



Newsletter Aris

n° 728 – 16.4.2026

Approvato definitivamente il Ddl Pnrr

La Commissione Bilancio del Senato ha rinnovato la fiducia al governo approvando definitivamente, e senza ulteriori modifiche, il decreto Pnrr secondo il testo licenziato la scorsa settimana dalla Camera. Il termine per la conversione in legge resta fissato al 20 aprile.

Ricordiamo che tra le disposizioni per noi di maggiore interesse, figura all'art. 26, co. 3, l'intervento sulla normativa relativa all'accREDITAMENTO da ultimo modificata con il Concorrenza 2025 (art. 36, D.lgs. 193/2024), prevedendo:

- l'abrogazione delle procedure differenziate tra i rinnovi dell'accREDITAMENTO e le nuove richieste, sostituite dalla previsione per la quale ai fini della selezione degli EEPA per la contrattualizzazione, siano effettuate procedure ad evidenza pubblica che permettano di salvaguardare i livelli occupazionali e la continuità assistenziale, nel rispetto della normativa europea.
- l'introduzione, all'interno delle procedure ad evidenza pubblica, di un sistema premiale che valorizzi:
 - La capacità di fornire sul territorio i servizi richiesti, alla capillarità dei servizi assicurati e ai volumi delle prestazioni eseguite negli anni;
 - Gli investimenti realizzati per migliorare la qualità delle prestazioni e per rinnovare e aggiornare tecnologicamente gli strumenti e i dispositivi utilizzati per l'esecuzione delle prestazioni;
 - L'adeguato rapporto tra personale qualificato impegnato e numero degli assistiti;
 - La capacità produttiva tale da contribuire a smaltire le liste di attesa nella branca di accREDITAMENTO;
 - Per le strutture operanti sul territorio per le quali la dimensione organizzativa assume rilievo prevalente rispetto a quella tecnologico-strutturale, all'apporto concretamente dimostrato, anche con riferimento a esperienze pregresse e consolidate nella realizzazione di livelli qualitativamente elevati di assistenza, valorizzando la conoscenza approfondita delle specificità del territorio di riferimento e dei relativi setting assistenziali, con particolare attenzione alle aree caratterizzate da bisogni complessi o da condizioni di fragilità.

Resta ferma la sospensione del Concorrenza 2021 fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per l'accREDITAMENTO, o comunque non oltre il 31 dicembre 2026.

Proponiamo di seguito una sintesi degli articoli d'interesse sanitario.

Il provvedimento, ormai legge, raccoglie misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Nel capitolo sanitario, il decreto si muove lungo tre direttrici fondamentali: il rafforzamento del personale, la messa in sicurezza degli investimenti infrastrutturali e la semplificazione dell'accesso alle cure. Un pacchetto di misure che, pur mantenendo un carattere spesso temporaneo, punta a rispondere ad alcune delle criticità più evidenti del Servizio sanitario nazionale: carenza di organici, ritardi nei cantieri finanziati dal Piano e difficoltà nell'approvvigionamento di farmaci essenziali.

Il primo intervento di rilievo riguarda il personale sanitario, con una finestra straordinaria per la stabilizzazione dei lavoratori precari. Le aziende del Servizio sanitario nazionale potranno riservare fino al 50% dei posti nei concorsi a chi ha maturato almeno 18 mesi di servizio negli ultimi cinque anni con contratti flessibili. Per chi ha lavorato almeno 24 mesi con contratti a tempo determinato – ed era entrato tramite concorso – si apre la possibilità di un reclutamento diretto attraverso procedure semplificate.

Il perimetro complessivo resta però contenuto: queste assunzioni non potranno superare il 30% del fabbisogno programmato nel triennio e dovranno essere realizzate senza nuovi oneri per la finanza pubblica. La misura, inoltre, ha una scadenza precisa: potrà essere utilizzata solo fino al 31 dicembre 2026.

Accanto al tema del personale, il decreto interviene in modo significativo sugli investimenti del Pnrr destinati alla sanità territoriale e ospedaliera. L'aumento dei costi dei materiali, che negli ultimi anni ha messo in difficoltà numerosi cantieri, viene affrontato consentendo alle Regioni di utilizzare anche le risorse dell'edilizia sanitaria – quelle storicamente previste dall'articolo 20 della legge del 1988 – per coprire i rincari. In questo modo si cerca di evitare lo stallo di opere strategiche come Case della Comunità, Ospedali di Comunità e interventi per la sicurezza degli ospedali.

La procedura viene semplificata e resa più flessibile, eliminando alcuni vincoli che finora limitavano l'accesso a queste risorse, ma resta ancorata a un sistema di controlli e rendicontazione puntuale.

