



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 02

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

**Oggetto: Legge 30 dicembre 2024, n. 207 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.**

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31-12-2024, Suppl. Ordinario n. 43, è stata pubblicata la legge indicata in oggetto di cui **si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse così come illustrate nel dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.**

**Articolo 1, comma 100 (Compartecipazione al SSN di alcune categorie di soggetti che lavorano in Svizzera)**

**Il comma in titolo, introdotto nel corso dell'esame presso la Camera, nel modificare l'articolo 1, comma 238, della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024), prevede che la quota di compartecipazione al Servizio Sanitario Nazionale stabilita dalle regioni a carico dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 237, della medesima legge, possa essere raddoppiata in caso di omesso pagamento o dichiarazione da parte degli interessati.**

**Il comma in esame interviene sulla disciplina recata dall'art. 1, commi 237-239, della legge di bilancio 2024.**

**In base alla formulazione vigente dei suddetti commi 237-239, è prevista una forma di compartecipazione alla spesa sanitaria, posta a carico: dei residenti in Italia che lavorano e soggiornano in Svizzera e che utilizzano il Servizio sanitario nazionale; di alcune categorie di lavoratori frontalieri operanti in Svizzera; dei familiari a carico delle due predette tipologie di soggetti. Si prevede che le risorse derivanti dalla citata compartecipazione alla spesa sanitaria siano destinate al sostegno del servizio sanitario delle aree di confine e prioritariamente a beneficio del personale medico e infermieristico.**

In particolare, il comma 238 oggetto di novella, nel testo vigente, stabilisce che la regione di residenza definisce annualmente la quota di compartecipazione familiare, compresa fra un valore minimo del 3 per cento e un valore massimo del 6 per cento, attuando la progressività del contributo in rapporto al reddito netto e ai carichi familiari, con un minimo di 30 euro ed un massimo di 200 euro per ogni mese lavorato, da applicare, a decorrere dall'anno 2024, al salario netto percepito in Svizzera. La novella introdotta dal comma in esame prevede che il suddetto importo massimo di 200 euro sia raddoppiabile in caso di omesso pagamento o

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

comunicazione.

**Articolo 1, comma 121 (Disposizioni in materia di trattamento accessorio dei dipendenti pubblici)**

L'articolo 1, comma 121, prevede la possibilità di incrementare le risorse per i trattamenti accessori dei dipendenti pubblici, ivi compresi i dirigenti, rispetto a quelle destinate alla medesima finalità nel 2024.

Il suddetto incremento è ammesso:

- per i dipendenti statali, nel limite di una spesa - al lordo degli oneri contributivi ai fini previdenziali a carico del datore di lavoro e dell'imposta regionale sulle attività produttive - corrispondente alla dotazione di un apposito fondo (istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze), pari, a decorrere dal 2025, a 112,1 milioni di euro annui;
- per i dipendenti delle altre pubbliche amministrazioni, a valere sui relativi bilanci.

**Articolo 1, commi 151-157 (Norme in materia di personale dell'AIFA e norme sull'indennità di esclusività dei dirigenti sanitari del Ministero della salute, dell'AIFA e dell'INAIL)**

I commi da 151 a 155 recano varie norme relative al personale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Il comma 151 istituisce il ruolo unico della dirigenza sanitaria dell'AIFA, includendo in esso anche i dirigenti delle professionalità sanitarie diversi da quelli che attualmente rientrano nella dirigenza di prima e seconda fascia dell'Agenzia. **Per i dirigenti sanitari che, alla data dal 1° gennaio 2025, sono inquadrati nella suddetta seconda fascia, viene posto un principio di salvaguardia delle relative posizioni giuridiche ed economiche, anche al fine del conferimento degli incarichi dirigenziali, conferimento che sarà invece solo eventuale per i dirigenti sanitari che attualmente non sono inquadrati nelle fasce suddette (nonché per i futuri dirigenti sanitari a regime).** I successivi commi 152 e 153 estendono ai dirigenti sanitari dell'AIFA le previsioni della contrattazione collettiva nazionale relative alla dirigenza sanitaria del Ministero della salute e l'indennità di esclusività prevista per quest'ultima. Il comma 154 abroga i divieti per l'AIFA di stipulazione di contratti di collaborazione con esperti e di ricorso a contatti di lavoro dipendente a termine e ad altre forme di lavoro flessibile; all'abrogazione consegue l'applicazione dei summenzionati istituti secondo la disciplina vigente per le pubbliche amministrazioni. Il comma 155 specifica che le disposizioni di cui ai commi da 151 a 154 si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2025.

**Il comma 156 prevede il riconoscimento ai fini del trattamento di fine servizio o di fine rapporto dell'indennità di esclusività della dirigenza sanitaria del Ministero della salute, dell'AIFA e dell'INAIL; il riconoscimento ha effetto con riferimento alle anzianità contributive decorrenti dal 1° gennaio 2025. Il comma 157 dispone, a decorrere dal 1° gennaio 2025, l'elevamento dell'importo dell'indennità di esclusività del personale medico dell'INAIL, equiparandolo a quello dell'indennità di esclusività della dirigenza sanitaria del Ministero della salute (nonché ora dell'AIFA).**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Articolo 1, commi 162-166 (*Limiti massimi di età per i dipendenti pubblici e Soppressione della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro da parte della pubblica amministrazione*)**

**I commi 162 e 163 prevedono, per i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni, che il limite massimo di età per la prosecuzione del servizio corrisponda al requisito generale anagrafico per la pensione di vecchiaia, pari attualmente a 67 anni – fermi restando sia i limiti ordinamentali più elevati già previsti per alcune categorie sia la possibilità di trattenimento in servizio introdotta dal successivo comma 165 –; viene di conseguenza meno l'obbligo di collocamento a riposo per i dipendenti pubblici che, al compimento dell'attuale limite ordinamentale dei 65 anni di età (o successivamente), possano fruire della liquidazione del trattamento pensionistico anticipato. Il comma 164 abroga la norma che consente alla pubblica amministrazione di risolvere in via unilaterale il rapporto di lavoro con un dipendente che possa già fruire della liquidazione del trattamento pensionistico anticipato. Il comma 165 introduce la possibilità per la pubblica amministrazione di concordare con un dipendente il trattenimento in servizio oltre il suddetto limite di 67 anni; il trattenimento non può interessare il periodo successivo al compimento del settantesimo anno di età; la possibilità di trattenimento viene ammessa nel limite del dieci per cento delle facoltà assunzionali autorizzate a legislazione vigente; la Camera dei deputati ha introdotto l'esclusione di alcune categorie dall'ambito di tale possibilità. Il comma 166 estende a tutti i professionisti sanitari del Servizio sanitario nazionale la norma che consente ai dirigenti sanitari e agli infermieri del medesimo Servizio la prosecuzione del rapporto di lavoro anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, fermo restando il limite massimo anagrafico di settanta anni.**

**Articolo 1, commi 167-168 (*Norme transitorie sugli accertamenti sanitari inerenti al riconoscimento di prestazioni sociali, socioassistenziali, sociosanitarie e previdenziali*)**

**I commi 167 e 168 recano norme transitorie, per l'anno 2025, in merito agli accertamenti sanitari relativi al riconoscimento di prestazioni sociali, socioassistenziali, sociosanitarie e previdenziali per i soggetti con patologie oncologiche e per i soggetti con disabilità o invalidità civile o invalidità o inabilità previdenziali (queste ultime si riferiscono ai trattamenti di natura previdenziale e non assistenziale). La natura transitoria è connessa anche al già vigente termine iniziale del 1° gennaio 2026 per l'applicazione, nell'intero territorio nazionale, del nuovo procedimento valutativo di base delle condizioni di disabilità (procedimento svolto dall'INPS e valido al fine del conseguimento delle prestazioni sociali, socioassistenziali e sociosanitarie inerenti alle condizioni così accertate, con esclusione delle prestazioni di natura previdenziale)**

