



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 06

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

**Oggetto: Legge 30 dicembre 2025, n. 199 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.**

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 30-12-2025 - Suppl. Ordinario n. 42, 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, commi 3-4 (*Revisione della disciplina dell'imposta sul reddito delle persone fisiche*)**

**I commi 3 e 4 riducono dal 35 al 33 per cento la seconda aliquota dell'IRPEF, prevedendo un meccanismo diretto a sterilizzare il beneficio fiscale per i percettori di un reddito complessivo superiore a 200.000 euro.**

**In particolare, il comma 4, modificando l'articolo 16-ter del TUIR, che disciplina i limiti alla fruizione delle detrazioni fiscali, introdotta dalla precedente legge di bilancio, dispone che per i titolari di un reddito complessivo superiore a 200.000 euro l'ammontare della detrazione dall'imposta lorda è diminuito di un importo pari a 440 euro in relazione ai seguenti oneri:**

- a) gli oneri la cui detraibilità è fissata nella misura del 19 per cento dal presente testo unico o da qualsiasi altra disposizione fiscale, **fatta eccezione per le spese sanitarie di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c) del TUIR;**
- b) le erogazioni liberali in favore dei partiti politici di cui all'articolo 11 del decreto-legge 28 dicembre 2013, n. 149, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 13; Le erogazioni liberali ai partiti politici sono detraibili dall'imposta sui redditi per un importo pari al 26 per cento, per importi compresi tra 30 euro e 30.000 euro annui.
- c) i premi di assicurazione per rischio eventi calamitosi di cui all'articolo 119, comma 4, quinto periodo, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: [presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it) – C.F. 02340010582



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

### **Articolo 1, commi 7 e 12 (Imposta sostitutiva su incrementi retributivi contrattuali nel settore privato)**

Il comma 7 prevede che gli incrementi retributivi corrisposti ai dipendenti del settore privato nell'anno 2026, in attuazione di nuovi contratti collettivi di lavoro, sottoscritti negli anni 2024, 2025 e 2026, siano sottoposti ad un'imposta sostitutiva delle imposte sui redditi, costituita da un'aliquota del 5 per cento, limitatamente ai casi in cui il complessivo reddito da lavoro dipendente del soggetto non sia superiore, nell'anno 2025 a 33.000 euro; il Senato ha riformulato nei suddetti termini, con l'elevamento del limite suddetto da 28.000 a 33.000 euro e con l'estensione anche ai contratti summenzionati sottoscritti nel corso del 2024.

### **Articolo 1, commi 8-12 (Imposta sostitutiva per i lavoratori dipendenti privati su premi di risultato e forme di partecipazione agli utili d'impresa nonché su alcune maggiorazioni e indennità)**

I commi 8 e 9 modificano in via transitoria la disciplina – relativa ai lavoratori dipendenti privati – 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. Le modifiche prevedono, per gli anni 2026 e 2027: la riduzione dell'aliquota dell'imposta sostitutiva ad 1 punto percentuale; l'elevamento del limite annuo dell'imponibile ammesso al regime tributario in oggetto a 5.000 euro (lordi). Il Senato ha specificato in termini più chiari che l'intervento transitorio in oggetto concerne anche gli emolumenti derivanti da forme di partecipazione agli utili d'impresa.

I commi 10 e 11, per il periodo di imposta relativo all'anno 2026, introducono, limitatamente ai dipendenti del settore privato, aventi un determinato requisito di reddito, e con esclusione dell'ambito delle attività di cui al successivo comma 187, un'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle relative addizionali regionali e comunali con riferimento a maggiorazioni e indennità per lavoro notturno, lavoro festivo, lavoro nei giorni di riposo settimanali e indennità e altri emolumenti inerenti al lavoro a turni, fino a un limite massimo del relativo imponibile pari a 1.500 euro; l'aliquota dell'imposta sostitutiva è pari a 15 punti percentuali; il riconoscimento di tale regime tributario è subordinato alla condizione che il reddito da lavoro dipendente del soggetto non sia stato superiore, nell'anno 2025, a 40.000 euro.