Sempre sul fronte dell'organizzazione sanitaria, viene prorogata fino al 31 dicembre 2027 la possibilità per medici di medicina generale e pediatri di continuare a lavorare fino a 73 anni, una misura già introdotta in via emergenziale per far fronte alla carenza di professionisti sul territorio. Parallelamente, si interviene sulla complessa transizione verso il nuovo sistema di accertamento della non autosufficienza, rinviando alcune scadenze per evitare vuoti operativi durante il passaggio dal vecchio al nuovo modello, anche se restano criticità legate al coordinamento tra le diverse riforme in corso.

Un tassello rilevante riguarda poi l'innovazione organizzativa, con l'introduzione di servizi di telemonitoraggio e teleconsulto per i pazienti oncologici, da attivare nelle aree già coperte dai progetti di telemedicina del Pnrr. L'obiettivo è migliorare la presa in carico e la continuità assistenziale, sfruttando le infrastrutture digitali già finanziate.

Il decreto interviene anche sulla riforma della disabilità, estendendo la sperimentazione del nuovo sistema di valutazione e del progetto di vita personalizzato ad altre 40 province e rafforzando il ruolo del Garante nazionale, che potrà intervenire sia nella valutazione delle performance delle amministrazioni sia, nei casi più gravi, ricorrere al giudice amministrativo per tutelare i diritti delle persone con disabilità. Vengono inoltre ridefinite le modalità di gestione del Fondo unico per l'inclusione e aggiornate le procedure per garantire maggiore accessibilità ai servizi pubblici.

Sul versante più strettamente sanitario, una delle novità più concrete riguarda l'approvvigionamento dei farmaci. Per evitare ritardi nell'acquisto di medicinali coperti da brevetto – spesso prodotti da un unico operatore – le Regioni potranno ricorrere più facilmente a procedure negoziate senza bando, superando i limiti delle gare tradizionali in assenza di concorrenza. L'obiettivo è garantire continuità terapeutica soprattutto per malati cronici e pazienti affetti da patologie rare.

Infine, il decreto interviene su due ambiti strutturali del sistema: da un lato la revisione delle regole per l'accreditamento delle strutture sanitarie, con l'introduzione di procedure pubbliche che dovranno però salvaguardare continuità assistenziale e livelli occupazionali; dall'altro, la trasparenza dei fondi sanitari integrativi, per i quali vengono introdotti obblighi più stringenti di pubblicazione dei bilanci e delle informazioni.

Alleghiamo una breve analisi degli articoli che riguardano l'ambito sanitario e sociosanitario.

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione



Analisi degli articoli della Legge PNRR che riguardano il servizio sanitario

Articolo 2, commi 21-septies-21-decies (Procedure di assunzione negli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale)

Queste misure, inserite in sede referente, intervengono su un tema da tempo al centro del dibattito sulla sanità pubblica: la possibilità di stabilizzare il personale che da anni lavora nel Servizio sanitario nazionale con contratti precari o a termine, senza passare ogni volta attraverso concorsi lunghi e complessi. L'obiettivo dichiarato è consentire, in via eccezionale e temporanea, l'assunzione di questi lavoratori, ma entro limiti ben precisi e con procedure differenziate a seconda del tipo di contratto che hanno avuto.

La prima distinzione importante è tra due categorie di personale. Da un lato troviamo chi ha maturato, entro il 31 dicembre 2025, almeno diciotto mesi di servizio – anche non continuativi – negli ultimi cinque anni, con contratti di lavoro flessibile, comprese le collaborazioni coordinate e continuative. Per queste persone, la norma prevede una quota di riserva nei concorsi pubblici: fino al cinquanta per cento dei posti disponibili può essere destinato a loro, il che significa che, in pratica, un posto su due è riservato a chi ha già una storia di lavoro flessibile alle spalle. Dall'altro lato, c'è il personale che ha maturato almeno ventiquattro mesi di servizio continuativo con contratto di lavoro dipendente a termine, ma a una condizione fondamentale: che l'originario ingresso nell'azienda sanitaria sia avvenuto tramite un concorso pubblico. Per questi lavoratori, la norma va oltre la semplice riserva: consente un vero e proprio reclutamento diretto, senza concorso, attraverso una procedura selettiva semplificata basata su titoli e colloquio.