**Più in particolare, il comma 167 prevede che, fino al 31 dicembre 2025, le visite di revisione inerenti alle suddette prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche siano eseguite sulla base dei soli atti presentati dal diretto interessato (o da chi lo rappresenta), ferme restando sia la possibilità**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**del medesimo istante di chiedere la visita sia la possibilità di convocazione per la visita, qualora la commissione medica ritenga che la documentazione prodotta non sia sufficiente per una valutazione obiettiva.** Tale norma transitoria viene posta mediante il richiamo dell'articolo 29-ter del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 settembre 2020, n. 120, articolo che disciplina la possibilità di accertamento – da parte della commissione medica – di minorazioni civili e di condizioni di disabilità sulla base dei soli atti. Riguardo alla nuova disciplina che troverà applicazione sull'intero territorio nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2026,

**Il comma 168 prevede che, nell'anno 2025:**

**-in caso di contestuale presentazione di un'istanza relativa all'accertamento di minorazioni civili (ivi comprese cecità civile, sordità e sordocecità) o di condizioni di disabilità e di un'istanza relativa all'accertamento delle condizioni di invalidità o inabilità previdenziali (inerenti, queste ultime, al riconoscimento di trattamenti di natura previdenziale e non assistenziale), l'INPS sia tenuto a effettuare l'accertamento dei requisiti sanitari in un'unica visita, integrando, ove necessario (a seconda degli specifici accertamenti in oggetto), la composizione della commissione medica;**

**-la suddetta modalità di visita unica sia adottata anche per le visite di revisione inerenti alle prestazioni già riconosciute (visite in programma nel suddetto anno 2025), a condizione che l'intervallo temporale tra i due accertamenti non sia superiore a tre mesi. In base a tale fattispecie, dunque, l'ambito della visita in programma di revisione per l'invalidità o inabilità previdenziali si estende anche agli accertamenti relativi alle minorazioni civili e alle condizioni di disabilità, qualora essi non siano stati già eseguiti in base al solo esame degli atti).**

**Articolo 1, commi 169-170 (Opzione per una maggiorazione della quota di aliquota contributiva pensionistica a carico del lavoratore)**

I commi 169 e 170 introducono, per i soggetti iscritti alle forme pensionistiche obbligatorie di base gestite dall'INPS e privi di anzianità contributiva pensionistica al 1° gennaio 2025, la facoltà di versamento di una maggiorazione dell'aliquota contributiva pensionistica a loro carico, al fine del corrispondente incremento del montante contributivo individuale, valido ai fini del calcolo del trattamento pensionistico. Tale incremento del montante è riconosciuto secondo specifici criteri, stabiliti dal comma 169. La maggiorazione non può essere superiore a due punti percentuali. La definizione delle modalità attuative della facoltà in oggetto è demandata a un decreto ministeriale.

**Articolo 1, comma 173 (Opzione donna)**

**Il comma 173, lettera a), interviene in materia di regime pensionistico Opzione donna, prevedendo che abbiano diritto ad esso anche le lavoratrici che abbiano maturato entro il 31 dicembre 2024 (in luogo del 31 dicembre 2023) un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni e un'età anagrafica di almeno 61 anni, ferma restando la ricorrenza degli ulteriori requisiti già previsti dalla normativa in materia.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**La lettera b)** posticipa al 28 febbraio 2025 il termine (attualmente previsto per il 28 febbraio 2024) entro cui il personale a tempo indeterminato del comparto scuola e AFAM può presentare domanda di cessazione dal servizio, con effetti dall'inizio, rispettivamente, dell'anno scolastico o accademico.

**Articolo 1, comma 174 (*Pensione anticipata in base alla cosiddetta quota 103*)**  
**Il comma 174 prevede l'estensione temporale di una fattispecie transitoria di diritto al trattamento pensionistico anticipato – cosiddetta quota 103 –, fattispecie che costituisce una possibilità alternativa rispetto alle altre ipotesi per le quali è riconosciuto il diritto alla pensione anticipata.**

**L'estensione temporale in oggetto concerne i soggetti che conseguono i requisiti inerenti alla quota 103 – costituiti dal possesso di un'età anagrafica di almeno 62 anni e di un'anzianità contributiva di almeno 41 anni – nel corso dell'anno 2025.**

Resta fermo che: la fattispecie di quota 103 concerne i regimi pensionistici relativi ai lavoratori dipendenti, pubblici e privati, nonché, limitatamente alle forme gestite dall'INPS, i lavoratori autonomi e parasubordinati, con esclusione di alcune categorie di lavoratori pubblici; il trattamento in base alla quota 103 può essere richiesto anche negli anni successivi rispetto all'anno di maturazione dei relativi requisiti; per il trattamento liquidato in base alla quota 103 si applicano disposizioni specifiche sui criteri di calcolo, sui termini dilatori di decorrenza, sui limiti di cumulo con redditi da lavoro e sui termini per il riconoscimento dei trattamenti di fine servizio (comunque denominati) dei dipendenti pubblici (che accedano al pensionamento anticipato in base alla fattispecie in esame).

**Articolo 1, comma 179 (*Accesso alla pensione di vecchiaia per le lavoratrici con quattro o più figli*)**

Il comma 179 eleva il limite massimo della riduzione del requisito anagrafico per il trattamento pensionistico prevista, per le lavoratrici madri rientranti nel sistema contributivo integrale, in relazione ad ogni figlio. Il limite viene elevato da dodici a sedici mesi, ferma restando la misura della riduzione per ciascun figlio, pari a quattro mesi; l'effetto della novella concerne, dunque, le lavoratrici con quattro o più figli.

**Articolo 1, commi 217-218 (*Misure in materia di congedi parentali*)**

I commi 217 e 218 prevedono, con riferimento ai lavoratori dipendenti e limitatamente a un periodo o a un complesso di periodi compresi entro il sesto anno di vita del bambino – ovvero entro il sesto anno dall'ingresso in famiglia del minore nel caso di adozione o affidamento –, un elevamento della misura dell'indennità per congedo parentale; tale elevamento è riconosciuto in alternativa (o in alternativa per frazioni di periodo) alla madre o al padre e concerne, nel limite di due mesi, i periodi di congedo successivi a un primo mese di congedo parentale; in base a tale elevamento, l'aliquota (commisurata sulla retribuzione) per il calcolo dell'indennità per congedo parentale è pari, limitatamente al periodo o ai periodi in oggetto, all'ottanta per cento – anziché al sessanta per cento, già previsto per il secondo mese, e al trenta per cento, già previsto per il terzo mese –. In conseguenza di tale novella, i periodi complessivamente fruibili con una indennità pari all'ottanta per



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

cento sono dunque elevati da uno a tre mesi (sempre in alternativa tra i genitori e fino al sesto anno summenzionato).

**Articolo 1, comma 231 (Disposizioni in materia di sperimentazione della riforma sulla disabilità)**

**Il comma 231, relativamente all'attuazione della riforma della disabilità prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza ed attuata con specifica disciplina legislativa, autorizza l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale a conferire incarichi, anche su base convenzionale con altre pubbliche amministrazioni, per prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali nel limite di spesa di 16 milioni di euro per l'anno 2025.** Per tali finalità, il comma 232 incrementa di 4 milioni di euro per l'anno 2025 l'autorizzazione di spesa relativa alle spese di funzionamento.

Il comma 233 prevede una riduzione pari a 20 milioni di euro per l'anno 2025 dell'autorizzazione di spesa prevista per le assunzioni di tali figure nella riforma in materia di disabilità.

