



Newsletter Aris

n° 718 – 11.3.2026

All'esame gli emendamenti al Ddl di conversione del DL PNRR

All'esame in prima lettura, presso la Commissione Bilancio della Camera, il fascicolo degli emendamenti proposti al Ddl di conversione del **DL PNRR** ([C. 2807](#))

Tra le proposte di maggiore interesse in ambito sanitario, segnaliamo in particolare:

- In materia di **concorrenza e accreditamento** (art. 26), sono presenti proposte volte a:
 - Prorogare di un ulteriore anno (fino a fine 2027) dei lavori del tavolo di lavoro sull'accREDITamento, rivedendo i principi per la contrattualizzazione e espungendo dal testo il riferimento allo svolgimento di procedure ad evidenza pubblica. **(26.11 Faraone – IV; id. 26.15 Patriarca – FI)**
 - Rivedere i principi alla base della revisione del Tavolo di lavoro nazionale, prevedendo uno schema-tipo nazionale che rechi le indicazioni dei principali contenuti, delle caratteristiche e dei requisiti dei procedimenti di individuazione dei contraenti, definendo una periodicità congrua non inferiore a 5 anni e con un divieto di sconti sulle tariffe. **(26.9 Faraone – IV, 26.16 D'Attis – FI, 26.43 Alessandro Colucci – NM)**
 - Prorogare di un ulteriore anno i lavori del tavolo di lavoro sull'accREDITamento, reinserendo il doppio binario tra newcomers e rinnovi in una formula che escluda lo svolgimento di procedure ad evidenza pubblica differenziate **(26.14 Patriarca – FI)**
 - Una proroga di un ulteriore anno (fino a fine 2027) dei lavori del tavolo di lavoro sull'accREDITamento, che sopprima sia la nuova disciplina delle procedure ad evidenza pubblica prevista dal DL PNRR nonché il doppio binario per newcomers e rinnovi inserito dalla Legge Concorrenza 2025 (190/2025). **(26.10 Faraone – IV)**
- In materia di **sanità integrativa** (art. 29), sono invece presenti proposte:
 - Trasversali volte a sopprimere i commi relativi all'assegnazione delle funzioni di vigilanza della COVIP sui fondi sanitari integrativi **(29.3. Ciocchetti – FdI; id. 29.13 D'Attis – FI; id. 29.38 Guerra – PD)**

- Della Lega, volta ad assegnare ad AGENAS le funzioni di vigilanza sui fondi sanitari integrativi **(29.20 Centemero – Lega)**.

In allegato troverete l'analisi completa delle proposte emendative di maggior rilievo, suddivise per tematiche. Faremo seguito, una volta effettuate le segnalazioni da parte dei gruppi, con l'analisi di tutte le proposte di interesse che continueranno ad essere sottoposte all'esame.

La Commissione tornerà a discutere del provvedimento domani, giovedì 12 marzo, a partire dalle ore 12.15. A quanto appreso, inoltre, a margine dell'Ufficio di Presidenza sarebbero state definite le seguenti modalità per il prosieguo dei lavori:

- **Segnalazioni:** degli oltre 900 emendamenti presentati, i Gruppi dovranno indicare entro venerdì sera circa 250 proposte segnalate da sottoporre al voto in Commissione;
- **Ammissibilità:** nella seduta di giovedì dovrebbero essere comunicate le ammissibilità degli emendamenti, con possibilità di presentare eventuali ricorsi entro la stessa giornata;
- **Esame e votazioni:** anche alla luce del rallentamento dei lavori parlamentari la prossima settimana per la campagna referendaria e dei tempi tecnici necessari al Governo per l'istruttoria sulle proposte, le prime votazioni non dovrebbero tenersi prima del 24 marzo.

Vi terremo comunque informati su ulteriori sviluppi

All.1

Cordiali saluti
Ufficio comunicazione



DL PNRR (C. 2807)

Analisi emendamenti di interesse

Sommario

Accreditamento	1
Antincendi.....	3
Emergenza-urgenza	3
CCNL.....	3
Cure domiciliari.....	4
Previdenza e sanità integrativa.....	4
Disabilità	9
Personale	13
Vaccinazioni	13
Obesità.....	13
Terapie avanzate	13
Rinnovo piani terapeutici.....	13
Approvvigionamento farmaci	14
Oncologia.....	14
Screening	15
Formazione professionisti SSN	15
Pubblica amministrazione	16
Regioni ed enti locali.....	16

Accreditamento

Trasversale

- **Revisione dei principi alla base della revisione della normativa sull'accreditamento:** la proposta prevede che la revisione della disciplina dell'accreditamento ad opera del Tavolo nazionale di lavoro debba, prevedere, ai fini dell'individuazione (e non della selezione) la definizione di un procedimento (e non di una procedura ad evidenza pubblica) che consenta la salvaguardia di:
 - livelli occupazionali,
 - investimenti effettuati per il miglioramento e la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari,
 - continuità assistenziale quale presa in carico del paziente per completezza del percorso di cura, articolata per coerenza disciplinare, prossimità e correlate fragilità.

Inoltre, per evitare una frammentazione regionale, è richiesta al Tavolo l'elaborazione di uno schema-tipo nazionale che rechi le indicazioni dei principali contenuti, delle caratteristiche e dei requisiti dei procedimenti di individuazione dei contraenti, definendo una periodicità congrua non inferiore a 5 anni e con un divieto di sconti sulle tariffe.

Inoltre, il sistema premiale dovrà valorizzare gli operatori con riferimento a:

- La capacità di fornire sul territorio i servizi richiesti, la capillarità dei servizi assicurati e volumi delle prestazioni eseguite negli ultimi cinque anni in regime di accreditamento;
- 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;
- La capacità produttiva tale da contribuire a smaltire le liste di attesa nelle singole branche disciplinari di accreditamento;
- L'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 attenzione alle aree caratterizzate da bisogni complessi o da condizioni di fragilità.