Tuttavia, queste opportunità non sono illimitate. La norma pone un primo tetto complessivo: l'insieme di queste assunzioni straordinarie non può superare il trenta per cento dei posti complessivamente programmati dall'ente sanitario nel triennio di riferimento. Non si guarda cioè all'anno singolo, ma all'arco di tre anni, per evitare che le stabilizzazioni finiscano per distorcere l'intera pianificazione del personale. Inoltre, le stesse disposizioni devono fare i conti con un orientamento consolidato della Corte Costituzionale, secondo cui le quote di riserva per il personale interno – quelle del primo tipo – non dovrebbero superare la metà dei posti messi a concorso, proprio per non compromettere il principio di libero accesso ai concorsi pubblici. La Corte, peraltro, sembra essere più tollerante verso le procedure di stabilizzazione del secondo tipo, quelle per il personale che aveva già superato un concorso per entrare con contratto a termine, perché in quel caso il principio meritocratico è stato già rispettato all'origine.

Un aspetto pratico rilevante è che queste procedure possono essere attivate anche per il personale che, alla data di entrata in vigore della legge, non è più in servizio. Questo significa

che chi ha maturato i requisiti richiesti ma ha già lasciato l'azienda sanitaria può comunque partecipare alle selezioni, senza essere penalizzato per aver cambiato lavoro nel frattempo.

Il colloquio previsto per le stabilizzazioni del secondo tipo non è un esame difficile o selettivo: serve solo a verificare che l'esperienza professionale maturata sia coerente con il profilo per cui si viene assunti, nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalità. Insomma, non si chiede di dimostrare chissà quali nuove competenze, ma semplicemente di confermare che ciò che si è fatto finora corrisponde a ciò che si andrà a fare.

Tutta questa operazione ha però un carattere eccezionale e temporaneo. Le procedure devono essere attivate entro il 31 dicembre 2026; dopo quella data, la norma non si applica più. Non si tratta quindi di una riforma strutturale del sistema di reclutamento, ma di una finestra limitata nel tempo per risolvere situazioni di precariato storico. Del resto, non è la prima volta che il legislatore interviene in questa direzione: esistono già altre disposizioni temporanee simili, come quelle previste dalla legge di bilancio del 2022 e da un decreto del 2023, cui la norma stessa fa riferimento per un inquadramento più ampio.

Infine, il legislatore ha voluto mettere un punto fermo sui costi: l'ultimo comma, il 21-decies, contiene le cosiddette clausole di invarianza finanziaria, cioè la garanzia che queste assunzioni non comporteranno nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. In altre parole, se si vuole assumere con queste procedure, lo si deve fare con le risorse già disponibili, senza chiedere soldi aggiuntivi allo Stato. Una cautela non secondaria, in un momento in cui i conti pubblici sono sotto osservazione.

Articolo 4, comma 4 (Investimenti 1.1 “Case della Comunità” e 1.3 “Ospedali di Comunità”, M6C1 e 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”, M6C2 del Pnrr)

Questo articolo affronta un problema concreto che molte regioni italiane hanno incontrato nella realizzazione degli investimenti sanitari finanziati dal PNRR, ovvero il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il problema è noto: il costo dei materiali da costruzione è aumentato in modo significativo negli ultimi anni, e molti cantieri si sono trovati con budget insufficienti per portare a termine le opere. Inoltre, alcuni progetti hanno subito ritardi proprio perché le regioni faticavano a trovare le risorse aggiuntive necessarie per coprire questi maggiori costi. Per questo motivo, già nel dicembre 2023 il Consiglio dell'Unione Europea aveva approvato una rimodulazione degli obiettivi del PNRR, riducendo il numero previsto di Case della Comunità (da 1.350 ad almeno 1.038), di Centrali operative territoriali (da 600 ad almeno 480), di Ospedali di Comunità (da 400 ad almeno 307) e di interventi antisismici (da 109 ad almeno 84). La riduzione dei target è stata proprio una conseguenza dell'aumento dei costi e delle difficoltà di finanziamento.

Ora, l'articolo in questione interviene per dare alle regioni uno strumento in più per far fronte a questi maggiori costi. In particolare, modifica una norma precedente – quella del decreto legge n. 19 del 2024 – per consentire alle regioni di utilizzare le risorse previste da una legge storica per l'edilizia sanitaria, la legge n. 67 del 1988 (nota come articolo 20), al fine di coprire i costi emergenti di tre specifici investimenti del PNRR: le Case della Comunità, gli Ospedali di

Comunità e il programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”. In pratica, si apre un canale di finanziamento alternativo per integrare i budget dei progetti che hanno subito rincari.

La modifica normativa è significativa perché semplifica l'accesso a queste risorse. In precedenza, le regioni potevano attingere ai fondi dell'edilizia sanitaria solo se non avevano ricevuto risorse da un altro fondo specifico, il cosiddetto Fondo per l'avvio di opere indifferibili (FOI). Questa condizione è stata ora eliminata: le regioni possono utilizzare i fondi dell'articolo 20 indipendentemente dal fatto che abbiano già ottenuto o meno finanziamenti dal FOI. L'obiettivo è rendere più snello e rapido il percorso per coprire i maggiori costi, evitando che i cantieri restino bloccati in attesa di verificare l'accesso a un fondo piuttosto che a un altro.