Il comma 231, in considerazione dei rilevanti impegni derivanti dall'attuazione della riforma della disabilità prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalla Legge 22 dicembre 2021 n. 227, al fine di realizzare l'attività di sperimentazione prevista dall'articolo 33 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, nei territori individuati dall'articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 71 del 2024 (conv. con modif. dalla legge n. 106 del 2024), in attesa del completamento delle procedure di reclutamento previste dall'articolo 9, comma 6, del citato decreto legislativo n. 62 del 2024, **autorizza l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale a conferire incarichi, anche su base convenzionale con altre pubbliche amministrazioni, per prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali nel limite di spesa di 16 milioni di euro per l'anno 2025.**

**Articolo 1, commi 241-242 (Fondo per gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi)**

**Il comma 241 istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'interno, uno specifico Fondo per l'effettuazione degli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi, con una dotazione pari a 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Il comma 242 interviene anche in materia di destinazione delle sostanze sequestrate dall'autorità giudiziaria sopprimendo l'obbligo di trasmissione del verbale delle operazioni di distruzione anche al Ministero della sanità.**

Il comma 241 introduce due ulteriori disposizioni (commi 10-bis e 10-ter) nell'articolo 75 del TU stupefacenti (d.P.R. n. 309 del 1990), relativo alle condotte integranti illeciti amministrativi e agli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi.

L'art. 75 del TU stupefacenti sottopone "chiunque, per farne uso personale, illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope" **alle seguenti sanzioni amministrative:**

-sospensione della patente di guida, del certificato di abilitazione personale per la guida di motoveicoli e del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori o divieto di conseguirli per un periodo fino a tre anni;



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla;
- sospensione del passaporto e di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli;
- sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extracomunitario.

L'interessato, inoltre, ricorrendone i presupposti, dovrà seguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo in relazione alle proprie specifiche esigenze. La disposizione precisa che gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi devono essere effettuati presso gli istituti di medicina legale, i laboratori universitari di tossicologia forense, le strutture delle Forze di polizia ovvero presso le strutture pubbliche di base da individuare con decreto del Ministero della salute.

Sempre l'articolo 75 regola anche il procedimento davanti al prefetto, che inizia con la contestazione dell'illecito di uso personale di droga da parte delle autorità poliziesche. Il prefetto, entro 90 giorni dalla ricezione della segnalazione, può adottare un'ordinanza e convocare la persona trovata in possesso di droga per valutare le sanzioni amministrative più appropriate.

### **Articolo 1, commi 243-244 (*Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe - NEWS-D*)**

**Il comma 243 introduce un nuovo articolo nel Testo unico in materia di stupefacenti, diretto a costituire un Sistema nazionale di allerta rapida di contrasto alla diffusione di sostanze psicoattive.**

Il comma 244 prevede la clausola di invarianza degli oneri finanziari, stabilendo che si provveda con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In particolare, il comma 1 del nuovo articolo 14-*bis*, al fine di dare piena attuazione operativa all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2023/1322 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 giugno 2023, a decorrere dal 1° gennaio 2025 istituisce, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le politiche antidroga, il Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe (*NEWS-D*), quale strumento di coordinamento operativo delle informazioni di allerta che opera anche attraverso un dispositivo informatico dedicato finalizzato alla prevenzione e alla tutela della salute pubblica per individuare tempestivamente e prevenire fenomeni potenzialmente pericolosi correlati alla comparsa di nuove sostanze psicoattive o al consumo di sostanze stupefacenti già vietate.

In merito al funzionamento di tale sistema europeo di allerta, secondo l'articolo 13, i punti focali nazionali, in cooperazione con le autorità nazionali competenti, sono tenuti a notificare immediatamente all'Agenzia qualsiasi informazione relativa all'emergere di un grave rischio per la salute, gli aspetti sociali, la protezione o la sicurezza direttamente o indirettamente collegato agli stupefacenti e qualsiasi informazione che possa essere utile ai fini del coordinamento di una risposta, ogni volta che vengono a conoscenza di informazioni di tale natura, in particolare:

- la tipologia e l'origine del rischio;
- la data e il luogo dell'evento da cui è scaturito il rischio;
- le modalità di esposizione, trasmissione o diffusione;
- i dati analitici e tossicologici;

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- i metodi di identificazione;
- i rischi per la salute;
- i rischi sociali, per la protezione e per la sicurezza;
- le misure sanitarie attuate o che si intendono adottare a livello nazionale;
- altre misure diverse da quelle sanitarie;
- altre eventuali informazioni pertinenti relative al grave rischio per la salute in questione.

Una volta ricevute tali informazioni e dati sui potenziali rischi gravi per la salute, l'Agenzia, dopo averli analizzati, li integra con qualsiasi informazione scientifica e tecnica ottenuta dal sistema di allerta precoce di cui all'articolo 8 e da altre valutazioni delle minacce alla salute e alla sicurezza effettuate ai sensi dell'articolo 12, da altri organi e organismi dell'Unione e da organizzazioni internazionali, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità. L'Agenzia tiene conto delle informazioni da fonti aperte e delle informazioni disponibili ottenute attraverso i suoi strumenti di raccolta dei dati, nonché di quelle ottenute dai pertinenti portatori di interessi, comprese la comunità scientifica e le organizzazioni della società civile.

Sulla base delle informazioni e dei dati così ricevuti, l'Agenzia procede a inviare notifiche mirate di allerta rapida di rischio alle autorità nazionali competenti, compresi i punti focali nazionali. L'Agenzia può proporre opzioni di risposta in tali notifiche di rischio, che gli Stati membri possono prendere in considerazione nel quadro della pianificazione della loro preparazione e delle loro attività di risposta nazionale.

Il **comma 2** del nuovo articolo 14-*bis* del Testo unico stupefacenti stabilisce che il Sistema nazionale di allerta rapida di cui al comma 1 si avvale, per il proprio funzionamento, di centri collaborativi di primo e di secondo livello, di cui ai successivi commi 3 e 4.

Il successivo **comma 3** definisce **centri collaborativi di primo livello**:

- a) l'Istituto superiore di sanità di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 419, per la raccolta di dati e informazioni provenienti dai centri collaborativi di secondo livello su aspetti bio-tossicologici;
- b) i centri antiveleno, pubblici o privati, per la raccolta di dati e informazioni provenienti dai centri collaborativi di secondo livello, su aspetti clinico-tossicologici, in grado di assicurare una disponibilità per l'intera giornata (h24), con laboratori interni e capacità analitiche nel settore delle nuove sostanze psicoattive, da individuare a cura del Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri;
- c) la Direzione centrale per i servizi antidroga del Dipartimento della pubblica sicurezza di cui all'articolo 1, della legge 15 gennaio 1991, n. 16, per il concorso allo sviluppo del Sistema nazionale di allerta rapida, per il coordinamento delle Forze di polizia nell'alimentazione informativa del predetto Sistema, nonché per la raccolta di dati e informazioni, utili per la formulazione di allerta o informative, emergenti dagli esami tossicologici condotti dai centri collaborativi di secondo livello di cui al comma 4, lettera e), sulle sostanze stupefacenti sequestrate.

Il **comma 4** definisce **centri collaborativi di secondo livello**:

- a) gli istituti di medicina legale;
- b) i laboratori universitari di tossicologia forense;





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- c) le amministrazioni centrali e periferiche competenti in materia di droga;
- d) le strutture di emergenza;
- e) i laboratori delle Forze di polizia;
- f) le strutture pubbliche di base di cui all'articolo 75, comma 10, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo unico stupefacenti);
- g) gli enti, le agenzie e le associazioni scientifiche ovvero soggetti pubblici o privati operanti nell'ambito di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze stupefacenti, da individuare sulla base di criteri specifici, dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri.

**Articolo 1, comma 273-275 (Rifinanziamento del livello di fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato)**

**Il comma 273 prevede la definizione dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come segue:**

- 1.302 milioni di euro per l'anno 2025;
- 5.015,4 milioni per il 2026;
- 5.734,4 milioni per il 2027;
- 6.605,7 milioni per il 2028;
- 7.667,7 milioni per il 2029;
- 8.840,7 milioni annui a decorrere dall'anno 2030.

**Tale incremento è destinato anche alle finalità di specifiche disposizioni previste dal presente provvedimento.**

Una quota delle predette risorse incrementalì, inoltre, è accantonata in vista dei rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030, in base alle seguenti quantificazioni (comma 274):

- 883 milioni di euro per l'anno 2028;
- 1.945 milioni per il 2029;
- 3.117 milioni annui a decorrere dal 2030.