### **Articolo 1, comma 27 (Condizioni di accesso al regime forfetario)**

**Il comma 27 estende all'anno 2026 la modifica introdotta dalla legge di bilancio 2025 che ha elevato da 30 mila euro a 35 mila euro la soglia di reddito da lavoro dipendente (o redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente) superata la quale è precluso l'accesso al regime forfetario.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In dettaglio il regime forfetario è stato introdotto dalla legge di stabilità 2015 (articolo 1, commi 54-89, della legge n. 190 del 23 dicembre 2014) ed è destinato agli operatori economici di ridotte dimensioni.

Esso prevede rilevanti semplificazioni ai fini Iva e ai fini contabili, e consente, altresì, la determinazione forfetaria del reddito da assoggettare a un'unica imposta con aliquota al 15% sostitutiva delle imposte sui redditi e dell'Irap. Esso è inteso dal legislatore il regime naturale delle persone fisiche che esercitano un'attività di impresa, arte o professione in forma individuale, purché siano in possesso dei requisiti stabiliti dalla legge e, contestualmente, non incorrano in una delle cause di esclusione.

La sua applicazione, pertanto, è subordinata solo al verificarsi delle condizioni e al possesso dei requisiti prescritti dalla legge.

Si rinvia per una puntuale sintesi al sito dell'Agenzia delle entrate.

Il comma 54 della legge di bilancio 2023 ha innalzato a 85 mila euro (rispetto al precedente limite previsto a 65.000 euro) la soglia di ricavi e compensi che consente di applicare un'imposta forfetaria del 15 per cento sostitutiva di quelle ordinariamente previste. La disposizione prevede inoltre che tale agevolazione cessa immediatamente di avere applicazione per coloro che avranno maturato compensi o ricavi superiori ai 100 mila euro, senza aspettare l'anno fiscale seguente.

Si rammenta che, limitatamente all'anno 2023 e subordinatamente al ricorrere di determinate condizioni, i commi da 55 a 57 hanno introdotto, per le persone fisiche esercenti attività di impresa, arti o professioni non aderenti al regime forfetario, un'imposta sostitutiva pari al 15 per cento da applicare su una base imponibile, non superiore a 40 mila euro, corrispondente alla differenza tra il maggior reddito prodotto nell'anno 2023 rispetto al più elevato dei redditi dichiarato nel triennio precedente, decurtata di un importo pari al 5 per cento di quest'ultimo ammontare. La norma precisa, altresì, le conseguenze di tale nuovo regime relativamente alla determinazione dei requisiti reddituali validi ai fini del riconoscimento di benefici fiscali nonché degli acconti dovuti per il periodo d'imposta 2024.

I soggetti esclusi dall'applicazione del regime forfetario sono i seguenti:

- a) le persone fisiche che si avvalgono di regimi speciali ai fini dell'imposta sul valore aggiunto o di regimi forfetari di determinazione del reddito;
- b) i soggetti non residenti, ad eccezione di quelli che sono residenti in uno degli Stati membri dell'Unione europea o in uno Stato aderente all'Accordo sullo Spazio economico europeo che assicurino un adeguato scambio di informazioni e che producono nel territorio dello Stato italiano redditi che costituiscono almeno il 75 per cento del reddito complessivamente prodotto.
- c) i soggetti che in via esclusiva o prevalente effettuano cessioni di fabbricati o porzioni di fabbricato, di terreni edificabili, in regime di esenzione IVA, o di mezzi di trasporto nuovi in regime di IVA intracomunitaria;

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: [presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it) – C.F. 02340010582



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

d) **gli esercenti attività d'impresa, arti o professioni** che partecipano, contemporaneamente all'esercizio dell'attività, a società di persone, ad associazioni o a imprese familiari, ovvero che controllano direttamente o indirettamente società a responsabilità limitata o associazioni in partecipazione, le quali esercitano attività economiche direttamente o indirettamente riconducibili a quelle svolte dagli esercenti attività d'impresa, arti o professioni;

d-bis) le persone fisiche la cui attività sia esercitata prevalentemente nei confronti di datori di lavoro con i quali sono in corso rapporti di lavoro o erano intercorsi rapporti di lavoro nei due precedenti periodi d'imposta, ovvero nei confronti di soggetti direttamente o indirettamente riconducibili ai suddetti datori di lavoro, ad esclusione dei soggetti che iniziano una nuova attività dopo aver svolto il periodo di pratica obbligatoria ai fini dell'esercizio di arti o professioni;

d-ter) i soggetti che nell'anno precedente hanno percepito redditi di lavoro dipendente e redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, eccedenti l'importo di 30.000 euro (elevato a 35 mila euro per il 2025 dall'articolo 1, comma 12, della legge n. 207 del 2024 ed esteso all'anno 2026 dalla presente disposizione); la verifica di tale soglia è irrilevante se il rapporto di lavoro è cessato.

