



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

25/53/CR5e/C7

Proposte emendative al DDL AC 2365 “Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”

1. Articolo 1

Al comma 1 dell'art. 1 sono aggiunte le seguenti parole:

"Il medico, a cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o di esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e indicare, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, il quesito o il sospetto diagnostico, garantendo il rispetto delle condizioni di erogabilità ed indicazioni di appropriatezza riportate nel nomenclatore di cui al DPCM 12 gennaio 2017, come aggiornate dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA"

Relazione illustrativa

Il nomenclatore nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al DPCM 12 gennaio 2017 riporta una colonna "note" che indica per numerose prestazioni un numero corrispondente alle condizioni di erogabilità, cioè le condizioni a fronte delle quali la prestazione è erogabile a carico del SSN, e le indicazioni di appropriatezza, cioè i quesiti o sospetti diagnostici a fronte dei quali la prestazione prescritta risulta appropriata.

Nel dare disposizioni in materia di prescrizione è necessario tenere conto in modo completo delle indicazioni già previste dalle norme, così come le altre contenute nella prima frase del comma 1 dell'articolo 1, in caso contrario l'unica previsione nazionale in materia di appropriatezza prescrittiva rischierebbe di non essere, come necessario, tenuta in doverosa considerazione dai prescrittori.

2. Articolo 1 (Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

All'articolo 1, sesto comma, prima delle parole *“I direttori regionali della sanità nell’ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l’analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della*

validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali", sono aggiunte le parole: "Al RUAS sono affidati i compiti sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa."

Relazione illustrativa

Si ritiene utile precisare che, in base a quanto previsto dal Decreto-legge n. 73/2024, i compiti sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa sono affidati al RUAS e, pertanto, in coerenza con quanto dettato dal testo del D.L. n. 73/2024 si suggerisce la proposta emendativa sopra riportata.

3. Articolo 5

All'articolo 5, comma 1, dopo le parole "per un massimo di 10 ore settimanali" aggiungere le seguenti: "calcolate come media mensile".

Relazione illustrativa

Con l'emendamento proposto si autorizzano le aziende ed enti del SSN a conferire incarichi libero professionali ai medici in formazione specialistica per un massimo 10 ore settimanali calcolate come media mensile in funzione di una maggiore flessibilità nell'utilizzo di tale personale e, in particolare, al fine di assicurare lo svolgimento di turni di guardia della durata ordinaria di 12 ore che non sarebbero possibili limitando rigidamente il numero di ore settimanali effettuabili.

4. Articolo aggiuntivo

6-bis. (Esclusione del personale della dirigenza veterinaria e sanitaria degli enti del Servizio sanitario nazionale dalle limitazioni in materia di reclutamento di personale a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile)

Dopo l'articolo 6 aggiungere il seguente:

6-bis "All'art. 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, dopo le parole: "Le limitazioni previste dal presente comma non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al personale della dirigenza medica", sono inserite le seguenti: " , veterinaria e sanitaria".

Relazione illustrativa

Con l'articolo aggiuntivo proposto si estende la deroga al limite di spesa di cui all'articolo 9, comma 28, del D.L. 78/2010, già prevista nei confronti del personale della dirigenza medica e del personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e sociosanitario, limitatamente a ciascun anno del triennio 2024-26, anche al personale della dirigenza veterinaria e sanitaria non medica. Ciò in considerazione della frequente necessità per gli enti del SSN, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, di acquisire personale anche di tali profili con contratti di lavoro flessibile oltre il limite del 50% della spesa sostenuta nel 2009 previsto dall'articolo 9, comma 28 del DL 78/2010, sia nei casi di mancanza di candidati idonei nelle graduatorie di concorso pubblico, sia laddove il fabbisogno aziendale è legato ad esigenze di carattere temporaneo o a vacanze transitorie di organico.

Si sottolinea che l'emendamento proposto non determina nessun maggior costo poiché gli oneri per il reclutamento di personale con contratti di lavoro flessibile sono compresi nel limite generale di spesa per il personale degli enti del SSN di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (c.d. Decreto Calabria) convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, limite dato dalla spesa complessiva sostenuta nel 2018 o, se superiore, da quella sostenuta nel 2004, ridotta dell'1,4%.

5. Articolo aggiuntivo

7-bis (Disposizioni in materia di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

Dopo l'articolo 7 aggiungere il seguente:

“7-bis. All'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107 sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) nella rubrica la parola “sanitario” è sostituita dalle seguenti: “del servizio sanitario nazionale”.*
- b) al comma 1, primo periodo, le parole “e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2” sono soppresse;*
- c) il comma 2 è sostituito dal seguente: “Per consentire alle regioni e alle province autonome di indirizzare e coordinare la spesa dei propri enti del servizio sanitario e al fine, in particolare, di garantire l'applicazione di standard minimi di personale omogenei presso tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle aziende ed enti del SSN sono approvati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano in conformità alla predetta metodologia”;*
- d) al comma 3 dell'articolo 5 le parole da “Fino all'adozione” a “al comma 2” sono soppresse”.*

Relazione illustrativa

Con la proposta emendativa si introduce l'articolo 7-bis di modifica dell'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107.