Ancora, una quota di dette risorse incrementalì è destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, come segue (comma 275):

- 773,9 milioni di euro per l'anno 2026
- 340,9 milioni per il 2027
- 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

In termini differenziali, rispetto al testo del disegno di legge iniziale, il comma 273 modifica gli importi del rifinanziamento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale come segue:

- per l'anno 2025, rimane immutato l'incremento di 1.302 milioni di euro;
- per il 2026, si prevedono 5.015,4 milioni (da 5.078 milioni);
- per il 2027, 5.734,4 milioni (da 5.780 milioni);
- per il 2028, 6.605,7 milioni (6.663 milioni);
- per il 2029, 7.667,7 (da 7.725 milioni);
- a decorrere dall'anno 2030, 8.840,7 milioni annui (da 8.898 milioni annui).

**La quota delle risorse incrementalì destinata ai rinnovi contrattuali per il periodo 2028-2030 non è stata modificata durante l'esame alla Camera (comma**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**274), mentre le quote di fabbisogno sanitario destinate alle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (comma 275) sono state così ridotte rispetto al disegno di legge originario: 773,9 milioni di euro per l'anno 2026 (da 928 milioni), 340,9 milioni per il 2027 (da 478 milioni) e 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028 (da 528 milioni di euro annui).**

#### **Articolo 1, comma 276 (*Fabbisogni sanitari regionali*)**

Il comma 276, inserito nel corso dell'esame alla Camera, con una modifica all'articolo 27, co. 5-ter, del D.lgs. n. 68 del 2011, prevede che le cinque regioni di riferimento (c.d. regioni *benchmark*) per la determinazione dei fabbisogni sanitari *standard* regionali anche per il 2025 sono quelle indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, secondo le modalità previste dal medesimo art. 27, comma 5, del D.lgs. n. 68/2011.

#### **Articolo 1, commi 277-280 (*Disposizioni su incrementi dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati*)**

**I commi 277-280 dispongono circa un innalzamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.**

**In particolare, il comma 277 dispone un ulteriore incremento del limite di spesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte di soggetti privati accreditati, pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e a 1 punto percentuale a decorrere dal 2026. Dette risorse incrementali, ai sensi del comma 278, sono anche destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.**

**Il comma 279 dispone, al fine di ridurre il fenomeno dell'attesa di ricovero nei reparti di pronto soccorso, l'innalzamento di ulteriori 0,5 punti percentuali a decorrere dal 2026 del tetto di spesa previsto al comma 277 – che per il 2026 prevede solo 1 punto percentuale -, riferito all'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di strutture sanitarie private dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, con la finalità di ridurre, in attesa della completa implementazione delle reti territoriali, il fenomeno del *boarding* di pronto soccorso, vale a dire il ritardo nella presa in carico del paziente che ha effettuato l'accesso al pronto soccorso.**

Con gli interventi in esame, pertanto, si incrementa il limite di spesa complessivo destinato alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali presso le strutture sanitarie inserite nella rete di emergenza-urgenza.

Il comma 280 dispone la copertura degli oneri di cui al precedente comma 277, quantificati in 61,5 milioni di euro per il 2025 e in 123 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, a valere sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previste a normativa vigente.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Al comma 277 non sono ascritti effetti finanziari, in quanto alla copertura degli oneri derivanti dal comma 1, pari a 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e a 123 milioni annui a decorrere dal 2026, si provvede a valere sulle risorse già previste a legislazione vigente destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

**Articolo 1, commi 281-292 (*Misure in materia di farmaci innovativi, antibiotici reserve, agenti anti-infettivi per infezioni da germi multiresistenti e farmaci ad innovatività condizionata*)**

**Il gruppo di commi in titolo, oggetto di alcune modifiche durante l'esame della Camera, dispone in materia di farmaci innovativi, antibiotici *reserve*, agenti anti-infettivi per infezioni da germi multiresistenti e farmaci ad innovatività condizionata.**

Il comma 281 definisce i fattori da cui deriva l'innovatività di un farmaco, mentre al successivo comma 282 si precisa la nozione di farmaco innovativo.

Al comma 283 si specifica la finalizzazione delle risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi.

Il comma 284 dispone in ordine alla destinazione delle risorse non impiegate del suddetto Fondo. Stabilisce, inoltre, che l'eventuale eccedenza della spesa per l'acquisto di farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, e detta la disciplina per il relativo ripiano.

**Il comma 285 prevede le modalità di definizione dei criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica.**

Il comma 286 stabilisce a quali specifiche indicazioni terapeutiche possa essere attribuito il requisito dell'innovatività terapeutica, la cui durata massima è fissata in 36 mesi.

Il comma 287 prevede che il medicinale sia soggetto a monitoraggio, tramite registro AIFA, nella rispettiva indicazione terapeutica innovativa, e che ogni indicazione terapeutica, pervenuta oltre il sesto anno dalla data di prima attribuzione del requisito dell'innovatività alla specialità medicinale, non acceda al finanziamento di cui al precedente comma 3. Dispone, inoltre, che l'AIFA non valuti la sussistenza del requisito dell'innovatività in tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate di medicinali a base di principio attivo, o di combinazioni di principi attivi, privi di copertura brevettuale.

Il comma 288 prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, sia estesa anche ai medicinali con requisito di innovatività condizionata la possibilità di accesso alle risorse del Fondo suddetto, per un importo comunque non superiore a 300 milioni di euro annui, a condizione che siano soddisfatti determinati requisiti. Per tali medicinali, si prevede che il periodo di innovatività di trentasei mesi decorra dalla data di riconoscimento dell'innovatività condizionata.

Il comma 289, a decorrere dal 1° gennaio 2025, estende anche a determinati agenti antifettivi l'accesso alle risorse del Fondo, per un importo comunque non superiore a 100 milioni di euro annui, in presenza di alcuni presupposti.

Il comma 290 prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, i farmaci innovativi potranno accedere alle risorse del Fondo, per un importo non superiore a 900 milioni di euro annui.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il comma 291 prevede che, in seno all'AIFA, sia la Commissione scientifica ed economica del farmaco (CSE), e non più la Commissione consultiva tecnico-scientifica, l'organo deputato a verificare il requisito della innovatività terapeutica di determinati medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 292 apporta infine alcune modifiche testuali alla legge di bilancio 2017, volte all'adeguamento di alcune sue disposizioni all'intervenuto superamento della distinzione fra farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici e alla conseguente unificazione dei due separati fondi ad essi in precedenza dedicati.

**Articolo 1, commi 293-297 (*Istituzione del Registro unico delle associazioni della salute e partecipazione ai processi decisionali pubblici*)**

I commi da 293 a 296 prevedono la partecipazione delle associazioni della salute ai processi decisionali pubblici in materia di salute e, all'uopo, autorizza la spesa di 50.000 euro, relativamente all'anno 2025, per la realizzazione del Registro unico delle associazioni della salute (RUAS), gestito dal Ministero della salute. Per l'attuazione dell'obiettivo della suddetta partecipazione si prevede che nei vari organismi costituiti presso il medesimo Ministero venga inserito un rappresentante delle associazioni, da queste nominato. Il comma 297 provvede alla copertura finanziaria del suddetto stanziamento di 50.000 euro

**Articolo 1, commi 300-301 (*Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie*)**

I commi 300-301 autorizzano la spesa di 77 milioni di euro - vincolando una corrispondente quota-parte del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard -, al fine di garantire le risorse necessarie per provvedere, per l'anno 2025, alle necessità dei pazienti classificati come *diagnosis-related group* (DRG) post acuzie, e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 destinati, quanto a 350 milioni di euro, ai suddetti DRG post acuzie, e 650 milioni di euro ai DRG per acuti. Tale incremento ha l'obiettivo di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva implementazione dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in *post acuzie* (riabilitazione ospedaliera e lungodegenza) ed erogate per acuti (in regime di ricovero ordinario e diurno).