#### **Articolo 1, commi 333-339 (*Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale*)**

**Il comma 333 prevede l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, anche per le finalità di cui ai commi da 334 a 409, in misura pari a 2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.**

**Il comma 334 destina una quota dell'importo di cui al comma 333, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2026, 98 milioni di euro per l'anno 2027 e 83,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, al finanziamento delle spese per Alzheimer e altre patologie di demenza senile.**

**Il comma 335 autorizza le regioni, nelle more dell'assegnazione del finanziamento sanitario per l'emersione di lavoratori irregolari, ad iscrivere nel bilancio dell'esercizio di riferimento, l'ultimo valore annuale assegnato in esercizi precedenti, fermi restando i successivi conguagli a seguito della assegnazione definitiva.**

**Il comma 336 prevede che la disposizione di cui al comma 335 entri in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta ufficiale.**

**Il comma 337, al fine di rafforzare il monitoraggio sulle risorse destinate a specifiche finalità assistenziali, demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente Stato- Regioni, da adottarsi entro il 31 marzo 2026, il compito di individuare le disposizioni normative per le quali si procede**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**al riparto delle risorse nell'ambito della proposta complessiva di riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica dell'utilizzo delle risorse per specifiche finalità assistenziali a cui sono destinate risorse ricomprese nel fabbisogno sanitario.**

**Il comma 338 destina una quota delle risorse incrementalì di cui al comma 333, pari a 188,2 milioni di euro per l'anno 2026 e 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029, all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.**

**Infine, il comma 339, con una modifica all'articolo 27, comma 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 e il 2026 sono le stesse indicate per la determinazione dei fabbisogni sanitari *standard* regionali per l'anno 2024.**

**Articolo 1, commi 344-347 (*Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2025-2030*)**

Le disposizioni in esame stabiliscono la destinazione di una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, pari a 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni di euro per il 2027, 90 milioni di euro per il 2028 e 30 milioni di euro annui a decorrere dal 2029, per la realizzazione degli obiettivi e delle azioni strategiche definiti nel Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2025-2030 (PANSM 2025-2030) (comma 344). Nel triennio 2026-2028, una quota pari al 30 per cento di tali risorse è indirizzata all'implementazione delle azioni di prevenzione previste nel PANSM (comma 345). La ripartizione tra le regioni delle risorse previste dal comma 344 viene effettuata con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e sentita la Conferenza Unificata (specifica modificata nel corso dell'esame al Senato; nel testo originario era previsto il parere della Conferenza Stato-Regioni), che disciplina anche il monitoraggio delle azioni strategiche definite nel PANSM (comma 346). Infine, nell'ambito delle risorse previste dal comma 344, viene previsto l'impiego di una quota pari a 30 milioni di euro per l'assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario da destinare ai Servizi di salute mentale delineati nel PANSM (comma 347).

**Articolo 1, commi 349 e 350 (*Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*)**

Il comma 349 dispone l'aumento della spesa annuale destinata all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. In particolare, tale spesa viene aumentata, a decorrere dall'anno 2027, da 650 milioni di euro a 1.000 milioni di euro.