Naturalmente, l'utilizzo di queste risorse non è libero, ma segue una procedura ben definita. La regione che intende accedere ai fondi deve presentare una richiesta corredata da due documenti essenziali: una perizia suppletiva di variante, che dimostri e quantifichi i maggiori costi rispetto al progetto originario, e un quadro generale delle diverse fonti di finanziamento destinate agli investimenti di edilizia sanitaria interessati. La richiesta viene poi trasmessa al Ministero della Salute, che la approva con un proprio decreto, ma solo dopo aver ottenuto un parere positivo dal Nucleo di valutazione degli investimenti e un'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Una volta approvata, la richiesta serve a integrare i cosiddetti Contratti istituzionali di sviluppo (CIS), che sono gli accordi già sottoscritti tra lo Stato e le regioni per la realizzazione di queste opere.

A quel punto, le risorse nazionali previste dall'articolo 20 vengono effettivamente trasferite alla regione interessata. Il trasferimento avviene su richiesta del Ministero della Salute, in base allo stato di avanzamento dei lavori – cioè man mano che i cantieri procedono – e previo nulla osta del Tavolo Istituzionale che segue l'attuazione dei CIS. Per garantire trasparenza e controllo, la regione è poi tenuta a presentare alla Ragioneria Generale dello Stato, con cadenza semestrale, un rendiconto dettagliato delle risorse complessivamente impiegate per ciascuna linea di finanziamento.

Un aspetto aggiuntivo riguarda specificamente il programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”. Per questo investimento, la norma prevede che il finanziamento, che in parte era già a carico delle risorse statali del cosiddetto Fondo complementare al PNRR, venga invece interamente posto a valere sulle risorse nazionali per l'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20. Di conseguenza, queste ultime vengono incrementate per l'anno 2024 di 39 milioni di euro, che corrispondono proprio alla quota del Fondo complementare che era stata originariamente destinata a questo programma. Viene però stabilita un'eccezione per le Province autonome di Trento e Bolzano e per la regione Campania, che seguono probabilmente regole diverse.

Articolo 4, commi 4-bis-4-ter (Limite massimo di età per lo svolgimento dei rapporti di convenzione dei medici con il Servizio sanitario nazionale)

Si amplia il periodo temporale di applicazione della disciplina che in via transitoria ha elevato da 70 a 73 anni il limite massimo di età per lo svolgimento dei rapporti di convenzione dei medici con il Servizio sanitario nazionale per medici di medicina generale e pediatri di libera

scelta; in merito, la novella proroga al 31 dicembre 2027 il limite temporale vigente, posto al 31 dicembre 2026, e prevede che, nell'ambito del medesimo anno 2027, tale ulteriore proroga non abbia effetto oltre l'eventuale entrata in vigore di una riforma del settore.

Articolo 4, comma 4-quater (Disposizioni transitorie sull'accertamento delle condizioni di non autosufficienza per gli anziani di età pari o superiore a 70 anni)

Questo articolo affronta un tema delicato e tecnicamente complesso: il passaggio dal vecchio sistema di accertamento dell'invalidità civile e della non autosufficienza al nuovo sistema introdotto da due decreti legislativi del 2024. Si tratta di una transizione che coinvolge diversi attori – il Servizio sanitario nazionale, i Comuni (attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali), l'Inps e i cittadini – e che richiede un'attenta gestione dei tempi per evitare vuoti normativi o disservizi.

Il cuore della disposizione è il differimento, cioè lo slittamento in avanti dei termini previsti per l'entrata a regime del nuovo sistema. Questo differimento è stato stabilito dall'articolo 28, comma 7, del decreto legislativo n. 29 del 15 marzo 2024. Si tratta di una norma di "salvezza transitoria", il che significa che serve a garantire la continuità delle prestazioni durante il periodo di passaggio. In particolare, questa norma specifica che il vecchio sistema continua ad essere efficace – e quindi le commissioni mediche delle Asl continuano a operare – anche ai fini del riconoscimento dei trattamenti di invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento. In altre parole, chi ha bisogno di ottenere o rinnovare queste prestazioni non rimane scoperto durante la transizione.