**Articolo 1, commi 302-304 (*Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari*)**

**Il comma 302 dispone un vincolo di una quota del fabbisogno sanitario nazionale standard, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, inclusa la revisione delle tariffe massime nazionali delle relative prestazioni assistenziali, sulla base dell'istruttoria predisposta dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale.**

**Il comma 303, al fine di potenziare le modalità di valutazione delle performance dell'assistenza sanitaria resa dalle Regioni e dalle province autonome, prevede**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**uno specifico sistema di monitoraggio.**

**Infine, il comma 304, prevede uno specifico decreto del Ministero della salute, finalizzato ad integrare il nuovo sistema di garanzia, con il quale venga individuato un sistema di indicatori di performance dei servizi sanitari regionali.**

**Articolo 1, commi 305-306 (*Erogazione di ausili e protesi per l'attività sportiva delle persone con disabilità*)**

**Il comma 305 mediante l'aggiunta di un comma 3-ter all'articolo 104 del D.L. n. 34/2020 (L. n. 77/2020), incrementa di un milione di euro la dotazione del Fondo sanitario nazionale per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 in relazione all'erogazione in via sperimentale per l'anno 2020, a persone con disabilità fisiche, di ausili, ortesi e protesi degli arti inferiore e superiori a tecnologia avanzata.**

**Articolo 1, comma 307 (*Rifinanziamento del Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare*)**

**Il comma 307, introdotto nel corso dell'esame alla Camera, apporta una novella alla normativa vigente relativa al Fondo per i test di *Next-Generation Sequencing* per la diagnosi delle malattie rare, prevedendo un rifinanziamento dell'intervento anche per l'anno 2025.**

**Articolo 1, comma 308 (*Piano pandemico 2025-2029*)**

**L'articolo 1, comma 308, autorizza la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2025, di 150 milioni di euro per l'anno 2026 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, per l'attuazione delle misure del Piano pandemico nazionale per il periodo 2025 – 2029.**

**Articolo 1, commi 309-310 (*Risorse per il Registro tumori*)**

**I commi 309 e 310 autorizzano un incremento della spesa per l'istituzione e la disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori.**

**Il comma 309 autorizza un incremento della spesa per l'istituzione e la disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori pari a 0,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 e di 1 milione di euro per il 2027.**

**Articolo 1, commi 312-313 (*Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto*)**

**Il comma 312, per esigenze di riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto dei relativi dispositivi medici, autorizza la spesa di 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.**

**Il comma 313 rinvia a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione delle modalità di utilizzo e di riparto tra le regioni.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Articolo 1, commi 314-316 (*Disposizioni in materia di attività di assistenza e di ricerca clinica*)**

**I commi 314-316 autorizzano la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2025 e di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026-2027, destinati ai policlinici universitari non costituiti in azienda, che operano nel perseguimento di attività istituzionali non in regime di impresa, al fine di incentivare e sostenere attività di assistenza e di ricerca clinica anche mediante lo sviluppo e l'attuazione di progetti di ricerca innovativi (comma 314).**

Viene rimesso ad un decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge in esame, la definizione delle modalità di attuazione del presente articolo (comma 315).

**Articolo 1, comma 317-318 (*Dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del SSN, dei SASN e dei cittadini*)**

**I commi 317 e 318 prevedono, al fine di potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e di garantire la completa alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), che tutte le prescrizioni a carico del Servizio sanitario nazionale, dei Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN) e a carico del cittadino, siano effettuate nel formato elettronico di cui ai decreti ministeriali del MEF in materia di dematerializzazione delle ricette mediche. Le Regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza e controllo, devono assicurare, per mezzo delle autorità competenti per territorio, l'attuazione della completa alimentazione del FSE in formato elettronico.**

La norma in esame ha l'esplicita finalità di assicurare che dal 2025 tutte le ricette mediche siano emesse in formato elettronico (comma 317) allo scopo di poter affluire direttamente al sistema del Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il comma 318 inoltre prescrive che le Regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza e controllo, assicurino l'attuazione del disposto di cui al comma 1, mediante le autorità competenti per territorio.

Al riguardo, la norma contiene per esteso i riferimenti normativi dei decreti ministeriali che prevedono il formato elettronico delle ricette mediche ai fini della loro dematerializzazione:

- D.M. 2 novembre 2011 del MEF, di concerto con il Ministero della salute, recante "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)"; ai sensi del richiamato comma 16, in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi del sistema informativo sanitario, per accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche inizialmente prevista all'articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis, del D.L. n. 269 del 2003, il Ministero dell'economia e delle finanze, è chiamato a curare l'avvio della diffusione della procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui al decreto del Ministro della salute del 26 febbraio 2010. L'invio telematico dei predetti dati sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

formato cartaceo;

- D.M. 30 dicembre 2020 del MEF, “Dematerializzazione delle ricette mediche per la prescrizione di farmaci non a carico del Servizio sanitario nazionale e modalità di rilascio del promemoria della ricetta elettronica attraverso ulteriori canali, sia a regime che nel corso della fase emergenziale da Covid-19”.

**In base alle modalità previste da tale decreto, il medico prescrittore procede alla generazione in formato elettronico delle prescrizioni di farmaci non a carico del SSN, riportando almeno i dati relativi al codice fiscale del paziente, la prestazione e la data della prescrizione, nonché le informazioni necessarie per la verifica della ripetibilità e non ripetibilità dell'erogazione dei farmaci prescritti.**

La finalità è quella di imprimere un cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano.

**L'investimento si compone dei due diversi progetti:**

**-il completamento dell'infrastruttura e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) esistente.** Il FSE espletterà tre funzioni principali: in primo luogo, conferirà maggiore autonomia ai professionisti sanitari, che potranno avvalersi di una stessa fonte di informazioni cliniche per ottenere il dettaglio dell'anamnesi del paziente; in secondo luogo, diventerà per i cittadini e i pazienti il punto di accesso ai servizi fondamentali erogati dai sistemi sanitari nazionale e regionali; in terzo luogo, le amministrazioni sanitarie avranno la possibilità di utilizzare i dati clinici per effettuare analisi cliniche e migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria;

**-il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.**

**Articolo 1, commi 319-322 (Accordi bilaterali fra le regioni per la mobilità sanitaria)**

**Il comma 319 prevede la sottoscrizione di accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie. Tale sottoscrizione è obbligatoria per ciascuna regione e per ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano in presenza di fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.**

Il successivo comma 320 demanda al Ministero della salute la definizione del *format* dei predetti accordi obbligatori e specifica in quali casi questi debbano essere sottoscritti; ne stabilisce inoltre i termini temporali di sottoscrizione e la durata minima.

Il comma 321, in conseguenza di quanto disposto dai commi di cui sopra, stabilisce che, ai fini della verifica degli adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale, occorre fare riferimento agli accordi bilaterali di cui al comma 320.

Il comma 322, modificato durante l'esame alla Camera, sopprime una disposizione



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

che impedisce ad alcune regioni di derogare ai limiti di massimi delle tariffe di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, e prevede alcuni specifici adempimenti per le regioni che si avvalgono della possibilità di derogare ai succitati limiti massimi.

**Si ricorda, in via preliminare, che la mobilità sanitaria può essere definita, rispetto all'ordinamento interno, e in termini generali, come «il processo di migrazione di coloro che scelgono di avvalersi di determinate prestazioni sanitarie presso strutture site al di fuori dell'area di competenza della propria ASL».** L'articolo in esame si occupa, in particolare, di mobilità sanitaria interregionale, la quale è costituita da due componenti complementari fra loro: (a) mobilità attiva, che descrive l'attrazione esercitata dalle strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, in favore di utenti che risiedono in altre regioni/province autonome; (b) mobilità passiva, che descrive la fuga di assistiti verso strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, al di fuori dalla propria regione/provincia autonoma di residenza.