Il comma 350 prevede che una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2026 e 183 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, sia vincolata per assicurare al SSN le risorse necessarie all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

### **Articolo 1, commi 351-356 (*Farmacia dei servizi*)**

I commi 351-356 dispongono che, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 406-*bis* della L. n. 205/2017 D.Lgs. n. 153/2009 D.P.C.M. sui LEA del 12 gennaio 2017 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, il Ministero della salute adotta apposite linee guida al fine di definire i requisiti per lo svolgimento delle predette prestazioni, in particolare con riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, di disagio e di ruralità (comma 351), e tenuto conto dell'esito della relativa sperimentazione da comunicarsi da parte del Ministero della salute, i servizi resi dalle farmacie a norma del 34, siano stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale. Pertanto, le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai sensi del 35, anche in sinergia con gli altri professionisti sanitari. Viene poi stabilito che per le ulteriori prestazioni assistenziali eventualmente da erogarsi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN rispetto a quanto disciplinato dall'articolo 18.

Per le finalità di cui al comma 351 è vincolata, nell'ambito del fabbisogno sanitario standard, una quota pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, al cui riparto si provvede in sede di riparto complessivo del citato fabbisogno nell'anno di riferimento (comma 352).

La remunerazione dei servizi di cui al comma 351 viene definita dalle Regioni e province autonome nell'ambito degli Accordi integrativi regionali, all'esito delle negoziazioni con le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie, sulla base di quanto stabilito dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, di cui all'articolo 8, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992, nei limiti dell'importo di cui al comma 352 (comma 353).

Alle Regioni e province autonome viene attribuito il compito di rendicontare al Ministero della salute, entro il 30 giugno di ogni anno, l'utilizzo delle risorse ed i volumi di attività erogati nel corso dell'anno precedente, anche ai fini della verifica degli impatti economici ed organizzativi dei servizi resi dalle farmacie (comma 354).

Il comma 355 reca poi alcune modifiche puntuali alle lettere *c-bis* e *c-ter* del comma



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

2 del citato articolo 8 del D.Lgs. n. 502/1992, dirette essenzialmente ad agganciare alle risorse vincolate del fabbisogno sanitario standard di cui al comma 352, il limite di spesa da stabilire per la remunerazione dei servizi di cui al comma 1.

Per le finalità di cui all'articolo in esame viene infine rimesso ad un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, da emanarsi entro il 30 marzo 2026, la disciplina delle modifiche alle procedure delle prescrizioni mediche dematerializzate nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, nonché delle relative erogazioni, fatte salve le modalità già operative per l'assistenza farmaceutica, anche ai fini del rimborso delle stesse da parte del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto al comma 5, lettera b) (comma 356).

**Articolo 1, commi 357-361 (*Indennità per il personale sanitario e socio-sanitario e maggiorazioni per prestazioni aggiuntive del personale sanitario*)**

**I commi da 357 a 360 prevedono un incremento delle risorse stanziato dall'articolo 1, commi da 350 a 353, della L. 30 dicembre 2024, n. 207, per l'elevamento, da parte dei contratti collettivi nazionali di lavoro, della misura di alcune indennità, relative alle seguenti categorie di personale sanitario e socio-sanitario, dipendente dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale: medici e medici veterinari (comma 357); infermieri (comma 358); dirigenti sanitari inquadrati nei profili diversi da quelli di medico e medico veterinario (comma 359); personale appartenente alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica e alla professione di assistente sociale, nonché operatori socio-sanitari (comma 360). Tali elevamenti sono operati a valere sull'incremento, disposto dal precedente comma 333, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.**

Il comma 361 eleva, per l'anno 2026, i limiti di spesa lorda per la remunerazione secondo particolari maggiorazioni, ammesse in via transitoria – secondo la disciplina già vigente e che cessa al termine del medesimo anno 2026 – rispetto alle maggiorazioni contrattuali, delle prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità, dipendenti dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. **L'incremento è pari a 143,500 milioni di euro (come detto, per l'anno 2026), di cui 101,885 milioni per i dirigenti medici e 41,615 milioni per il suddetto personale sanitario (i corrispondenti importi complessivi diventano quindi pari, rispettivamente, a 423,500 milioni, 301,885 milioni, 121,615 milioni).** Il relativo allegato opera il riparto dei due importi, inerenti alle suddette due categorie, tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Resta fermo che, per l'anno 2026, i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'IRPEF (e delle relative addizionali regionali e comunali) pari al 15 per cento. L'incremento di cui al comma 361 è operato a valere sulla quota delle risorse finanziarie vincolate alla



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale.