È pertanto espunto, rispetto al testo del provvedimento, il punto relativo all'adeguato rapporto tra personale qualificato impegnato e numero degli assistiti. (26.9 Faraone – IV, 26.16 D'Attis – FI, 26.43 Alessandro Colucci – NM)

- **Proroga lavori tavolo dell'accreditamento e revisione dei principi alla base della revisione della normativa sull'accreditamento:** la proposta prevede:

- Una proroga di un ulteriore anno, fino al 31 dicembre 2027, dei lavori del Tavolo nazionale di lavoro sull'accreditamento;
- Che la revisione della disciplina dell'accreditamento ad opera del Tavolo nazionale di lavoro debba, prevedere, ai fini della contrattualizzazione (e non dell'individuazione) degli erogatori, il rispetto del diritto europeo e dei principi di parità di trattamento, di non discriminazione, di trasparenza e di proporzionalità, salvaguardando i livelli occupazionali e la continuità assistenziale articolata per tipologia di paziente o assistito e relativa fragilità. *È pertanto espunto il riferimento allo svolgimento di procedure ad evidenza pubblica.*

Che il sistema premiale dovrà valorizzare gli operatori con riferimento a:

- alla capacità di fornire sul territorio i servizi richiesti, alla capillarità dei servizi assicurati e ai volumi delle prestazioni eseguite negli anni;
- agli investimenti realizzati sul territorio in cui insiste l'accreditamento per migliorare la qualità delle prestazioni e per rinnovare e aggiornare tecnologicamente gli strumenti e i dispositivi utilizzati per l'esecuzione delle prestazioni;
- all'adeguato rapporto tra personale qualificato impegnato e numero degli assistiti;
- alla capacità produttiva tale da contribuire a smaltire le liste di attesa nella branca di accreditamento, in deroga ai tetti di spesa di cui al DL 95/2012;
- 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. **(26.11 Faraone – IV; id. 26.15 Patriarca – FI)**

- **Valorizzazione esclusiva della qualità delle prestazioni nei criteri di selezione:** Prevede che i criteri oggettivi di selezione degli avvisi pubblici delle Regioni per l'individuazione dei soggetti da contrattualizzare valorizzino esclusivamente (invece di prioritariamente) la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. **(26.12 Faraone – IV; 26.17 D'Attis – FI; 26.22 Torto – M5S)**

Maggioranza

- **Proroga lavori tavolo dell'accreditamento e reinserimento doppio binario:** prevede una proroga dei lavori del Tavolo nazionale per l'accreditamento fino al 31 dicembre 2027, specificando che la revisione debba tenere conto dell'esigenza di garantire la continuità assistenziale articolata per tipologia di paziente o assistito e relativa fragilità, differenziando la valutazione tra il rinnovo e le nuove richieste. **(26.14 Patriarca – FI)**

Opposizione

- **Emendamento soppressivo:** prevede la soppressione del comma 3 dell'art. 26, in materia di accreditamento sanitario e sociosanitario **(26.23 Marianna Ricciardi – M5S)**
- **Proroga lavori tavolo dell'accreditamento:** prevede una proroga dei lavori del Tavolo nazionale per l'accreditamento fino al 31 dicembre 2027, sopprimendo la nuova disciplina delle procedure ad evidenza pubblica prevista dal DL PNRR nonché il doppio binario per newcomers e rinnovi inserito dalla Legge Concorrenza 2025 (190/2025). **(26.10 Faraone – IV)**

Antincendi

Maggioranza

- **Proroga antincendi per strutture pubbliche:** prevede, all'ultimo punto, una proroga di ulteriori tre anni dei termini relativi agli obblighi di adeguamento in capo alle strutture sanitarie pubbliche alla normativa antincendio, anche non ricomprese nel PNRR, fermo restando l'adozione di misure compensative del rischio incendio e i requisiti minimi di sicurezza di **(26.47 Cannizzaro – FI)**

Emergenza-urgenza

Maggioranza

- **Esternalizzazione servizi di E-U:** fino al 31 agosto 2026, le Aziende del SSN possono affidare a terzi i servizi di E-U e specialistici, anche in più occasioni e con possibilità di proroga, nel pieno rispetto delle condizioni previste dalle linee guida con riferimento alle specifiche tecniche, ai prezzi di riferimento e agli standard qualitativi previsti. **(26.13 Mulé – FI)**

CCNL

Opposizione

- **Inserimento applicazione e rinnovo CCNL tra i criteri premiali:** prevede l'inserimento, tra i criteri premiali delle procedure ad evidenza pubblica, dell'applicazione e rinnovo nei tempi delle loro decorrenze dei CCNL sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. **(26.5 Malavasi – PD; id. 26.21 Zanella – AVS)**
- **Inserimento applicazione CCNL tra i criteri premiali:** prevede l'inserimento, tra i criteri premiali delle procedure ad evidenza pubblica, della valorizzazione della corretta applicazione del CCNL **(26.28 Di Lauro – M5S)**

- **Inserimento adempimento alle scadenze dei rinnovi contrattuali tra i criteri premiali:** prevede l'inserimento, tra i criteri premiali delle procedure ad evidenza pubblica, della valorizzazione dell'adempimento alle scadenze fissate per i rinnovi contrattuali, analogamente a quanto previsto per gli erogatori pubblici **(26.30 Sportiello – M5S)**
- **Inserimento trattamenti CCNL tra i punti salvaguardare nella revisione della normativa sull'accreditamento:** prevede che la revisione della disciplina dell'accreditamento ad opera del Tavolo nazionale di lavoro debba salvaguardare anche i trattamenti retributivi e normativi previsti dai CCNL sottoscritti dalle parti comparativamente più rappresentative a livello nazionale. **(26.48 Guerra – PD)**
- **Rinnovo contrattuale come requisito per l'accreditamento:** prevede che il rinnovo contrattuale del personale sanitario sia un requisito per il rilascio dell'accreditamento istituzionale **(26.42 Quartini – M5S)**

Cure domiciliari

Maggioranza

- **Esclusione cure domiciliari da procedure ad evidenza pubblica:** prevede che il meccanismo di procedure ad evidenza pubblica non si applichi in sede di primo accreditamento alle tipologie di attività sanitarie e sociosanitarie che vengano assoggettate alla disciplina dell'accreditamento istituzionale successivamente all'entrata in vigore della norma.
Le disposizioni, inoltre, non si applicano al settore delle cure domiciliari fino alla piena attuazione del relativo sistema di accreditamento da parte delle Regioni e Province autonome, fermo restando l'applicazione del meccanismo di procedure ad evidenza pubblica successivamente al primo accreditamento. **(26.7 Comaroli – Lega)**

Previdenza e sanità integrativa

Trasversale

- **Soppressione delle funzioni di vigilanza della COVIP sui fondi sanitari integrativi:** si prevede la soppressione dei commi da 3 a 11 che attribuiscono alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP) funzioni di regolamentazione e vigilanza 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 **(29.3. Ciocchetti – FdI; id. 29.13 D'Attis – FI; id. 29.38 Guerra – PD)**

Maggioranza

- **Assegnazione all'AGENAS della vigilanza sui fondi sanitari integrativi:** è attribuita all'AGENAS la vigilanza sui fondi sanitari e sociosanitari integrativi e complementari del Servizio sanitario nazionale, comunque denominati. La vigilanza riguarda i profili organizzativi, di governance, amministrativi, finanziari, contabili, di trasparenza e di corretto funzionamento. Restano esclusi dalla vigilanza dell'AGENAS la definizione e il contenuto sanitario delle prestazioni, nonché gli aspetti clinici e assistenziali, che continuano a essere disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente.
 - **Soggetti sottoposti a vigilanza:** la vigilanza si esercita su:
 - fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale;