#### **Articolo 1, comma 323 (*Incremento indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso*)**

**Il comma 323 è diretto ad incrementare le risorse destinate dalla legge di bilancio 2022 – come aumentate con la legge di bilancio 2023 – alla definizione di una specifica indennità accessoria per i dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale operanti nei servizi di pronto soccorso.**

Il comma 323, ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante nei servizi di pronto soccorso, stabilisce, che i limiti di spesa annui lordi previsti dall'articolo 1, comma 293, della legge di bilancio 2022 (L. n. 234/2021), per la definizione della specifica indennità ivi indicata, come incrementati dall'articolo 1, comma 526, della legge di bilancio 2023 (L. n. 197/2022), sono incrementati di complessivi 50 milioni di euro annui a decorrere dal 1° gennaio 2025, di cui 15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni di euro per il personale del comparto sanità, nonché con decorrenza 1 gennaio 2026 di ulteriori 50 milioni di euro ripartiti come sopra.

#### **Articolo 1, comma 328 (*Proroga attività della Farmacia dei servizi con oneri a carico del SSN*)**

Il comma 328, introdotto durante l'esame alla Camera, interviene sulla normativa vigente che ha previsto la sperimentazione della Farmacia dei servizi, prorogandola anche all'anno 2025 e prevedendo per essa una disciplina più articolata relativamente alla valutazione della medesima sperimentazione.

#### **Articolo 1, commi 329-331 (*Governo del settore dei dispositivi medici*)**

**I commi in titolo recano una specifica procedura per l'adozione di misure concernenti il settore dei dispositivi medici, fissando la data del 1° gennaio 2026 per l'entrata in vigore del Programma nazionale di *Health technology assessment* (HTA - Valutazione delle tecnologie sanitarie) e per la definizione**





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**di una nuova codifica dei dispositivi medici, da parte del Ministero della salute.** Interviene, altresì, sui compiti dell'Osservatorio nazionale sui dispositivi medici, il quale assume questa nuova denominazione, e sulle incombenze delle regioni in merito al sistema di governo del settore dei dispositivi medici.

**Articolo 1, comma 332 (*Incremento delle risorse per le cure palliative*)**

Il comma 332, aggiungendo un periodo al comma 2 dell'articolo 12 della legge n. 38/2010, incrementa di 10 milioni di euro annui, a decorrere dal 2025, l'importo delle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale - che attualmente prevede un vincolo di risorse non inferiore a 110 milioni di euro annui -, per la realizzazione delle finalità della legge che garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

**Articolo 1, commi 333-335 (*Disposizioni per la prevenzione ed il monitoraggio del tumore del polmone*)**

**I commi 333-335, inseriti nel corso dell'esame alla Camera, rifinanziano di 0,2 milioni di euro per il 2025, 0,4 milioni di euro per l'anno 2026 e 0,6 milioni di euro per l'anno 2027, l'autorizzazione di spesa, per consentire la prosecuzione delle attività della Rete italiana *screening* polmonare, finalizzate ad una migliore presa in carico del paziente oncologico, di cui all'art. 34, co. 10-sexies, D.L. n. 73/2021 (comma 333).**

Viene poi demandato a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, la definizione dei criteri e delle modalità per il riparto delle risorse di cui al comma 333 anche al fine del rispetto del limite di spesa autorizzato dal medesimo comma (comma 334).

**Articolo 1, commi 336-337 (*Disposizioni per i medici in formazione specialistica*)**

**I commi 336 e 337 novellano la legislazione vigente in tema di trattamento economico spettante ai medici in formazione, prevedendo che, a decorrere dall'anno accademico 2025/2026, sia assegnato un aumento del 5 per cento della parte fissa per tutte le specializzazioni mediche ed un aumento del 50 per cento della parte variabile per particolari specializzazioni espressamente indicate. Allo scopo è autorizzata l'ulteriore spesa di 120 milioni di euro annui a decorrere dal 2026.**

Il comma 336 aggiunge il comma 3-*bis* all'articolo 39 del D.Lgs. n. 368 del 1999 in materia di trattamento economico dei medici specializzandi in formazione.

**La novella dispone, a decorrere dall'anno accademico 2025/2026, un doppio incremento del trattamento economico pari:**

- al 5 per cento della parte fissa del trattamento economico per tutte le specializzazioni;**
- al 50 per cento della parte variabile del medesimo trattamento per le seguenti specializzazioni:**

- Anatomia patologica;
- Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore;
- Audiologia e foniatria;
- Chirurgia Generale;



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Chirurgia Toracica;  
Farmacologia e Tossicologia Clinica;  
Genetica medica;  
Geriatrics;  
Igiene e medicina preventiva;  
Malattie Infettive e Tropicali;  
Medicina di comunità e delle cure primarie;  
Medicina d'emergenza-urgenza;  
Medicina e Cure Palliative;  
Medicina interna;  
Medicina nucleare;  
Microbiologia e virologia;  
Nefrologia;  
Patologia Clinica e Biochimica Clinica;  
Radioterapia;  
Statistica sanitaria;  
Biometria.».

**Al riguardo, si ricorda che, ai sensi del citato articolo 39 del D. Lgs. n. 368 del 1999, al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo, costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, determinata ogni tre anni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, importi da ultimo fissati nella parte fissa in 22.700 euro per ciascun anno e della parte variabile in 2.300 euro annui lordi per i primi due anni di formazione e in 3.300 euro annui lordi per ciascuno degli anni di corso successivi. L'aliquota contributiva INPS da applicare agli importi percepiti mensilmente dai medici in formazione specialistica per l'anno 2021 è pari al 33,72% per gli iscritti alla Gestione separata che non risultano assicurati presso altre forme di previdenza obbligatoria, e del 24% per i soggetti già iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria.**

**L'impegno richiesto per la formazione specialistica, come previsto dall'art. 40 comma 1 del richiamato D.Lgs. 368/99 è pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno, assicurando altresì la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, vale a dire complessivamente 38 ore settimanali.** Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione del trattamento economico. Sono quindi previsti 30 giorni di assenza giustificata durante l'anno accademico. Tutte le assenze inferiori a 40 giorni, dovute ad eventi quali matrimonio, nascita figlio, lutto, permessi per gravi motivi, rientrano in questa tipologia di assenza.

**Articolo 1, comma 338 (Incarichi libero-professionali presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale)**

**Il comma in titolo, introdotto durante l'esame alla Camera, interviene su una**

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**speciale disciplina transitoria in virtù del quale i medici in formazione specialistica possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali. In base alle innovazioni introdotte dal comma in esame, l'applicabilità di tale disciplina è estesa fino al 31 dicembre 2026 e gli incarichi in questione sono assumibili anche presso i servizi delle strutture sanitarie private o libero professionali, fermo rimanendo quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di spesa di personale degli enti del Servizio Sanitario nazionale. Viene specificato che la retribuzione integrativa spettante agli specializzandi in relazione agli incarichi in questione, nella misura già prevista dalla disposizione novellata, è da corrispondere solo per l'attività svolta presso le strutture del servizio sanitario nazionale.**

**La disciplina transitoria su cui interviene il comma in esame (articolo 12, commi 2 e 3, del decreto-legge 34/2023), allo stato valevole fino al 31 dicembre 2025, stabilisce che, in deroga alle incompatibilità previste dall'articolo 40 del D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 7 (Gestione delle risorse umane) del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, ferma restando la previsione dell'articolo 11, comma 1, del DL. 30 aprile 2019, n. 35, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali.**

Come detto, le modificazioni introdotte dal comma in esame consistono in ciò:

- viene estesa fino al 31 dicembre 2026 l'applicabilità della disciplina in questione;
- viene ribadito, nella sostanza, che gli incarichi in questione possono essere conferiti nel rispetto della disciplina vigente in materia di spesa di personale degli enti del Servizio Sanitario nazionale, con soppressione del riferimento specifico all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n.35/2019;
- si consente che i predetti incarichi siano assunti non solo presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ma anche presso quelli delle strutture sanitarie private o libero professionali;
- si specifica che la prevista retribuzione integrativa è da corrispondere solo agli specializzandi che assumono incarichi presso le strutture del Servizio sanitario nazionale.