Come accennato, gli elevamenti di cui ai commi da 357 a 360 sono operati, come indica la relazione tecnica, a valere sull'incremento, disposto dal precedente comma 333, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Riguardo alle prestazioni aggiuntive di cui al comma 361 si ricorda che esse sono svolte al di fuori dell'attività istituzionale e dell'orario di lavoro e che:

**- l'articolo 24, comma 6, e l'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro, per il periodo 2016-2018, dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, prevedono che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale possano richiedere ai propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale, inquadrate formalmente nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria (cosiddetta *intramoenia*) e remunerate con una tariffa oraria pari a 60 euro lordi onnicomprensivi; la disciplina legislativa transitoria, oggetto di integrazione da parte del presente comma 361, consente, sino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione); restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario massimo di lavoro ed ai riposi;**

- la remunerazione delle prestazioni aggiuntive da parte del personale sanitario non dirigenziale è stabilita dalla contrattazione integrativa; la disciplina legislativa transitoria, oggetto di integrazione da parte del presente comma 361, consente, fino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria (delle prestazioni aggiuntive) fino a 60 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione); restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario massimo di lavoro ed ai riposi.

L'incremento di cui al comma 361 è operato a valere sulla quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale. Si ricorda che il comma 361 fa riferimento alle finalità di far fronte alla carenza di personale sanitario negli enti e nelle aziende del Servizio sanitario nazionale e di ridurre le liste d'attesa.

### **Articolo 1, commi 362-365 (*Assunzioni di personale nel Servizio sanitario nazionale*)**

**Il comma 362 prevede, nel limite complessivo di 450 milioni di euro annui, decorrenti dall'anno 2026, la possibilità di assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, da parte degli enti e aziende del Servizio sanitario**





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**nazionale, in deroga ai limiti di spesa vigenti per il personale del Servizio sanitario regionale; lo stanziamento in esame concerne anche le regioni a statuto speciale.** Il comma 363 provvede alla copertura finanziaria del medesimo stanziamento; la copertura è disposta in parte a valere sul finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e in parte a valere sulla quota del medesimo finanziamento complessivo destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Il comma 364 prevede che le regioni possano elevare, rispetto al limite già vigente, l'importo della spesa per il personale del Servizio sanitario regionale, nella misura massima di incremento pari al 3 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto al relativo esercizio precedente. La lettera a) del comma 365, amplia, nella misura di un anno, i termini temporali di riferimento per procedure di stabilizzazione di personale, dirigenziale e non dirigenziale, sanitario, socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale da parte di enti o aziende del Servizio sanitario nazionale. La successiva lettera b) amplia i termini temporali di riferimento e le categorie soggettive dei lavoratori per la possibilità di applicazione di una riserva di posti in procedure selettive pubbliche di reclutamento da parte dei suddetti enti ed aziende, intese allo svolgimento di funzioni (da parte dei medesimi enti e aziende) in precedenza oggetto di esternalizzazione.

**Articolo 1, comma 366 (Emolumenti accessori al personale sanitario e socio-sanitario assegnato ai servizi di pronto soccorso)**

Il comma 366 prevede che le regioni possano incrementare in via sperimentale, in ciascuno degli anni 2026-2029, l'ammontare della componente variabile dei fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro e dei fondi per la retribuzione di risultato della dirigenza dell'area sanità nonché dei fondi inerenti alla premialità e alle condizioni di lavoro del personale del comparto sanità, all'esclusivo fine dell'impiego delle relative risorse aggiuntive, da parte della contrattazione integrativa, **per il riconoscimento di emolumenti accessori ai medici**, agli infermieri, agli assistenti infermieri e agli operatori sociosanitari (dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale) **assegnati ai servizi di pronto soccorso**. L'incremento è ammesso nella misura massima di 1 punto percentuale rispetto alla componente stabile dei fondi medesimi.