- enti e casse con finalità esclusivamente assistenziale previsti dal Testo unico delle imposte sui redditi;
 - forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa o complementare, anche di natura contrattuale, collettiva o individuale, organizzate in forma stabile, dotate di autonomia gestionale e finalizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie o di cure di lungo periodo (long term care) a favore di lavoratori dipendenti, autonomi, pensionati e dei loro familiari.
- **Soggetti esclusi dall'ambito di applicazione:** sono esclusi:
 - le imprese di assicurazione e i prodotti assicurativi disciplinati dal Codice delle assicurazioni private, ferma restando la vigilanza dell'IVASS;
 - gli enti e le casse con finalità assistenziale che erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie o di long term care in via non prevalente;
 - le società di mutuo soccorso vigilate dal Ministero delle imprese e del made in Italy ai sensi della legge sulle società di mutuo soccorso.
- **Decreto attuativo e amministrazioni competenti:** è previsto un decreto adottato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero del Lavoro e con il MEF, nel rispetto del principio di mutualità e solidarietà tra gli iscritti e della funzione assistenziale dei fondi sanitari, che definisce:
 - i criteri di esercizio della vigilanza;
 - le modalità di determinazione, riscossione e versamento del contributo dovuto dai soggetti vigilati;
 - gli schemi di statuto, regolamento, fonti istitutive, modelli organizzativi e sistemi di governance;
 - i criteri di gestione economica e patrimoniale, inclusa la verifica della sostenibilità degli impegni assunti secondo criteri di proporzionalità e adeguatezza in relazione alla natura delle prestazioni erogate;
 - le regole di trasparenza, informativa agli iscritti e rendicontazione;
 - i requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza dei soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo. **(29.20 Centemero – Lega)**
- **Vigilanza IVASS sulle forme di assistenza sanitaria integrativa istituite da imprese di assicurazione:** si prevede che, nel caso di forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa o complementare istituite da imprese di assicurazione vigilate ai sensi del codice delle assicurazioni private (decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209), restino di competenza dell'IVASS la vigilanza sui profili organizzativi, di governo societario, amministrativi, finanziari e contabili, nonché l'esercizio del controllo **(29.4 Rizzetto – Fdl)**
- **Risoluzione stragiudiziale controversie, personale COVIP e bilanci fondi sanitari integrativi:** si prevede che gli enti previdenziali di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509 (le cosiddette casse previdenziali privatizzate) e al decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103 (le cosiddette casse di diritto privato di nuova istituzione) non siano più tenute ad aderire a sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie con iscritti, pensionati e beneficiari.
 - **Indennità di carica dei vertici della COVIP:** è stabilito che, a decorrere dal 1° aprile 2026, le indennità di carica del presidente e dei membri della COVIP siano equiparate a quelle previste per i membri dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni.

- **Struttura organizzativa della Commissione:** nell'ambito dell'organizzazione interna è prevista, oltre alla figura del direttore generale, anche quella del segretario generale, incaricata del coordinamento degli uffici.
 - **Trattamento economico del personale:** a decorrere dal 1° aprile 2026, il trattamento economico complessivo del personale delle carriere direttiva e operativa è determinato sulla base dei criteri stabiliti dal contratto collettivo di lavoro applicato presso l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, superando il precedente limite parametrato a una percentuale del relativo trattamento massimo.
 - **Modalità di reclutamento del personale:** è introdotta una disciplina specifica per l'assunzione del personale della Commissione, che avviene tramite concorsi pubblici per titoli ed esami, con requisiti rigorosi di competenza ed esperienza nei settori di attività istituzionali. I concorsi sono indetti e gestiti direttamente dalla Commissione, secondo appositi bandi.
 - **Assunzioni a tempo determinato:** la Commissione può assumere personale con contratto di lavoro a tempo determinato, regolato dal diritto privato, entro il limite del 20 per cento dei posti previsti dalla pianta organica, nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e buon andamento.
 - **Utilizzo di esperti esterni:** è prevista la possibilità per la Commissione di avvalersi di esperti esterni su specifiche materie o problematiche, con remunerazione determinata secondo le tariffe professionali.
 - **Soppressione della facoltà di assunzioni a tempo determinato:** viene eliminata la disposizione che consentiva alla COVIP di effettuare assunzioni dirette con contratti a tempo determinato, disciplinati dal diritto privato, entro il limite di venti unità e nei limiti della dotazione finanziaria.
 - **Pubblicità bilanci fondi sanitari integrativi:** fondi sanitari e sociosanitari integrativi e complementari del Servizio sanitario nazionale, a partire dall'esercizio 2025, mettono a disposizione del pubblico, gratuitamente presso la sede sociale e sul sito internet, i bilanci di esercizio o rendiconti annuali comunque denominati e, ove previsti, i documenti contabili infrannuali o equivalenti. Tale documentazione è pubblicata entro il termine di sessanta giorni dalla data di approvazione da parte degli organi competenti individuati dallo statuto, dal regolamento o dalla fonte istitutiva e resta pubblicata e liberamente accessibile al pubblico per almeno dieci anni a decorrere dalla data di pubblicazione. **(29.21 Nisini – Lega; simile alla proposta di opposizione 29.23 Dell'Olio (M5S) che prevede unicamente l'esclusione delle casse previdenziali privatizzate e delle casse di diritto privato di nuova istituzione dall'obbligo di adesione a sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie con iscritti, pensionati e beneficiari).**
- **Esclusione delle Casse previdenziali private dal sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della COVIP:** si prevede l'eliminazione delle Casse previdenziali private dal perimetro di applicazione del nuovo sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie affidato alla COVIP **(29.5 Rizzetto – FdI; simili a emendamenti di opposizione 29.22 Torto – M5S e 29.39 Guerra – PD)**
 - **Esclusione delle società di mutuo soccorso dalla vigilanza COVIP e coinvolgimento del MIMIT nell'adozione del regolamento COVIP:** si prevede che restino escluse dalla vigilanza della COVIP la struttura, il funzionamento e i requisiti mutualistici delle società di mutuo soccorso, anche qualora tali aspetti riguardino profili organizzativi o di governo societario. Inoltre, si prevede che il

regolamento della COVIP sia adottato non solo sentiti il MinSal e il MEF, ma anche il MIMIT. **(29.6 Barabotti – Lega).**

