800 milioni per la specialistica nelle Case della Comunità

Articolo 53, comma 1, e articolo 69, commi 1 e 2-bis – Effetto: saldo zero

La riduzione di 800 milioni per il 2027 della dotazione del fondo dell'articolo 53, comma 1, che costituisce limite di spesa, compensa integralmente l'incremento di pari importo, per lo stesso anno, del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard dell'articolo 69, comma 1 (da 2.365 a 3.165 milioni). Le risorse sono vincolate alla finalità del nuovo comma 2-bis e non possono essere destinate ad altri scopi; il loro utilizzo è verificato negli adempimenti regionali LEA.

Con 800 milioni, al costo orario di 58,09 euro, si finanziano circa 13,8 milioni di ore di specialistica ambulatoriale. La Carta resta con 845 milioni: il requisito ISEE non superiore a 15.000 euro e la priorità per l'ISEE più basso rendono la dotazione coerente con la platea. Restano invariati gli anni 2028 e 2029 e l'autorizzazione di spesa di 8 milioni dell'articolo 53, comma 2, a valere sulla dotazione rideterminata.

Voce (anno 2027, mln)	Descrizione	Testo DDL	Con emendamento	Variazione
Art. 53	Fondo Carta 300 euro over 75	1.645	845	−800
Art. 69, c. 1	Fabbisogno sanitario nazionale standard	2.365	3.165	+800
di cui c. 2-bis	Specialistica ambulatoriale interna (vincolata)	—	800	+800
Saldo				**0**

Emendamento 9 – Defiscalizzazione dei compensi orari di MMG, specialisti ambulatoriali e PLS

Articolo 65, comma aggiuntivo – Effetto: minori entrate, circa 150 milioni annui per la sola specialistica ambulatoriale

Per la specialistica ambulatoriale, 18,6 milioni di ore per 31,35 euro lordi corrispondono a circa 583 milioni di compensi orari annui. Assumendo un differenziale medio di 25 punti tra l'aliquota effettiva (IRPEF e addizionali) e l'imposta sostitutiva del 15%, le minori entrate sono stimate in circa 146 milioni annui, arrotondati a 150 milioni. La quota relativa alla sola attività oraria dei medici di medicina generale (ruolo unico di assistenza primaria) e dei pediatri di libera scelta va quantificata dalla Ragioneria generale dello Stato sui dati SISAC. La stima non considera gli effetti di gettito indotti dall'aumento delle ore accettate, che riducono l'onere netto.

Copertura. Alle minori entrate si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo per esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Subordinato 9.1 – Solo ore nelle Case della Comunità e incrementi orari

Il beneficio è limitato ai compensi per le ore svolte nelle Case della Comunità e alle ore di incremento rispetto agli incarichi in essere al 31 dicembre 2026. L'onere si riduce in proporzione alle ore interessate: a titolo indicativo, se riguardasse il 20% delle ore SAI, le minori entrate per la specialistica sarebbero di circa 30 milioni annui.

Quadro complessivo degli effetti finanziari

N.	Misura	2027	2028	2029
1	Doppio canale e ACN unico (e subordinati)	0	0	0
2	Perequazione retributiva (spesa)	185	185	185
2.1	Solo indennità di specificità (su art. 69, c. 7)	0 (125 da c. 7)	0 (125 da c. 7)	0 (125 da c. 7)
2.2	Prestazioni aggiuntive (minori entrate)	da quantificare	da quantificare	da quantificare
3	Ore SAI con fondi liste d'attesa	0	0	0
4	Indennità di pronto soccorso	5	5	5
5	Priorità alla specialistica pubblica	0	0	0
6	Rinnovo ACN (quota vincolata)	0 (54 vincolati)	0 (54 vincolati)	0 (54 vincolati)
7	Documento riepilogativo dei costi	0	0	0
8	Carta 300 euro e Case della Comunità	0 (−800/+800)	0	0
9	Defiscalizzazione compensi orari (minori entrate SAI)	150 + MMG/PLS	150 + MMG/PLS	150 + MMG/PLS
	Oneri a carico del fondo esigenze indifferibili (emendamenti 2, 4, 9)	**340 + [•]**	**340 + [•]**	**340 + [•]**

Gli importi delle versioni principali e dei subordinati non si sommano: in caso di approvazione di un subordinato, l'onere è quello del subordinato. L'emendamento 9 assorbe, per la specialistica ambulatoriale, la parte fiscale dell'emendamento 2.2.