**Articolo 1, comma 367 (Incremento delle risorse per le cure palliative)**

Il comma 367, modificando il terzo periodo del comma 2 dell'articolo 12 della legge n. 38/2010, incrementa di 20 milioni di euro annui, a decorrere dal 2026, da destinarsi in via prioritaria all'assunzione di personale per il potenziamento delle reti di cure palliative, l'importo delle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale - che attualmente prevede un vincolo di risorse non inferiore a 110 milioni di euro annui,



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

per la realizzazione delle finalità della legge che garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

**Articolo 1, commi 371 e 372 (*Quote premiali del Servizio sanitario nazionale*)**

Il comma 371, mediante novella all'articolo 2, comma 67-bis, quinto periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), sostituisce le parole «e per l'anno 2024,» con le seguenti: «, per l'anno 2024, per l'anno 2025 e per l'anno 2026,».

Con la modifica predetta, la disposizione in commento prevede l'applicazione anche agli anni 2025 e 2026 della procedura transitoria di riparto adottata dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni, delle quote premiali da destinare alle regioni virtuose ai fini della spesa sanitaria, accantonate a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, in base anche ai criteri di riequilibrio e riparto indicati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

**Articolo 1, commi 376-380 (*Revisione annuale del Prontuario farmaceutico nazionale*).**

Il comma 376 prevede che l'AIFA, con cadenza annuale e comunque entro e non oltre il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, provveda alla revisione e all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale (PFN) dei medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, ai fini del perseguimento di obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

I criteri in base ai quali effettuare la revisione sono quelli di efficacia clinica, sicurezza, appropriatezza d'uso, facilità di accesso al farmaco per l'assistito, costo-beneficio ed economicità complessiva per il Servizio sanitario nazionale. A seguito della revisione, l'AIFA individua i medicinali da includere, mantenere, riclassificare o escludere dal Prontuario, nonché quelli per i quali procedere alla rinegoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso anche in ragione dell'ampliamento dei consumi o della presenza di alternative con costo terapia più favorevole per il Servizio sanitario nazionale (comma 377).

I provvedimenti di revisione, adottati con determina AIFA, hanno efficacia dal 1° gennaio dell'anno di riferimento (comma 378).

Viene poi attribuita all'AIFA la facoltà di prevedere, per i medicinali esclusi dal Prontuario, misure transitorie volte a garantire la continuità terapeutica dei pazienti già in trattamento, stabilendone modalità e durata (comma 379).

**Articolo 1, commi 381-385 (*Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci*)**

Le disposizioni in esame prevedono l'implementazione delle procedure per la

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

generazione del buono dematerializzato per l'erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSN (comma 381). Tale buono può essere utilizzato dalle persone affette da celiachia nelle farmacie, parafarmacie, negozi alimentari specializzati e negozi della grande distribuzione organizzata (GDO) (comma 382), con i quali le regioni e le province autonome hanno stipulato apposite convenzioni (comma 383). Inoltre, viene disposto che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i criteri per la definizione e l'attuazione, tramite il Sistema tessera sanitaria, del sistema centralizzato di generazione del suddetto buono, delle modalità di utilizzo di esso presso i negozi convenzionati, dell'assegnazione del *budget* mensile ai singoli beneficiari, della tracciabilità dell'importo residuo disponibile di tale *budget* e delle modalità di compensazione tra regioni e province autonome delle spese effettuate in un luogo diverso da quello di residenza e di domicilio sanitario dell'acquirente (comma 384). Viene infine stabilito che, alla copertura degli oneri derivanti dai precedenti commi, quantificati in un importo pari a 2 milioni di euro per l'anno 2026 e 1 milione di euro annui a decorrere dal 2027, si provvede tramite l'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (comma 385).

#### **Articolo 1, commi 397-398 (*Finanziamento dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù*)**

I commi 397 e 398 incrementano da 20 a 70 milioni di euro annui il limite massimo di finanziamento previsto – nell'ambito della quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale – in favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù – organizzazione della Santa Sede riconosciuta, nell'ordinamento italiano, come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato (IRCCS) –. L'elevamento è disposto con efficacia già dall'anno 2025.

#### **Articolo 1, comma 399 (*Spesa per l'acquisto di dispositivi medici*)**

Il comma 399 interviene a innalzare, a decorrere dall'anno 2026, il tetto nazionale per la spesa dei dispositivi medici al 4,6 per cento. La disposizione precisa altresì che restano ferme le procedure per la determinazione dei tetti regionali previsti.