- **Sistema di monitoraggio e cruscotto di indicatori COVIP:** è istituito, nell'ambito delle funzioni di vigilanza e monitoraggio della COVIP, un sistema permanente di misurazione e comparazione dei risultati dei fondi sanitari e sociosanitari, finalizzato alla valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e della sostenibilità della spesa.
 - **Cruscotto pubblico di indicatori:** il sistema è attuato tramite un cruscotto pubblico di indicatori chiave di efficienza, efficacia e qualità, omogenei e comparabili, definiti con regolamento della COVIP sentiti il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.
 - **Tipologie di indicatori:** il cruscotto comprende indicatori relativi al costo pro capite sostenuto per assistito, alle prestazioni effettivamente erogate in termini quantitativi e qualitativi, ai tempi medi di attesa per tipologia di prestazione, agli esiti delle prestazioni e agli indicatori di risultato sanitario e sociosanitario, nonché agli indici di efficienza della spesa in rapporto alle prestazioni rese.
 - **Criteri di comparazione tra modelli organizzativi:** la comparazione tra diversi modelli organizzativi, inclusi quelli universalistici e misti, è effettuata esclusivamente sulla base di indicatori previamente individuati e resi omogenei.
 - **Finalità del sistema di monitoraggio:** il sistema è orientato alla misurazione dell'efficienza della spesa e del rapporto tra risorse impiegate e risultati conseguiti, assicurando trasparenza, accessibilità pubblica dei dati aggregati e coerenza metodologica.
 - **Clausola di invarianza finanziaria:** l'attuazione delle disposizioni avviene senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, mediante l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. **(29.01 Frassini – Lega)**

- **Ridefinizione delle forme di assistenza sanitaria integrativa e chiarimento della competenza dell'IVASS:** si prevede l'inclusione tra le forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa o complementare, comunque istituite, anche di natura contrattuale, collettive o individuali, finalizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie o di cure di lungo periodo (*long term care*) in favore di lavoratori dipendenti, autonomi, pensionati e dei relativi familiari. È inoltre precisato che, qualora tali forme siano istituite da imprese di assicurazione vigilate ai sensi del codice delle assicurazioni private (d.lgs. n. 209 del 2005), la vigilanza sui profili organizzativi, di governo societario, amministrativi, finanziari e contabili, nonché l'esercizio delle relative attività di controllo, restano di competenza dell'IVASS **(29.7 Barabotti – Lega).**

- **Introduzione di un regime di vigilanza semplificato per enti e forme assistenziali di natura associativa e riduzione dei poteri della COVIP:** si prevede l'introduzione di un regime di vigilanza semplificato per gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale e per le forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa o complementare che abbiano natura giuridica associativa e siano costituite sulla base di contratti o accordi collettivi di lavoro, nazionali o aziendali, conclusi da organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, in ragione della loro funzione solidaristica. Inoltre, si prevede l'eliminazione del potere della COVIP di approvare statuti e fonti istitutive dei soggetti vigilati; viene inoltre rimosso il requisito di indipendenza tra quelli richiesti ai soggetti che svolgono funzioni di amministrazione,

direzione e controllo e viene eliminato il riferimento ai poteri sanzionatori della COVIP, mantenendo i soli poteri ispettivi e di intervento **(29.9. Frassini – Lega)**.

- **Parziale sospensione delle risorse in caso di inadempienze nel Programma operativo sanitario della Regione Molise:** si prevede la modifica della disciplina relativa all'erogazione delle risorse previste per l'attuazione delle misure connesse al Piano di rientro sanitario della Regione Molise, stabilendo che, in caso di mancata adozione del Programma operativo nei termini previsti, di valutazione negativa da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti o di mancata attuazione degli adempimenti richiesti, non si proceda più alla totale mancata assegnazione delle risorse, ma alla sospensione dell'80 %delle stesse fino all'assicurazione degli adempimenti richiesti. Inoltre, si prevede che entro il 28 febbraio 2026 la regione Molise adotta il piano finalizzato a coprire, entro il 31 dicembre 2028, il disavanzo sanitario residuo (*precedentemente era stato fissato il termine al 31 dicembre 2027*). Inoltre, si prevede la modifica della disciplina relativa al riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard, stabilendo che la quota annuale riservata alle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti sia rideterminata in 40 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, (*in luogo dei 20 milioni di euro previsti a decorrere dal 2025*). **(29.10 Lancellotta – Fdi)**

- **Contributo integrativo delle società che erogano servizi professionali soggetti ad albo:** si prevede che le società, indipendentemente dalla forma giuridica adottata, che erogano, anche per il tramite di soggetti terzi, servizi per il cui svolgimento è necessaria l'iscrizione all'albo professionale, sono tenute ad applicare sui relativi corrispettivi il contributo integrativo previsto e dalle rispettive Casse professionali, con diritto di rivalsa sul richiedente il servizio professionale, e a riversarne l'ammontare alla Cassa di riferimento. In caso la normativa della Cassa di previdenza non preveda il contributo integrativo, le suddette società saranno tenute ad applicare un contributo dello 0,5% sul fatturato anno. **(29.09 D'Attis – FI)**

- **Riforma della vigilanza sui fondi sanitari integrativi e ridefinizione del ruolo della COVIP**
 - **Principi e finalità della vigilanza sulla sanità integrativa:** si prevede la ridefinizione dei principi generali dell'attività di vigilanza della COVIP, chiarendo che le forme di assistenza sanitaria integrativa e sociosanitaria operano in rapporto di sussidiarietà rispetto al SSN e costituiscono uno strumento funzionale alla politica sanitaria pubblica. L'attività dei fondi è orientata ai principi di coerenza con i valori del SSN, trasparenza nei confronti degli assistiti, mutualità e solidarietà.
 - **Delimitazione dell'ambito della vigilanza della COVIP:** si prevede che la vigilanza della COVIP sia limitata ai profili organizzativi, di governance, amministrativi, finanziari, contabili e di trasparenza dei fondi sanitari e sociosanitari integrativi, restando esclusi gli aspetti relativi alla definizione delle prestazioni sanitarie, ai contenuti sanitari e ai profili clinici e assistenziali, che continuano a essere disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente.
 - **Istituzione del Registro Unico Nazionale dei Fondi Sanitari:** si prevede l'istituzione presso la COVIP di un Registro Unico Nazionale dei fondi sanitari, accessibile in modalità telematica, finalizzato a garantire maggiore trasparenza e sistematizzazione delle informazioni sugli enti operanti nel settore. È inoltre prevista la creazione, all'interno della Commissione, di una specifica area di vigilanza dotata di personale qualificato.
 - **Definizione dell'ambito soggettivo della vigilanza:** si prevede una più chiara individuazione dei soggetti sottoposti alla vigilanza della COVIP, includendo i fondi sanitari integrativi del

Servizio sanitario nazionale, gli enti e le casse aventi esclusivamente finalità assistenziale e le altre forme organizzate di assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa o complementare dotate di autonomia giuridica e gestionale. Restano invece esclusi dall'ambito della vigilanza le imprese di assicurazione e i prodotti assicurativi vigilati dall'IVASS, nonché le società di mutuo soccorso vigilate dal Ministero delle imprese e del Made in Italy.