Per comprendere appieno la portata del differimento, bisogna ricordare quali sono le scadenze previste dalla nuova disciplina. Il decreto legislativo n. 29 del 2024 ha introdotto una procedura di valutazione multidimensionale unificata per l'accertamento della non autosufficienza. Questa nuova procedura coinvolge in modo integrato il Servizio sanitario nazionale, l'Ambito Territoriale Sociale (che fa capo ai Comuni) e l'INPS, ed è attivabile dal cittadino attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA). Secondo il calendario originario, questa nuova procedura doveva entrare in vigore a partire dal 1° gennaio 2027 per i territori individuati nella fase sperimentale, e a partire dal 1° gennaio 2028 in via generale su tutto il territorio nazionale.

Ora, la norma che stiamo esaminando interviene proprio su queste scadenze, disponendo un ulteriore differimento. Si tratta di una scelta prudenziale, probabilmente dovuta alla consapevolezza che la transizione è complessa e che i territori potrebbero non essere pronti a rispettare i termini originari. Il differimento, tuttavia, riguarda solo alcune fattispecie e non altre, e qui si annida una delle questioni più delicate.

Bisogna infatti distinguere tra due diversi decreti legislativi. Il primo, il D.Lgs. n. 29 del 2024, riguarda l'accertamento della non autosufficienza. Il secondo, il D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024, riguarda invece l'accertamento delle condizioni di disabilità diverse dalla non autosufficienza, nonché in generale gli accertamenti relativi a soggetti di età inferiore a 70 anni (sia per la non autosufficienza che per la disabilità). Per quest'ultimo decreto, l'articolo 39, comma 1, lettera a), prevede l'abrogazione della legge n. 295 del 1990 – la legge che ha istituito le commissioni mediche presso le aziende sanitarie locali – a partire dal 1° gennaio 2027. Questo significa che,

da quella data, le vecchie commissioni ASL non esisterebbero più per le persone con disabilità (non anziane) e per le persone con disabilità diverse dalla non autosufficienza.

E qui emerge il potenziale problema di coordinamento. La norma di differimento che stiamo esaminando sposta in avanti i termini per il nuovo sistema di accertamento della non autosufficienza, ma non sembra intervenire direttamente sull'abrogazione delle commissioni ASL prevista dal D.Lgs. n. 62 per il 1° gennaio 2027. Se le commissioni ASL venissero abolite a quella data, ma il nuovo sistema unificato per la non autosufficienza fosse ancora in fase di attuazione o non pienamente operativo a causa del differimento, si creerebbe un vuoto: i cittadini non avrebbero né le vecchie commissioni a cui rivolgersi né il nuovo punto unico di accesso pienamente funzionante. Per questo motivo, il legislatore invita a valutare l'esigenza di un coordinamento tra le due discipline, proprio per evitare che il differimento per alcune fattispecie finisca per creare disagi per altre.

La norma, infine, specifica un ulteriore dettaglio importante: il differimento disposto si applica anche ai territori in cui, per le fattispecie non interessate dal differimento (cioè per gli accertamenti relativi a disabilità diverse dalla non autosufficienza e per gli accertamenti su soggetti under 70), sia già in corso la fase di sperimentazione prevista dal D.Lgs. n. 62 del 2024. In altre parole, anche nelle aree che stanno testando il nuovo sistema per queste categorie di persone, i termini slittano comunque per quanto riguarda la non autosufficienza. La convivenza tra i due regimi – uno in sperimentazione e l'altro differito – richiede quindi una gestione attenta per evitare confusione tra cittadini e operatori.

Articolo 4-bis (Servizio per il miglioramento della presa in carico dei pazienti oncologici)

L'articolo 4-bis, inserito in sede referente, detta disposizioni concernenti il servizio per il miglioramento della presa in carico dei pazienti oncologici. In particolare, il comma 1 prevede che le Regioni attuino un servizio di telemonitoraggio e teleconsulto del paziente oncologico, qualora non sia stato ancora attivato con le modalità previste dal comma 2, al fine di garantire una presa in carico tempestiva dei pazienti oncologici.

Il comma 2 prevede che il predetto servizio di telemonitoraggio e teleconsulto nei riguardi del paziente oncologico sia attivato dalle Regioni nelle province del proprio territorio in cui sia stato già finanziato un servizio di telemedicina nell'ambito del Pnrr – Missione 6 Salute, Componente 1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, intervento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina, sub-investimento 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.

Il comma 3 stabilisce che al servizio di telemonitoraggio e teleconsulto del paziente oncologico di cui al presente articolo si applica, in quanto compatibile, quanto previsto dai decreti del Ministro della salute 30 settembre 2022 e 21 settembre 2022.

Il comma 4 detta la clausola di invarianza finanziaria.