In particolare, la modifica di cui alla lettera a) è proposta per rendere la rubrica coerente con i contenuti dell'articolo 5 del DL 73/2024, che fanno riferimento alla determinazione della spesa di tutto il personale del SSN e non solo di quello del ruolo sanitario.

La proposta di cui alla lettera b) è volta a definire a regime la determinazione del tetto di spesa del personale del Servizio sanitario nazionale.

Con la proposta di cui alla lettera c) si intende eliminare una norma che subordina l'adozione dei piani triennali dei fabbisogni di personale all'approvazione da parte del ministero della salute di concerto con il ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La competenza in materia, infatti, deve ritenersi esclusivamente regionale, attenendo a profili pubblicistico-organizzativi del lavoro pubblico e, quindi, secondo la costante giurisprudenza della

Corte Costituzionale, riconducibili alla materia dell'organizzazione regionale. Si propone la sostituzione della norma con un'altra che da un lato connota la metodologia per la definizione del fabbisogno del personale, adottata secondo la procedura indicata nel medesimo comma 2, quale strumento per indirizzare e coordinare la spesa di personale delle aziende ed enti dei Servizi sanitari regionali, ma dall'altro riconosce alle stesse regioni e province autonome la competenza ad approvare i piani dei fabbisogni predisposti dagli enti del SSN che insistono sul proprio territorio.

Infine, con la proposta di cui alla lettera d) di parziale abrogazione del comma 3 dell'art. 5, in coerenza con la parziale abrogazione del primo periodo del comma 1 e con il proposto nuovo testo del comma 2, si rende stabile la determinazione del tetto di spesa come definita dal comma 1 e nel contempo si conferma che continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4 del DL 35/2019 convertito dalla L. 60/2019.

6. Articolo aggiuntivo

Art. 7-ter (Modifiche alle disposizioni in materia di affidamento di servizi sanitari a terzi)

Dopo l'articolo 7-bis aggiungere il seguente:

“7-ter. All'articolo 10, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito dalla legge 26 maggio 2023, n. 56 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) *al comma 1 è aggiunto il seguente periodo: “Le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale fino al 30 giugno 2026 possono affidare a terzi per non più di dodici mesi i servizi di emergenza-urgenza anche in più occasioni e con possibilità di proroga, comunque non eccedente il 30 giugno 2026) , nel rispetto delle condizioni di cui al precedente periodo nonché delle linee guida contenute nel decreto del Ministro della salute di cui al comma 3 recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli standard di qualità dei servizi medici ed infermieristici”.*
- b) *al comma 2 dopo le parole “i servizi di cui al comma 1”, sono aggiunte le seguenti: “fermo restando quanto previsto al secondo periodo”.*

Relazione illustrativa

Con la proposta emendativa si introduce l'articolo 7-ter di modifica dell'articolo 10 del DL 34/2023 convertito dalla L. 56/2023. In particolare, con il secondo periodo all'articolo 10, comma 1 del DL 34/2023 e con l'integrazione apportata al secondo comma dello stesso articolo, si consente, fino al 30 giugno 2026, alle aziende ed enti del SSN di affidare a terzi i servizi di emergenza-urgenza, anche in più occasioni e con possibilità di proroga, comunque non eccedente il 30 giugno 2026. La misura si palesa necessaria in quanto l'obbligo di affidamento dei predetti servizi da parte di ciascuna stazione appaltante in un'unica occasione e per non più di dodici mesi non prorogabili, può determinare, alla scadenza dell'appalto, una significativa riduzione delle prestazioni erogate nell'ambito delle strutture di emergenza urgenza che, come è noto, soffrono di una generale forte carenza di personale a cui le aziende ed enti del SSN non riescono a far fronte nonostante la ripetuta indizione di procedure concorsuali, che di frequente vanno deserte o comunque determinano un numero di assunzioni largamente inferiore rispetto al fabbisogno. Si sottolinea al riguardo che spesso neppure il ricorso alle prestazioni aggiuntive da parte del personale in servizio è in grado di sopperire a tale carenza di organico.

7. Articolo 8

All'articolo 8, primo comma, dopo la lettera b) aggiungere la lettera c): “al comma 10-quater, dopo le parole “ pubblicato [nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 16 agosto 1999](#) ” inserire le seguenti: "nonché le Regioni e le Province Autonome, secondo modalità e criteri definiti con successivo decreto ministeriale”.