- **Ridefinizione delle funzioni della COVIP:** si prevede la puntuale individuazione delle funzioni attribuite alla COVIP nell'esercizio della vigilanza, tra cui la gestione del Registro Unico dei fondi sanitari, la vigilanza su statuti, regolamenti e modelli organizzativi, il controllo sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, la verifica dei requisiti degli organi di amministrazione, direzione e controllo e la vigilanza sulla trasparenza e sull'informativa agli iscritti, nonché l'esercizio di poteri ispettivi e di intervento secondo criteri di proporzionalità e gradualità.
- **Supporto tecnico dell'AGENAS:** si prevede che la COVIP possa avvalersi del supporto tecnico dell'AGENAS per i profili relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e alle convenzioni con strutture pubbliche, private o accreditate, con parere obbligatorio ai fini della verifica di coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale.
- **Soppressione di una disposizione relativa alle funzioni di vigilanza:** si prevede l'eliminazione della disposizione che attribuiva ulteriori compiti di vigilanza alla COVIP sul corretto utilizzo delle risorse e sul rispetto delle finalità integrative e complementari rispetto ai livelli essenziali di assistenza.
- **Nuove modalità di adozione delle istruzioni di vigilanza:** si prevede che le istruzioni di vigilanza siano adottate mediante regolamento della COVIP, di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze e sentito l'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi, da emanare entro il 28 febbraio 2027.
- **Rafforzamento del ruolo di indirizzo del Ministero della salute:** si prevede la conferma dell'alta vigilanza del Ministero della salute sul settore della sanità integrativa e sociosanitaria, con funzioni di indirizzo generale, monitoraggio dell'integrazione con il Servizio sanitario nazionale e verifica della coerenza delle prestazioni con i principi di universalità, equità e solidarietà del sistema sanitario pubblico.
- **Disciplina della personalità giuridica dei fondi sanitari:** si prevede che il riconoscimento della personalità giuridica dei fondi sanitari avvenga direttamente con l'iscrizione nel Registro Unico Nazionale tenuto dalla COVIP. Per i soggetti già dotati di personalità giuridica ai sensi della normativa vigente, l'iscrizione al nuovo registro comporta la sospensione dell'efficacia delle precedenti iscrizioni nei registri delle persone giuridiche o nel Registro unico nazionale del Terzo settore, senza perdita della personalità giuridica già acquisita, prevedendo inoltre forme di coordinamento informativo con le amministrazioni competenti. **(29.12 Lucaselli – Fdi)**

Disabilità

Trasversale

- **Competenza medico presidente della commissione:** si prevede che, nel caso non sia disponibile un medico con le specializzazioni indicate al secondo periodo, l'INPS nomina, come presidente, un medico che abbia svolto attività per almeno tre anni – e non per almeno un anno come previsto nel testo base – in organi di accertamento in materia assistenziale o previdenziale. **(7.8 Furfaro – PD; 7.32 Colucci – NM)**

Maggioranza

- **Modifiche al D.lgs. 62/2024:** si apportano una serie di modifiche e integrazioni al D.lgs. 62/2024 in materia di sperimentazione della disabilità, in particolare:
 - **Risorse per assunzioni INPS:** si prevede che per le assunzioni INPS per il triennio 2024-2026 per il personale dedicato al procedimento per la valutazione di base, [ai sensi dell'art. 9, co. 7 del D.lgs. 62/2024](#), si autorizza una spesa di 119.347.088 euro per l'anno 2026, in luogo di 165.196.120 per l'anno 2026. Parallelamente, a tal fine si prevede un incremento di 7 mln di euro per l'anno 2026 delle risorse stanziare in Legge di Bilancio 2025 (da 7 a 14 mln di euro) (art. 1, co. 232).
 - **Conclusione progetto di vita in fase di sperimentazione:** si specifica che in fase di sperimentazione, il procedimento per la formazione del progetto di vita è fissato in centoventi giorni dall'avvio del procedimento stesso. Si ricorda che, a legislazione vigente, si prevede anche che, in generale, il procedimento per la formazione del progetto di vita si concluda entro novanta giorni, salva diversa disposizione ([art. 23, co. 7, D.lgs. 62/2024](#)).
 - **Incremento Fondo Unico Disabilità:** si prevede un incremento di 19.420.000 euro della dotazione del Fondo Unico per l'inclusione delle persone con disabilità ([art. 1, co. 213, Legge di Bilancio 2024](#)). **(7.15 Comaroli – Lega)**
- **Unità di supporto:** per assicurare l'attuazione del presente decreto legislativo anche attraverso un coordinamento tra il Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, presso le Regioni e i territori interessati sono istituite fino al 31 dicembre 2027 le unità di supporto.
 - **Composizione:** le unità sono composte da:
 - Esperti designati dal Ministro per le disabilità (fino a un massimo di due) individuati anche tra il personale già dedicato alle attività di formazione;
 - Rappresentanti della Regione o Provincia autonoma designati tra dirigenti e funzionari appartenenti alle strutture regionali deputate alla programmazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari;
 - Rappresentanti designati dagli Ambiti territoriali sociali (ATS);
 - Rappresentanti designati dalle Aziende Sanitarie o da Aziende Socio-sanitarie;
 - Responsabile della competente struttura dell'INPS;
 - Rappresentanti designati dal CNOAS, nel limite massimo complessivo di 20 componenti per ciascuna unità.
 - **Funzioni:** le funzioni delle unità sono:
 - rilevazione e condivisione di buone prassi applicative;
 - individuazione di soluzioni condivise rispetto agli assetti organizzativi;
 - supporto nell'individuazione di azioni utili all'elaborazione dei Progetti di vita.
 - **Articolazione territoriale e coordinamento:** nel medesimo territorio regionale possono essere istituite più Unità di supporto, in relazione all'estensione del territorio, alla densità abitativa o all'organizzazione dei servizi. In questi casi, il coordinamento tra le diverse Unità è assicurato a livello regionale secondo modalità definite con apposito decreto. Resta fermo il limite massimo complessivo di 30 Unità su base nazionale.
 - **Attuazione e compensi:** la composizione, il funzionamento e il coordinamento delle Unità di supporto sono demandati a un decreto del Capo del Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità, previo coinvolgimento del Gruppo di coordinamento competente. È previsto un compenso solo per gli esperti designati dal Ministro per le

disabilità, entro tetti massimi complessivi e individuali stabiliti per il 2026 e il 2027, senza rimborsi spese. Per tutti gli altri componenti non sono previsti compensi o altre utilità, e il funzionamento delle Unità avviene con le risorse già disponibili a legislazione vigente.