Articolo 7, commi 1-3 e 10 (Modifiche alla disciplina relativa all'attuazione della riforma della disabilità)

I commi in esame intervengono sulla disciplina relativa all'attuazione della riforma della disabilità prevista dal D.Lgs. n. 62 del 2024. Innanzitutto, dispongono l'estensione delle attività di sperimentazione relative alle nuove norme in materia di accertamento della condizione di disabilità (valutazione di base) e di elaborazione del progetto di vita individualizzato e personalizzato (valutazione multidimensionale) a ulteriori 40 province (comma 1).

Inoltre, recano una disposizione volta ad assicurare la formazione dei soggetti coinvolti nella progressiva attuazione della riforma della disabilità (comma 2).

Infine, modificano le norme relative alla composizione delle unità di valutazione di base, all'avvio del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita e alla condivisione di banche dati e informazioni per l'erogazione di prestazioni assistenziali o sanitarie alle persone con disabilità (comma 3).

Il comma 10 reca la clausola di invarianza finanziaria relativa all'applicazione dell'articolo 7 in esame.

Articolo 7, commi 4 e 10 (Modalità di utilizzo e riparto del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità)

L'articolo 7, comma 4, modifica le modalità di utilizzo e di riparto del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, attribuendo all'Autorità politica delegata in materia di disabilità la competenza a definire, con proprio decreto, sentita la Conferenza unificata, le modalità di utilizzo del Fondo per l'attuazione delle misure di competenza statale.

Per la finalità relativa al finanziamento del trasporto scolastico degli studenti con disabilità, il riparto del Fondo è disposto con decreto della medesima Autorità, da adottare previa intesa in sede di Conferenza unificata, mentre, per la finalità riguardante il potenziamento dei servizi di assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità, il riparto del Fondo è attuato con le modalità definite dalla legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, comma 710, L. n. 199 del 2025).

I suddetti decreti devono essere corredati di una relazione tecnica da trasmettere al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze.

Il comma 10 reca la clausola di invarianza finanziaria relativa all'applicazione dell'articolo 7 in esame.

Articolo 7, commi 5 e 10 (Procedura di definizione nel PIAO delle modalità ed azioni intese a realizzare la piena accessibilità all'amministrazione da parte degli ultrasessantacinquenni e delle persone con disabilità)

Il comma 5 dell'articolo 7 reca un'integrazione della disciplina sulla procedura di definizione, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di una pubblica amministrazione, delle modalità e delle azioni intese a realizzare la piena accessibilità, fisica e

digitale, all'amministrazione da parte degli ultrasessantacinquenni e delle persone con disabilità.

L'integrazione concerne l'ambito dei soggetti destinatari della comunicazione del nominativo del dipendente incaricato della suddetta predisposizione; la novella inserisce nell'ambito dei soggetti destinatari, finora costituito esclusivamente dal Dipartimento della funzione pubblica, il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

Il successivo comma 10 reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica con riferimento alle norme di cui al presente articolo.

Articolo 7, commi 6-7 e 10 (Previsioni relative al Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità in merito alla performance della pubblica amministrazione e alla legittimazione ad agire in giudizio a tutela di interessi delle persone con disabilità)

Il comma 6 dell'articolo 7 prevede che il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità possa presentare osservazioni, nei modi definiti dall'Organismo indipendente di valutazione della performance, al Piano della performance di una pubblica amministrazione e al documento di consuntivo denominato Relazione annua sulla performance, con riferimento ai profili riguardanti le possibilità di accesso e l'inclusione sociale delle persone con disabilità.

Il successivo comma 7 prevede che anche il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità possa presentare ricorso al giudice amministrativo nei confronti di un'amministrazione pubblica o di un concessionario di servizi pubblici, nelle ipotesi di mancata attuazione o violazione dei livelli di qualità dei servizi essenziali per l'inclusione sociale e l'accessibilità delle persone con disabilità; il ricorso in oggetto – inteso a ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione del servizio – può essere proposto qualora dalla suddetta mancata attuazione o violazione derivi una lesione diretta, concreta e attuale di interessi giuridicamente rilevanti e omogenei delle medesime persone. Il successivo comma 10 reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica con riferimento alle norme di cui al presente articolo.

Articolo 7, commi 8 e 10 (Disposizione procedurale sull'adozione del programma di azione triennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità)

Il comma 8 modifica la procedura per l'adozione del programma di azione triennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. La novella integra la disciplina vigente, la quale prevede che il programma, inteso all'attuazione della legislazione nazionale e internazionale, sia predisposto dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità; la novella prevede che il programma sia successivamente adottato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri ovvero dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

Il successivo comma 10 reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica con riferimento alle norme di cui al presente articolo.