Relazione illustrativo

Si prevede la possibilità anche per Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano di avere accesso ai dati relativi alla Farmacia dei servizi.

8. Articolo 8

Comma aggiuntivo all'art. 8 (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

8.2 bis (Concorso delle strutture private accreditate allo smaltimento delle liste di attesa)

Dopo il comma 2 dell'articolo 4, aggiungere il seguente: “2-bis. *Per favorire lo smaltimento delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, utilizzando una quota non superiore allo 0,5 per cento del livello annuale del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, in deroga all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. Qualora le regioni si avvalgano della deroga di cui al periodo precedente, le medesime regioni aggiornano e sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti la programmazione annuale previsionale, nella quale è data evidenza del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale. Per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Nel caso in cui non si verifichi l'equilibrio di bilancio del servizio sanitario regionale, le regioni, nell'esercizio finanziario successivo, pongono in essere i necessari interventi di recupero. Alle medesime regioni è preclusa la facoltà di avvalersi della deroga nell'esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tengono conto di tali circostanze”.*

Relazione illustrativa

L'incremento del limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, recato dall'art. 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, anche con gli aumenti stabiliti per il 2025 e dal 2026 dall'art. 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, rimane ampiamente insufficiente. La norma proposta consente, alle Regioni che intendono avvalersene, di acquisire maggiori prestazioni dai privati accreditati, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, per la cui garanzia, in sede previsionale e consuntiva, si propone di applicare un procedimento di apposita verifica, analogo a quello previsto dall'art. 1, comma 322, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, compreso l'inserimento nei contratti con i privati accreditati di clausole che tengano conto di tali circostanze.

9. Articolo 8

Comma aggiuntivo all'art. 8 (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

8.3 bis (Prestazioni erogate per recupero oneri pregressi)

Dopo il comma 3 dell'articolo 4, aggiungere il seguente: “3-bis. *Le prestazioni sanitarie acquisite da soggetti privati accreditati, erogate nell'ambito di piani pluriennali di recupero di oneri, già sostenuti prima della entrata in vigore del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, e divenuti esigibili solo successivamente, non comportando nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, non sono soggette al limite di cui al comma 1.*”.

Relazione illustrativa

Sussistono in Campania (e, presumibilmente, anche in altre regioni) rilevanti contenziosi, relativi a differenze tariffarie incassate con azioni legali da alcune case di cura private accreditate, e afferenti a periodi anteriori al 2012 (anno in cui è entrato in vigore decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95).

Successivamente, i giudizi di appello attivati dalla Regione sono sfociati in sentenze definitive favorevoli per la Regione e conseguenti decreti ingiuntivi, per i quali sono in corso di definizione i relativi giudizi di opposizione. Poiché si tratta di importi di rilevante ammontare, anche rispetto al fatturato annuo del debitore, prima che si determinino situazioni di insolvenza che vanificano e/o riducono notevolmente la possibilità di recuperare il credito, è emersa la disponibilità della parte privata a concordare piani pluriennali di rimborso, purché siano sostenibili finanziariamente ed economicamente per la casa di cura.

Al fine di favorire la fattibilità di tali piani pluriennali, sarebbe necessario che – solo in tali casi - il contratto di acquisto delle prestazioni contenga una specifica maggiorazione del limite di spesa annua assegnato alla struttura, in modo da consentire alla casa di cura di utilizzare appieno la propria capacità produttiva, anche oltre il livello di spesa consentito dal limite definito nel comma 1 del presente articolo. In tal modo, per la parte di fatturato annuo corrispondente a tale maggiorazione, si attuerebbe una mera compensazione contabile con il credito oggetto del piano pluriennale, senza determinare nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

10. Articolo 13

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«**Art. 13-bis** (Interpretazione autentica dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)

All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono da intendersi nel seguente modo: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se inscindibilmente connesse con quelle socio-assistenziali, ferme restando le disposizioni contenute nei provvedimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA) che definiscono la ripartizione degli oneri per livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa, previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e Province Autonome”.

11. Articolo 16

“L’articolo 16 è soppresso”.

Relazione illustrativa

Si sottolinea che in questo modo la formazione dei dirigenti in parola verrebbe di fatto sottratta alle Regioni e Province Autonome senza che le stesse possano esercitare alcun ruolo nella programmazione e gestione della istituenda scuola nazionale. È evidente che la norma contenga rilevanti criticità in ordine alla competenza legislativa regionale costituzionalmente garantita, non prevedendo, peraltro, alcun ruolo delle Regioni. Peraltro, la Scuola si andrebbe a sovrapporre alle competenze della Scuola Nazionale dell’Amministrazione che, come noto, è divenuto centro unico formativo per la dirigenza pubblica con una recente riforma.

Roma, 7 maggio 2025