**Articolo 1, commi 339-341 (Modifica all'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401 – Istituzione di borse di studio per le specializzazioni di area sanitaria)**

**I commi 339-341, introdotti nel corso dell'esame alla Camera, inseriscono i commi 1-bis e 1-ter all'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401 in materia di scuole di specializzazione di area sanitaria non medica.**

**Il comma 339 dispone che, a decorrere dall'anno accademico 2024-2025, agli specializzandi dell'area sanitaria non medica (veterinari, odontoiatri, farmacisti,**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

biologi, chimici, fisici, psicologi) **è corrisposta una borsa di studio per tutta la durata legale del corso pari a 4.773 euro lordi annui, su base mensile, da parte delle università presso cui operano le scuole di specializzazione.**

Alla ripartizione e all'assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione degli specialisti per l'anno accademico di riferimento si provvede con D.P.C.M., su proposta del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze. **Viene prevista l'abrogazione della disciplina che, nelle more di una definizione organica della materia, ha consentito l'attivazione delle scuole di specializzazione, riservate alle categorie dei veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi, in deroga alla disciplina ordinaria della formazione relativa alla specializzazione medica.**

Il comma 340 dispone che, per le finalità di cui al comma precedente, il finanziamento sanitario corrente sia incrementato di 30 milioni di euro per l'anno 2025 e che ai medesimi fini sia vincolato lo stesso importo a decorrere dal 2026.

**Articolo 1, comma 342 (Modifiche all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145)**

**Il comma in titolo interviene su una disciplina in tema di reclutamento - con contratto a tempo determinato e con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative - di medici specializzandi e di altri professionisti sanitari in corso di specializzazione, posta dall'art. 1, co. 548-bis, della legge di bilancio 2019 (L. 30 dicembre 2018, n. 145).** In virtù delle modifiche, si consente fino al 31 dicembre 2027 l'esercizio della facoltà di reclutamento in base alla predetta disciplina (facoltà che, allo stato attuale, è esercitabile fino al 31 dicembre 2026), e si permette tale reclutamento anche alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, nonché alle strutture sanitarie private accreditate, le cui unità operative non sono appartenenti alla pertinente rete formativa, attraverso una apposita procedura che si conclude con un provvedimento di inserimento nelle reti formative.

**Articolo 1, commi 348-349 (Supporto psicologico nell'assistenza onco-ematologica pediatrica degli ospedali pubblici)**

I commi 348-349 autorizzano l'assunzione a tempo indeterminato di psicologi, nel limite di spesa complessivo di 0,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, finalizzata al supporto psicologico nell'ambito dell'assistenza onco-ematologica pediatrica degli ospedali pubblici (comma 348). Viene poi disposto che l'importo complessivo indicato al comma 1, venga ripartito tra le Regioni con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sulla base di criteri individuati dal medesimo decreto tenendo anche conto dei posti letto di onco-ematologia pediatrica di ciascuna Regione.

**Articolo 1, comma 350 (Incremento dell'indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria)**

Il comma 350, allo scopo di valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

sanitario nazionale, incrementa i vigenti valori dell'indennità di specificità medico-veterinaria nei limiti degli importi complessivi lordi di 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 327 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

**Articolo 1, commi 358-359 (*Premialità per le liste di attesa*)**

**Il comma 358 vincola una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, in favore delle regioni che risultino adempienti relativamente alla voce "Liste d'attesa (H)" del documento per la verifica degli adempimenti da parte del Comitato LEA.**

**Il comma 359 demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la definizione dei criteri per l'attribuzione delle somme di cui al comma 1.**

**Articolo 1, commi 360-364 (*Protocolli organizzativi e sperimentali per favorire l'umanizzazione delle cure*)**

**I commi 360-364 prevedono che, allo scopo di migliorare l'efficienza e garantire la sostenibilità del sistema sanitario, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico e i policlinici universitari, nonché ogni altro ente che eroga servizi di cura nell'ambito di strutture ospedaliere del servizio sanitario nazionale o da esso accreditate sono tenuti ad adottare modelli organizzativi, gestionali e procedure amministrative finalizzati ad erogare i servizi sanitari in modo integrato e funzionale ai bisogni di cura del malato e delle sue esigenze terapeutiche complessive (comma 360).**

**A tale scopo vengono apportate alcune modifiche all'articolo 1 del D.Lgs n. 502/1992 per inserirvi il riferimento ai principi della centralità della persona umana e di umanizzazione della cura (comma 361).**

Viene rimesso ad un regolamento del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la fissazione dei criteri e delle linee guida ai quali devono ispirarsi i modelli organizzativi delle strutture ospedaliere al fine di attuare i principi di cui ai precedenti commi nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (comma 362).

Decorsi sessanta giorni dalla pubblicazione del regolamento di cui al comma 3 e per i successivi due anni, gli enti di cui al comma 1 interessati all'applicazione dei protocolli organizzativi ivi previsti, danno avvio ad una fase sperimentale previa comunicazione al Ministero della Salute a cui compete il monitoraggio dei risultati. All'esito della fase biennale di sperimentazione, il Ministro della Salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, stabilisce le norme necessarie per la applicazione generalizzata dei modelli organizzativi di cui al presente articolo (comma 363).

**Articolo 1, commi 365-366 (*Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale*)**

**Il comma 365 vincola una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* pari a 15 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, al fine di sostenere l'erogazione**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza, offerte dai servizi residenziali specialistici, pedagogico-riabilitativi, terapeutico-riabilitativi, rese in ambiti regionali diversi da quelli di residenza di cittadini dipendenti da sostanze.

Il comma 366 demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la definizione delle modalità di attuazione della presente disposizione e di assegnazione delle risorse citate.

### **Articolo 1, commi 367-375 (Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze )**

I commi 367-375 definiscono una disciplina organica e complessiva in tema di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze (come definite dall'OMS), operando un riassetto ed alcuni puntuali modifiche delle disposizioni vigenti.

Viene in primo luogo istituito il Fondo per le dipendenze patologiche (FDP) nello stato di previsione del Ministero della salute, per la cui dotazione viene autorizzata la spesa di 94 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, allo scopo di garantire le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione sopra descritte. La ripartizione del Fondo tra le Regioni, al netto delle risorse di cui al comma 3 avviene secondo criteri definiti da un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Con una norma transitoria viene poi disposto che i decreti di ripartizione del Fondo per il gioco d'azzardo patologico, già adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (*Legge di stabilità 2016*), articolo abrogato dal successivo comma 8, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, mantengono la loro efficacia (comma 367).

In deroga ai valori massimi – di cui all'articolo 5 del D.L. n. 73/2024 - del tetto di spesa per l'assunzione di personale del Servizio sanitario nazionale, limitatamente alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie concernenti l'attuazione dei piani regionali di prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche a carico del FDP, viene autorizzato l'impiego del 30 per cento delle risorse del Fondo su base annua per l'assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario da destinare ai Servizi pubblici per le Dipendenze (comma 368).

Viene poi previsto (comma 369) che a decorrere dall'anno 2025 con decreto del Ministro della salute viene disposto annualmente il trasferimento dell'1,5 per cento del FDP al Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri per la realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio Nazionale Permanente.

Viene inoltre stabilito che nell'ambito del FDP, il 34,25 per cento annuo è destinato alla realizzazione di piani regionali sul gioco d'azzardo patologico; il restante 34,25 per cento annuo è destinato alla realizzazione di piani regionali sulle dipendenze patologiche. Con il decreto di cui al comma 1 viene anche disciplinato il monitoraggio delle attività previste nei piani regionali e le verifiche circa l'effettiva destinazione dei finanziamenti erogati dal Ministero della salute (comma 370).