- **Oneri:** agli oneri, pari a 498.000 euro per l'anno 2026 e 1.002.000 euro per l'anno 2027, si provvede mediante corrispondente riduzione delle disponibilità iscritte nel Fondo Unico Disabilità. **(7.16 Panizzut – Lega)**

- **Modifiche alla normativa su Garante nazionale per le persone con disabilità:** si introducono modifiche e integrazioni al [D.lgs. 20/2024](#) sull'Istituzione dell'Autorità Garante dei diritti delle persone con disabilità:
 - **Rispetto Protocollo ONU:** il Garante opera nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e assistenziali quale meccanismo nazionale di prevenzione ai sensi dell'art. 3 del Protocollo opzionale alla Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti, ed esercita i poteri, gode delle garanzie e adempie gli obblighi di cui agli articoli 4 e da 17 a 23 del menzionato Protocollo.
 - **Dotazione organica:** si prevede che la dotazione organica dell'Autorità, con decorrenza non anteriore al 1° gennaio 2026, è costituita da una unità dirigenziale di livello generale e una unità dirigenziale di livello non generale e 19 unità – *anziché 20 unità* – di personale non dirigenziale, di cui 12 unità e *non 10 unità* – di categoria A e 7 unità – *anziché 10 unità* – di categoria B, in possesso delle competenze e dei requisiti di professionalità necessari in relazione alle funzioni e alle caratteristiche di indipendenza e imparzialità del Garante.
 - **Numero di esperti:** si modifica a 15 il limite massimo di esperti di cui può avvalersi l'Ufficio del Garante, prima fissato a 8.
 - **Funzioni:** si aggiunge una nuova funzionale al Garante, quale la formulazione dei pareri obbligatori e non vincolanti su regolamenti e provvedimenti amministrativi di natura generale nei confronti delle pubbliche amministrazioni e dei concessionari di pubblici servizi che abbiano incidenza diretta e immediata sui diritti delle persone con disabilità. Inoltre, si prevede che possa collaborare con organismi indipendenti non solo nazionali, ma anche internazionali.
 - **Commissario ad acta:** si specifica che nel caso di mancata ottemperanza, il Garante può agire in giudizio, anche al fine di chiedere la nomina di un commissario ad acta.
 - **Azione processuale del Garante:** si sostituisce integralmente l'art. 6 su "Azione del Garante avverso il silenzio e declaratoria di nullità". In particolare, si prevede che:
 - il Garante sia legittimato ad agire in giudizio contro gli atti amministrativi generali, i regolamenti ed i provvedimenti di qualsiasi amministrazione pubblica e dei concessionari di pubblici servizi che violino i diritti delle persone con disabilità, previo espletamento della procedura;
 - nel caso in cui un'amministrazione o un concessionario di pubblico servizio adotti un provvedimento o un atto amministrativo generale in relazione al quale la parte lamenta una violazione dei diritti della persona con disabilità, una discriminazione o lesione di interessi legittimi, se la pubblica amministrazione o il concessionario di pubblici servizi non si conforma nei sessanta giorni successivi alla comunicazione del parere, il Garante possa presentare il ricorso, entro i successivi trenta giorni. **(7.17 Panizzut – Lega)**

- **Rispetto del modello bio-psico-sociale:** si aggiunge un comma secondo cui le procedure di accertamento e valutazione della disabilità sono effettuate nel rispetto del modello bio-psico-sociale fondato sulla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), in coerenza con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. **(7.31 Colucci – NM)**
- **Posticipo estensione sperimentazione:** si modifica la data di decorrenza dal 1° marzo 2026 al 1° settembre 2026 per cui le attività di sperimentazione sono estese, a livello provinciale, nei territori indicati nell'allegato 1 del DL. **(7.33 Colucci – NM)**

Opposizione

- **Fondo per l'attuazione dei progetti di vita delle persone con disabilità:** è istituito presso il MinLav del Fondo per l'attuazione dei progetti di vita delle persone con disabilità con una dotazione di 100mln di euro a decorrere dall'anno 2026. Il Fondo è destinato al finanziamento dei servizi territoriali, dell'assistenza personale e delle misure di sostegno alla vita indipendente. **(7.02 Furfaro – PD)**
- **Monitoraggio periodico INPS per uniformità sperimentazione:** si aggiunge un comma che prevede che l'INPS, utilizzando i flussi informativi e le banche dati già disponibili a legislazione vigente, effettua un monitoraggio periodico dei principali indicatori di funzionamento delle commissioni di accertamento, con particolare riferimento ai tempi medi di definizione dei procedimenti, agli esiti delle valutazioni e alle eventuali criticità operative rilevate a livello territoriale. I risultati del monitoraggio sono trasmessi annualmente al MinLav, MinSal e Commissioni parlamentari competenti. L'obiettivo è rendere uniforme l'applicazione della sperimentazione. **(7.9 Zanella – Avs)**
- **Criteri interoperabilità piattaforme INPS:** si prevede che il provvedimento dell'INPS – volto ad individuare le modalità di funzionamento delle piattaforme regionali dedicate alla sperimentazione – sia volto anche ad individuare gli standard minimi di interoperabilità e criteri tecnici uniformi per l'integrazione delle piattaforme regionali e locali, nonché i tempi indicativi per l'attivazione delle convenzioni che l'INPS può stipulare con le regioni ai sensi [dell'art. 16, comma 1-bis dell'art. 16 del D.lgs. 62/2024](#). **(7.10 Zanella – Avs)**
- **Dimensione multidisciplinare delle commissioni di valutazione della disabilità:** viene aggiunta una specifica per cui alle commissioni di valutazione di base partecipa, con funzioni consultive, un professionista dell'area sociale o sociosanitaria, individuato tra assistenti sociali o altre figure professionali con competenze in materia di inclusione e disabilità, al fine di garantire una valutazione multidimensionale della condizione della persona. **(7.7 Furfaro – PD)**
- **Raccordo operativo tra referenti e Garante:** si specifica che le amministrazioni pubbliche comunichino il nominativo dei referenti in materia di inclusione sociale e accessibilità delle persone con disabilità al Garante nazionale *secondo le modalità che garantiscano un raccordo operativo tra i referenti designati e il Garante, anche ai fini della segnalazione di criticità e del monitoraggio delle politiche di inclusione e accessibilità*. **(7.12 Zanella – Avs)**
- **Adozione Regolamento aggiornamento definizione e criteri accertamento:** si anticipa al 30 giugno 2026 – in luogo del 30 novembre 2026 – il limite entro cui adottare il regolamento MinSal che – ai sensi dell'art. 12, co. 1 del D.lgs. 62/2024 – dovrà provvedere all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità civile e della sordocecità civile. **(7.24 Di Lauro – M5S)**