Articolo 7-bis (Modifiche al decreto legislativo 29 dicembre 2021, n. 230 in materia di assegno unico e universale per i figli a carico)

L'articolo 7-bis, inserito in sede referente, amplia la platea dei soggetti beneficiari dell'Assegno unico e universale. In particolare, con le modifiche agli articoli 1 e 3 del D.lgs. n. 230 del 2021, tra i richiedenti rientrano anche i lavoratori degli Stati membri dell'Unione europea non residenti in Italia, che hanno un contratto di lavoro subordinato o di attività da lavoro autonomo con iscrizione a una gestione previdenziale obbligatoria secondo la legislazione italiana e versamento effettivo della relativa contribuzione sociale obbligatoria secondo la legislazione italiana, e coloro, in possesso dei requisiti previsti, che hanno figli residenti in un altro Stato membro dell'Unione europea a carico fiscalmente secondo la legislazione italiana.

Articolo 15 (Misure urgenti di semplificazione a favore dei malati cronici e delle persone affette da patologie rare)

Questo articolo, composto da un unico comma, affronta un problema pratico e molto concreto che riguarda milioni di pazienti in Italia: la difficoltà delle Regioni e delle aziende sanitarie ad approvvigionarsi tempestivamente di alcuni farmaci essenziali, in particolare quelli destinati a malati cronici e a persone affette da malattie rare. Il problema è particolarmente acuto per quei medicinali coperti da brevetto che, per loro natura, vengono prodotti e commercializzati da un unico operatore, cioè dalla sola azienda farmaceutica che detiene l'autorizzazione all'immissione in commercio. In queste situazioni, la procedura ordinaria di gara pubblica – pensata per garantire la massima concorrenza tra più fornitori – si rivela spesso inadeguata, perché non esiste di fatto alcuna concorrenza: c'è un solo produttore, e non ha senso bandire una gara a cui nessun altro può partecipare.

Per risolvere questo problema, l'articolo concede alle Regioni la facoltà di acquistare questi farmaci attraverso una procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando. Si tratta di una deroga alla normale regola della gara pubblica, una scorciatoia procedurale che permette di saltare il passaggio preliminare della pubblicazione del bando e di andare direttamente a trattare con l'unico operatore economico in grado di fornire il farmaco. Questa procedura è già prevista dal Codice dei contratti pubblici, il D.Lgs. n. 36 del 2023, all'articolo 76, che disciplina le circostanze in cui le stazioni appaltanti possono aggiudicare un appalto senza bandire una gara, nel pieno rispetto dei principi di trasparenza e concorrenza (che ovviamente vanno intesi in modo compatibile con la situazione di monopolio naturale).

Le circostanze che giustificano questa deroga sono elencate dallo stesso articolo 76 e possono essere ricondotte a tre grandi categorie. La prima è la cosiddetta "gara deserta": quando, cioè, la procedura aperta o ristretta non ha prodotto alcuna offerta appropriata, né alcuna domanda di partecipazione valida. In pratica, se si bandisce una gara ma nessuno si presenta, o nessuno presenta un'offerta idonea, si può procedere con la negoziazione diretta. La seconda circostanza è quella dell' "esclusiva": quando i beni o i servizi possono essere forniti unicamente da un determinato operatore economico. Questo accade per tre ragioni: la prima riguarda le opere d'arte o le rappresentazioni artistiche uniche (un caso ovviamente marginale

per i farmaci); la seconda è l'assenza di concorrenza per motivi tecnici; la terza è la tutela di diritti esclusivi, inclusi i diritti di proprietà intellettuale, come appunto i brevetti farmaceutici. La terza grande circostanza è quella dell' "estrema urgenza" derivante da eventi imprevedibili, purché la situazione di urgenza non sia stata causata dalla stessa stazione appaltante.

Per quanto riguarda specificamente le forniture di prodotti, come nel caso dei farmaci, il Codice dei contratti pubblici prevede ulteriori ipotesi in cui la procedura negoziata senza bando è consentita: quando i prodotti sono fabbricati esclusivamente a scopo di ricerca, sperimentazione, studio o sviluppo; quando si tratta di consegne complementari effettuate dal fornitore originario; per le forniture quotate e acquistate sul mercato delle materie prime; e quando si acquistano forniture o servizi a condizioni molto vantaggiose da un fornitore che cessa l'attività.

L'articolo in esame, quindi, non inventa una nuova procedura, ma semplicemente chiarisce e agevola l'applicazione di queste norme già esistenti al settore farmaceutico, dove la presenza di brevetti e di diritti esclusivi rende particolarmente frequente la situazione di "unico operatore economico". In questo modo, le Regioni possono acquistare farmaci orfani (quelli per malattie rare), farmaci innovativi e più in generale tutti i medicinali coperti da brevetto in indicazioni d'uso esclusive senza dover passare attraverso una gara a bando che sarebbe di fatto inutile, perché nessun altro concorrente potrebbe partecipare. L'obiettivo è garantire la continuità terapeutica per i pazienti cronici e per le persone affette da patologie rare, evitando che i ritardi burocratici nelle procedure di acquisto si traducano in interruzioni delle cure.