Viene soppresso l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

il fenomeno della dipendenza grave, di cui al decreto interministeriale 12 agosto 2019 disponendo contestualmente il trasferimento dei compiti di coordinamento all'Osservatorio Nazionale Permanente del Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (comma 371).

Vengono conseguente operate limitate modifiche di coordinamento al TU n. 309/1990 in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope sostituendo la denominazione del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga con quella di Dipartimento delle politiche contro la droga e contro le altre dipendenze e integrando con il riferimento a queste ultime la denominazione dell'Osservatorio sopracitato (comma 372). E' abrogato il comma 133 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (*Legge di stabilità 2015*), che ha previsto e disciplinato la destinazione di specifiche risorse alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (comma 373). Viene disposta anche l'abrogazione del comma 946 dell'articolo 1 della Legge di stabilità 2016 (L. n. 208/2015) che ha istituito, presso il Ministero della salute, il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (comma 374). Per effetto delle previsioni di cui al comma 1 il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale viene ridotto di 50 milioni di euro a decorrere dal 2025 (comma 375)

**Articolo 1, comma 376 (*Incentivi per gli interventi di produzione di energia termica da fonti rinnovabili e di incremento dell'efficienza energetica di piccole dimensioni presso edifici del Servizio sanitario nazionale*)**

L'articolo 1, comma 376, inserito nel corso dell'esame alla Camera dei deputati, dispone l'applicazione degli incentivi per **l'efficientamento energetico** previsti dal cd. conto termico, oltre che agli edifici scolastici e **agli ospedali, anche alle strutture sanitarie pubbliche, incluse quelle residenziali, di assistenza, di cura o di ricovero del Servizio sanitario nazionale.**

**Articolo 1, comma 377 (*Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità*)**

**Il comma 377 istituisce un fondo** nello stato di previsione del Ministero della salute con dotazione di 1,2 milioni per l'anno 2025, 1,3 milioni di euro per l'anno 2026 e 1,7 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027, **al fine di finanziare interventi normativi futuri in materia di prevenzione e cura dell'obesità.**

**Articolo 1, comma 378 (*Campagne di informazione e sensibilizzazione sullo svolgimento di test di riserva ovarica*)**

Il comma 378, aggiunto in sede di esame alla Camera, autorizza a favore del Ministero della salute la spesa di 0,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027, per realizzare campagne di informazione e sensibilizzazione in favore della popolazione femminile sullo svolgimento di test di riserva ovarica su tutto il territorio nazionale.

**Articolo 1, comma 379 (*Rifinanziamento del Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione ed alimentazione*)**

**Il comma 379** autorizza la spesa di 500.000 euro per ciascuno degli anni 2025,



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

2026 e 2027 a favore del Ministero della salute per lo **svolgimento di campagne di prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.**

**Articolo 1, comma 380 (Fondo per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana, la sindrome da immunodeficienza acquisita, il papilloma virus umano e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale)**

**Il comma 380 istituisce un apposito Fondo nello stato di previsione del Ministero della salute con una dotazione di 5 milioni di euro a decorrere dal 2026 per il finanziamento di future iniziative normative finalizzate all'implementazione di interventi per la prevenzione e la lotta contro il virus HIV, la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale. Si prevedono appositi provvedimenti normativi, da adottare rispettando il sopra indicato limite di spesa di 5 milioni di euro per dare attuazione agli interventi previsti.**

**Articolo 1, commi 381-384 (Misure per il servizio sanitario della regione Molise)**

I commi da 381 a 383 recano misure specifiche per il servizio sanitario della regione Molise: si autorizza, per ciascuno degli anni 2025 e 2026, una spesa pari a 45 milioni di euro in favore della regione stessa, quale contributo per la chiusura delle perdite pregresse del servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2023. La corresponsione di tale contributo è subordinata ad alcuni adempimenti, posti in capo alla regione suddetta e alla struttura commissariale deputata all'attuazione del relativo piano di rientro.

Il successivo comma 384 stabilisce che, a decorrere dall'anno 2025, in sede di riparto del fabbisogno sanitario standard, si tiene conto delle caratteristiche territoriali e delle dimensioni delle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, riservando in favore delle medesime regioni una quota annuale non inferiore a 20 milioni di euro.

**Articolo 1, comma 385 (Riduzione dell'imposta sostitutiva relativa ai lavoratori dipendenti privati e applicabile ai premi di produttività e alle forme di partecipazione agli utili d'impresa)**

Il comma 385 estende ai premi e alle somme erogati negli anni 2025, 2026 e 2027 la riduzione transitoria da 10 a 5 punti percentuali (già prevista per le corrispondenti erogazioni negli anni 2023 e 2024) dell'aliquota dell'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle relative addizionali regionali e comunali, concernente alcuni emolumenti retributivi, costituiti da premi di risultato e da forme di partecipazione agli utili d'impresa. Sia la disciplina a regime sia quella transitoria concernono esclusivamente i lavoratori dipendenti privati.

**Articolo 1, commi 392-394 (Incentivi per la realizzazione di screening sanitari nei luoghi di lavoro)**

**I commi 392-394 istituiscono un fondo per incentivare i programmi di screening e prevenzione di malattie cardiovascolari e oncologiche da parte dei datori di lavoro.**

Il comma 392 istituisce un fondo nello stato di previsione del MLPS con una

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

dotazione pari a 500.000 euro a decorrere dall'anno 2026, per incentivare i programmi di *screening* e prevenzione di malattie cardiovascolari e oncologiche da parte dei datori di lavoro, ivi incluse le relative campagne di formazione e informazione, nonché la dotazione da parte delle imprese di defibrillatori semiautomatici e automatici (DEA).

Il comma 393 prevede che con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabiliti le modalità e i criteri di ripartizione delle risorse del fondo di cui al comma 1, anche al fine del rispetto del limite di spesa autorizzato.

Il comma 394 stabilisce che agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili nello stato di previsione del MEF.

#### **Articolo 1, comma 578 (*Misure in materia di salute sessuale e educazione sessuale e affettiva*)**

Il comma 578 incrementa di 500.000 euro per l'anno 2025 il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità al fine di promuovere nei piani triennali dell'offerta formativa (PTOF) interventi educativi e corsi di informazione e prevenzione rivolti a studenti delle scuole secondarie di primo e di secondo grado, relativamente alle tematiche della salute sessuale e dell'educazione sessuale e affettiva.

#### **Articolo 1, comma 584 (*Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale*)**

Il comma in titolo incrementa di euro 90.475.000 - per l'anno 2025 -un'autorizzazione di spesa afferente al Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC) e riferita a iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale.

#### **Articolo 1, comma 591 (*Piano di sostegno alla ricerca*)**

Il comma 591, introdotto durante l'esame alla Camera, attribuisce al Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) un contributo pari a 9 milioni di euro per l'anno 2025, 12,5 milioni di euro per il 2026 e di 10,5 milioni di euro a decorrere dal 2027 finalizzato alla stabilizzazione di ricercatori, tecnologi, tecnici e amministrativi.

#### **Articolo 1, commi 877-878 (*Rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture – edilizia sanitaria*)**

**I commi 877-878 dispongono un incremento del finanziamento del programma pluriennale straordinario di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico – come previsto a normativa vigente - pari a 126,6 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2027 al 2036. Il programma vigente è quantificato per un importo di 33,787 miliardi di euro.** Le norme mantengono fermo l'attuale limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità del bilancio dello Stato, ai fini della sottoscrizione degli accordi di programma con le regioni e per il successivo trasferimento delle risorse.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La ripartizione di detto incremento è stabilita sulla base del valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», precedentemente finanziati dal Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR, al netto degli importi relativi alle Province autonome e alla Regione Campania.

In conclusione, al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega il provvedimento indicato in oggetto (All. n. 1).

Cordiali saluti

**IL PRESIDENTE**  
Filippo Anelli

All.n.1

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005