Personale

Maggioranza

- **Continuità degli incarichi ai medici fiscali INPS:** le convenzioni tra INPS e i medici di medicina fiscale per tutte le funzioni di accertamento medico-legali sulle assenze dal servizio per malattia dei pubblici dipendenti, ivi comprese le attività ambulatoriali inerenti alle medesime funzioni– previste ai sensi [dell'art. 55-septies, comma 2-bis del D.lgs. 165/2001](#) – garantiscono il prioritario ricorso ai medici iscritti nelle c.d. liste speciali (di cui [all'art. 4, co. 10-bis, DL 101/2013](#)), specificando che tali incarichi proseguono senza soluzione di continuità a tempo indeterminato nello stesso ambito territoriale fino alla permanenza nelle liste per i quali non trovano applicazione le limitazioni per età anagrafica previste dalle convenzioni, e fermo restando le disposizioni di cui [all'art. 1, co. 340 della Legge 147/2013](#). (7.03 Piero – FI)

Vaccinazioni

Maggioranza

- **Parere medico-legale per vaccinazioni legate all'attività lavorativa:** si prevede che, nel caso di persone che, per motivi di lavoro, per incarico d'ufficio o per poter accedere a uno Stato estero, si siano sottoposte a vaccinazioni non obbligatorie ma fortemente raccomandate, il parere medico-legale possa essere espresso dall'INAIL (29.2. Buonguerrieri – Fdl)

Obesità

Maggioranza

- **Estensione impiego Fondo obesità:** è prevista l'estensione dell'impiego del Fondo finalizzato al finanziamento di futuri interventi normativi in materia di prevenzione e cura dell'obesità (ex art. 1, co. 377 [L. 207/2024](#)) per agevolare l'accesso alle cure per i malati cronici nonché per garantire prestazioni relative alla cura dell'obesità attraverso terapie farmacologiche in favore dei soggetti meno abbienti ed economicamente più fragili (15.1 Benigni – FI).

Terapie avanzate

Maggioranza

- **Semplificazioni per l'accesso alle terapie avanzate:** si prevede che – per garantire un accesso tempestivo e uniforme alle terapie avanzate e nell'ambito dell'adozione di un sistema di contabilità fondato sul principio *accrual* – l'impegno di spesa per l'acquisto di terapie avanzate venga imputato agli esercizi in cui si prevede debbano essere disposti i pagamenti secondo le scadenze contrattualmente stabilite nell'ambito di modelli negoziali condizionati agli esiti clinici attesi. Analogamente le Regioni e le ASL ripartiscono i costi sostenuti per l'acquisto delle terapie avanzate tra gli esercizi in cui si prevede debbano essere disposti i relativi pagamenti secondo le scadenze contrattualmente stabilite di cui sopra, in misura corrispondente a tali pagamenti. Le medesime prescrizioni si applicano al bilancio consolidato del SSR (15.04 Comaroli – Lega; id. 15.06 D'Attis – FI).

Rinnovo piani terapeutici

Maggioranza

- **Semplificazioni per il rinnovo dei piani terapeutici:** prevede l'introduzione di misure di semplificazione amministrativa volte a contribuire alla riduzione delle liste d'attesa presso le strutture

del SSN nei casi in cui l'accesso sia motivato esclusivamente da esigenze di rinnovo dei Piani Terapeutici o da altri adempimenti connessi a strumenti amministrativi adottati a livello regionale.

- Scadenza di 24 mesi dei piani terapeutici: si prevede che i piani terapeutici e gli ulteriori strumenti amministrativi regionali relativi a medicinali rimborsabili dal SSN, destinati al trattamento continuativo di patologie croniche e somministrati presso il domicilio del paziente, decadono trascorsi 24 mesi dalla data di autorizzazione alla rimborsabilità da parte di AIFA.
- Istituzione Note AIFA: decorso il termine di 24 mesi, AIFA può disporre l'istituzione di una Nota o del suo mantenimento. Le Regioni provvedono a verificare l'aderenza dei medici prescrittori alle disposizioni contenute nelle Note AIFA, avvalendosi dei dati ordinariamente acquisiti attraverso i flussi amministrativi regionali.
- Continuazione della prescrizione: successivamente al termine di 24 mesi, i medicinali indicati possono continuare ad essere prescritti, dai medici specialisti operanti nel SSN nonché dai MMG, nel rispetto dei limiti prescrittivi stabiliti dall'AIFA per ciascuna specialità medicinale, nell'ambito della rimborsabilità.
- Determinazione modalità di accesso ai trattamenti: per assicurare un accesso omogeneo ai medicinali rimborsabili da parte dei pazienti sull'intero territorio nazionale, i limiti prescrittivi e le modalità di accesso ai trattamenti sono definiti a livello nazionale, sulla base delle disposizioni adottate dall'AIFA **(15.05 Patriarca – FI)**.

Approvvigionamento farmaci

Opposizione

- **Approvvigionamento farmaci orfani tramite unica procedura d'acquisto**: prevede che – per garantire l'accesso tempestivo e omogeneo alle terapie per i pazienti affetti da patologie rare – gli enti del SSN possano approvvigionarsi dei farmaci orfani tramite un'unica procedura d'acquisto per l'intero fabbisogno nazionale, avvalendosi di una centrale di committenza regionale individuata con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni. Le disposizioni attuative sono adottate con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il MEF e sentita la Conferenza Stato-Regioni da emanare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge **(15.2 Quartini – M5S)**.
- **Approvvigionamento farmaci di monopolio**: prevede che – per garantire l'accesso tempestivo e omogeneo ai farmaci coperti da brevetto in indicazioni d'uso esclusive, farmaci innovativi e orfani, forniti sul mercato da un unico operatore detentore di AIC, il cui prezzo è determinato da AIFA previa negoziazione – gli enti del SSN possono approvvigionarsi di tali farmaci tramite un'unica procedura d'acquisto per l'intero fabbisogno nazionale, avvalendosi di una Centrale di Committenza Regionale individuata con intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni. La Centrale di Committenza Regionale provvede all'approvvigionamento dei farmaci mediante procedura negoziata senza pubblicazione di un bando e senza dover procedere a nuovi confronti competitivi **(15.3 Sportiello – M5S)**.