È importante sottolineare che questa procedura è una facoltà, non un obbligo: le Regioni possono scegliere di utilizzarla quando ne ricorrono le condizioni, ma mantengono anche la possibilità di ricorrere alle procedure ordinarie se lo ritengono opportuno. In ogni caso, anche nella procedura negoziata senza bando devono essere rispettati i principi di trasparenza e di concorrenza nella misura in cui sono compatibili con la situazione di monopolio naturale. Non si tratta di una zona franca dalla legalità, ma di uno strumento flessibile pensato per adattare le regole degli appalti pubblici a un settore, quello farmaceutico, che ha caratteristiche molto particolari, prima fra tutte la presenza di brevetti che conferiscono diritti esclusivi di sfruttamento commerciale per un periodo di tempo determinato. Senza questo tipo di flessibilità, le aziende sanitarie rischierebbero di rimanere bloccate in procedure impossibili da completare, con conseguenze potenzialmente gravissime per i pazienti che dipendono da quei farmaci per la loro sopravvivenza o per la loro qualità di vita.

Articolo 26, comma 3 (Accreditamenti delle strutture sanitarie o socio-sanitarie e accordi contrattuali con le medesime strutture)

*Il comma 3 dell'articolo 26 modifica la disciplina⁶ che ha previsto la definizione – sulla base di un'intesa, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, successiva agli esiti delle attività di un Tavolo di lavoro – di una **revisione delle norme relative agli accreditamenti delle strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private, rilasciati da parte delle regioni o province autonome, e agli accordi contrattuali***

delle suddette strutture accreditate con i medesimi enti territoriali, o con gli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale.

La novella di cui al presente comma 3 definisce alcuni criteri per la suddetta revisione, prevedendo lo svolgimento di una procedura ad evidenza pubblica – per la selezione dei soggetti erogatori, al fine della stipulazione degli accordi in esame – che consenta comunque di salvaguardare i livelli occupazionali e la continuità assistenziale – articolata per tipologia di paziente o assistito e relativa fragilità – e che sia improntata a determinati parametri (posti dalla novella di cui alla lettera b) del presente comma 3).

Tale previsione viene posta in via sostitutiva rispetto a quella, finora vigente, che prevedeva di differenziare, nella revisione in oggetto, mediante diverse procedure ad evidenza pubblica, la valutazione tra l'ipotesi di rinnovo di un accordo contrattuale con una struttura privata accreditata e l'ipotesi di primo accordo contrattuale (per il singolo ente territoriale o ente o azienda del Servizio sanitario nazionale) con una struttura privata accreditata.

Resta fermo che la suddetta intesa deve concludersi entro il 31 dicembre 2026 e che: fino alla conclusione della stessa e comunque non oltre la suddetta data, è sospesa l'efficacia di alcune disposizioni, relative agli accreditamenti e agli accordi contrattuali in oggetto¹⁰; entro il medesimo termine del 31 dicembre 2026, le regioni e le province autonome devono adeguare il proprio ordinamento alle disposizioni oggetto di sospensione (come eventualmente ridefinite); la suddetta sospensione, in ogni caso, non osta al rilascio (in base alla disciplina previgente rispetto alle disposizioni oggetto di sospensione) di nuovi accreditamenti ad altre strutture.

Articolo 29, commi 3-8 (Disposizioni sui fondi sanitari e socio-sanitari integrativi)

I commi da 3 a 8 dell'articolo 29 sono stati per intero riformulati in sede referente, con contestuale soppressione dei commi da 9 a 11; il testo originario dei commi da 3 a 11 introduceva una funzione di regolamentazione e di vigilanza da parte della Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Covip) sui fondi sanitari e socio-sanitari integrativi, comunque denominati, limitatamente ai profili organizzativi, di governo societario, amministrativi, finanziari, contabili, di trasparenza e di corretto funzionamento; il testo approvato in sede referente prevede, per i fondi sanitari e socio-sanitari integrativi, comunque denominati, gli obblighi di redazione e di pubblicazione sul proprio sito internet istituzionale, nonché di trasmissione alle amministrazioni competenti alla relativa vigilanza, dei bilanci e delle relazioni indicati nel comma 3, i quali devono avere almeno gli elementi stabiliti nel comma 4; sono esclusi dal presente ambito le imprese di assicurazione e i prodotti assicurativi vigilati ai sensi del codice delle assicurazioni private.