Oncologia

Trasversale

- **Rafforzamento Rete nazionale tumori rari**: prevede che il Ministro della Salute, sentita AGENAS e previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, definisca – entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge – gli standard nazionali minimi e uniformi della Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR).
 - Standard: gli standard includono almeno:

- tempi massimi garantiti per l'attivazione e la risposta dei teleconsulti tra centri User e centri Provider;
 - la chiara definizione delle responsabilità cliniche, organizzative e documentali tra centro inviante e centro consulente;
 - l'adozione di flussi informativi nazionali obbligatori, interoperabili con i sistemi regionali, per la tracciabilità dell'intero percorso del paziente;
 - criteri uniformi per la presa in carico tempestiva e per l'invio ai centri esperti, integrati nei PDTA regionali.
- Recepimento da parte delle Regioni: le Regioni, entro 90 giorni dall'adozione degli standard nazionali, provvedono al loro recepimento e alla piena integrazione della RNTR nelle reti oncologiche regionali, assicurando:
 - la nomina di un referente regionale RNTR, con funzioni di coordinamento e responsabilità sull'attuazione degli standard;
 - l'inserimento dei percorsi di attivazione della RNTR nei PDTA oncologici e nei sistemi informativi regionali;
 - la garanzia dell'accesso alla seconda opinione specialistica e ai teleconsulti, senza oneri aggiuntivi per il paziente.
 - Ruolo di AGENAS: AGENAS assicura il monitoraggio annuale del funzionamento della RNTR, con particolare riferimento a:
 - tempi di attivazione e risposta dei teleconsulti;
 - volumi di attività dei centri User e Provider;
 - mobilità sanitaria evitabile;
 - esiti e indicatori di equità territoriale;
 - ascolto delle associazioni dei pazienti.

I risultati del monitoraggio sono pubblicati in un rapporto annuale accessibile al pubblico sul portale istituzionale del Ministero della salute e di AGENAS.

- Invarianza finanziaria: dall'attuazione dell'articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (**15.01 Malavasi – PD, Loizzo – Lega**).

Screening

Maggioranza

- **Digitalizzazione comunicazioni programmi di screening**: prevede che le Regioni adottino strumenti digitali per la promozione di programmi di screening e per l'invio di comunicazioni e avvisi informativi ai destinatari, per incrementarne l'adesione. Tali strumenti si affiancano alle modalità di comunicazione già adottate dalle aziende sanitarie e assicurano l'interoperabilità con il FSE e il punto di accesso telematico ai servizi della pubblica amministrazione anche attraverso i cellulari. Un decreto del Ministro della Salute – da adottare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, di concerto con l'Autorità delegata in materia di innovazione tecnologica e transizione digitale, sentiti il GDPD e l'AgID, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni – ne stabilisce i criteri e le modalità di attuazione (**15.08 Loizzo – Lega; simile 15.010 Loizzo – Lega**).

Formazione professionisti SSN

Maggioranza

- **Rafforzamento competenze digitali dei professionisti del SSN**: prevede che le Regioni promuovano iniziative di formazione e aggiornamento finalizzate al rafforzamento delle competenze digitali dei professionisti del SSN.

- Erogazione formazione: le attività di formazione sono erogate da soggetti accreditati, anche in collaborazione con soggetti pubblici o privati con esperienza nel settore delle tecnologie digitali applicate alla sanità.
- Valore delle attestazioni: le attestazioni conseguite possono costituire titolo valutabile nelle procedure concorsuali per il reclutamento del personale del SSN.

Invarianza finanziaria: agli adempimenti previsti si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica **(15.09 Loizzo – Lega)**.

Pubblica amministrazione

Maggioranza

- **Esecutività della condanna alle spese in distrazione nei confronti delle pubbliche amministrazioni**: il capo di sentenza che dispone la condanna alle spese con distrazione in favore del difensore della parte privata nei confronti delle pubbliche amministrazioni non può essere eseguito prima del passaggio in giudicato della decisione.
 - **Disciplina per le sentenze anteriori**: per le sentenze pubblicate prima dell'entrata in vigore della disposizione, in caso di riforma o cassazione della pronuncia sulle spese in distrazione, le pubbliche amministrazioni non possono richiedere la restituzione delle somme al difensore distrattario e recuperano gli importi esclusivamente nei confronti della parte sostanzialmente soccombente. **(29.05 Bellomo – FI)**

Regioni ed enti locali

Trasversale

- **Utilizzo quote accantonate Regioni**: si prevede che le disposizioni di cui al comma 899 dell'articolo 1 della [legge 30 dicembre 2018, n. 145](#) (LdB 2019), in materia di utilizzo delle quote accantonate e vincolate del risultato di amministrazione da parte delle regioni a statuto ordinario, si applicano per gli anni 2023, 2024 e 2025 e, limitatamente ai medesimi anni, anche alle province autonome di Trento e di Bolzano. **(29.03 Angelo Rossi – FdI; id. 29.015 Lai – PD)**

Maggioranza

- **Introduzione di un termine massimo per la gestione della liquidazione degli enti locali**: si prevede che l'organo straordinario di liquidazione debba concludere, entro il termine perentorio di cinque anni dalla data del decreto di nomina, le attività di rilevazione della massa passiva, acquisizione e gestione delle risorse finanziarie per il risanamento, anche tramite alienazione dei beni patrimoniali, nonché la liquidazione e il pagamento dei debiti.
 - **Cessazione automatica degli organi straordinari già operanti oltre il limite**: si dispone che gli organi straordinari di liquidazione già insediati alla data di entrata in vigore della legge di conversione che abbiano esercitato le suddette attività per un periodo superiore a cinque anni cessino automaticamente dall'incarico trascorsi quarantacinque giorni dalla medesima data. **(29.012 Zinzi – Lega)**
- **Irripetibilità delle somme percepite a titolo di trattamenti accessori regionali dichiarati incostituzionali**: si dispone che le somme corrisposte prima della pubblicazione della sentenza della Corte costituzionale che dichiara l'illegittimità di norme regionali istitutive di trattamenti economici accessori al personale delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti non siano soggette a restituzione, qualora siano state erogate in base a norme regionali vigenti al momento

dell'erogazione, percepite in assenza di dolo o colpa grave del dipendente e nell'ambito di rapporti di lavoro pubblico.

- **Cessazione degli effetti delle disposizioni dichiarate incostituzionali:** si prevede che, dalla data di pubblicazione della sentenza della Corte costituzionale, cessino gli effetti delle disposizioni dichiarate incostituzionali e sia vietata la corresponsione di trattamenti economici non previsti dalla normativa statale e dalla contrattazione collettiva nazionale.
- **Copertura finanziaria degli effetti derivanti dalla mancata restituzione:** si stabilisce che le amministrazioni interessate provvedano alla copertura degli effetti finanziari mediante l'utilizzo degli accantonamenti presenti nei fondi per rischi e oneri dei bilanci, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. **(29.013 Zinzi – Lega)**