#### **Articolo 1, commi 400-401 (*Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati*)**

**Il comma 400 incrementa il limite di spesa regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera nella misura di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.** In seguito a tale elevamento, il



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

limite è pari al valore della medesima spesa regionale (risultante a consuntivo nell'anno 2011), incrementato di 6,5 punti percentuali (in tale ambito, in base alla disciplina già vigente<sup>121</sup>, una quota di 0,5 punti è destinata all'acquisto di "prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti", con priorità per le "strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso").

### **Articolo 1, commi 402-404 (*Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione*)**

I commi 402-404 prevedono l'avvio in via sperimentale per l'anno 2026 di una specifica progettualità rivolta agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) pubblici e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, al fine di promuovere modelli innovativi di gestione clinico-organizzativa nonché di potenziare la qualità dell'assistenza erogata dagli ospedali (comma 402).

Per le finalità indicate al comma 402 è autorizzata la spesa complessiva di 20 milioni di euro per l'anno 2026, da ripartire tra le regioni e province autonome interessate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Ai conseguenti oneri pari a 20 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della *Legge di bilancio* per il 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), riguardanti le quote destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (comma 403).

Viene poi precisato che la disposizione di cui ai commi in esame è approvata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige di cui al D.P.R. n. 670/1972 (comma 404).

### **Articolo 1, commi 405-406 (*Servizi di scambio transfrontaliero per le ricette mediche elettroniche, il profilo sanitario sintetico, i documenti clinici originali, i referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i referti di diagnostica per immagini*)**

Il comma 405 prevede la spesa di 985.222 euro per il 2026 e di 793.000 euro annui a decorrere dal 2027, nell'ambito della convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la società Sogei S.p.a., per la realizzazione di infrastrutture in grado di assicurare la traduzione e lo scambio transfrontaliero, tramite il Sistema tessera sanitaria, di ricette elettroniche, del profilo sanitario sintetico, dei documenti clinici originali, delle schede di dimissione ospedaliera e dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini. Il comma 406 dispone che agli oneri derivanti da tale

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

spesa si provvede tramite l'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

**Il comma 405 dispone l'autorizzazione di spesa di 985.222 euro per il 2026 e di 793.000 euro annui a decorrere dal 2027 per garantire la continuità assistenziale nell'Unione europea, tramite la messa a punto di infrastrutture, nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, che prevedono appositi servizi di **scambio transfrontaliero e rendono possibile la traduzione e lo scambio dei seguenti documenti:****

- ricette elettroniche;
- profilo sanitario sintetico;
- documenti clinici originali;
- referti di laboratorio;
- schede di dimissione ospedaliera;
- referti di diagnostica per immagini.

Si ricorda che il Sistema Tessera Sanitaria (TS), istituito in conformità all'articolo 50, comma 1, del D.L. n. 269 del 2003, è lo strumento volto alla digitalizzazione e semplificazione del sistema sanitario italiano, tramite il monitoraggio della spesa sanitaria e la rilevazione telematica delle prescrizioni e delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

**All'interno del Sistema Tessera Sanitaria rientrano i seguenti servizi:**

- Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA);
- Ricetta elettronica;
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- dati di spesa sanitaria a supporto della dichiarazione dei redditi precompilata;
- esenzioni sanitarie per reddito (esonero totale o parziale del pagamento del *ticket*);
- trasmissione telematica dei dati dei certificati di malattia;
- emergenza COVID-19 (certificazione verde, applicazione Immuni, tamponi antigenici rapidi, tamponi molecolari, test sierologici, vaccini);
- Tessera sanitaria e Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS);
- rilevazione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche attraverso l'invio telematico dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF);
- dematerializzazione del Piano Terapeutico (PT) per consentire la mobilità degli assistiti tra regioni.

Si ricorda, inoltre, che l'istituzione della ricetta elettronica ha consentito l'informatizzazione dell'intero processo riguardante la ricetta medica cartacea tradizionale. Le norme relative alla ricetta elettronica sono dettate dal decreto MEF 2 novembre 2011 (in attuazione dell'articolo 11, comma 16, del D.L. n. 78 del 2010





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

decreto MEF 30 dicembre 2020 (modificato dal decreto MEF 1 dicembre 2022). Con il decreto MEF 25 marzo 2020 è stata estesa la dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e con il decreto MEF 27 febbraio 2025 è stata estesa l'autenticazione a due o più fattori alle funzionalità della ricetta dematerializzata a carico del SSN.

La legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, commi 317-318, L. n. 207 del 2024) ha stabilito 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) oltre che 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 Fascicolo sanitario elettronico (FSE) in formato elettronico.

#### **Articolo 1, commi 410-412 (*Potenziamento dei servizi di telemedicina*)**

Il comma 410 assegna all'Agenas, in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale, la somma di 20 milioni di euro per l'anno 2026 per il potenziamento dei servizi di telemedicina mediante l'implementazione delle procedure finalizzate a fornire ai professionisti sanitari dispositivi medici per il monitoraggio dei pazienti e per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di telemedicina. Il comma 411 stabilisce che l'individuazione dei suddetti dispositivi medici e professionisti sanitari è effettuata con un decreto del Ministro della salute, proposto da Agenas, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Il comma 412 dispone che agli oneri derivanti dal comma 410 si provvede tramite l'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

#### **Articolo 1, commi 420-421 (*Aumento del fondo destinato ai bambini affetti da malattie oncologiche e misure in materia di epilessia farmacoresistente*)**

Il comma 420, al fine di assicurare l'assistenza dei bambini affetti da malattia oncologica, dispone l'incremento delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 338 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018) per un ammontare pari a 2 milioni di euro annui per il triennio 2026-2028.

Il comma 421 dispone che alle persone affette da forme di epilessia farmacoresistente, certificata dal medico competente per le epilessie in coerenza con le linee guida nazionali ed internazionali, venga riconosciuta la necessità di sostegno elevato o molto elevato, ai sensi dell'articolo 3, commi 1 e 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

### **Articolo 1, comma 422 (*Misure in materia di dipendenze patologiche*)**

Il comma 422, con un'integrazione al comma 369 della Legge di bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), dispone che la quota pari all'1,5 per cento delle risorse del Fondo per le dipendenze patologiche – istituito dal comma 367 della medesima legge - trasferita annualmente, con decreto del Ministro della salute, al Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, sia destinata oltre che, come attualmente previsto, alla realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, anche allo sviluppo di programmi di formazione degli operatori socio sanitari, di linee di indirizzo, di progetti a valenza nazionale in materia di prevenzione, reinserimento, valutazione, raccolta ed elaborazione dati.

### **Articolo 1, comma 425 (*Misure in materia di monitoraggio della spesa sanitaria*)**

Il comma 425 prevede l'integrazione del sistema di indicatori di *performance* dei servizi sanitari regionali con un monitoraggio permanente dell'equilibrio tra i livelli e le variazioni di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e l'evoluzione dei livelli di servizio erogati, in coerenza con i criteri di riparto vigenti e con i fabbisogni *standard*.

### **Articolo 1, comma 426 (*Modifiche alla legge 30 dicembre 2024, n. 207*)**

Il comma 426 modifica l'articolo 1 della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024), inserendo un nuovo comma (304-*bis*) dopo il comma 304. Tale nuovo comma prevede che le Regioni che non rispettano i parametri individuati nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) siano sottoposte ad *audit* da parte del Comitato LEA, al fine di definire gli interventi necessari al raggiungimento, entro e non oltre i due anni, da parte della regione inadempiente, della soglia di garanzia minima nella macro-area interessata o nei singoli indicatori del NSG utilizzati per il relativo monitoraggio. Restano ferme le procedure ordinarie di verifica degli adempimenti regionali per l'erogazione del finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale.

Il nuovo comma in commento dispone che resta fermo quanto previsto dall'articolo 15, comma 24, del D.L. n. 95 del 2012, in materia di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'erogazione del finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale.

**Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, introdotto dal citato decreto del Ministro della salute del 12 marzo 2019, è lo strumento che rende possibile la verifica dell'erogazione a tutti i cittadini italiani delle cure e delle prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), in base ai parametri dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza. Tale verifica utilizza i dati messi a disposizione dal Nuovo



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e si basa su 88 indicatori individuati dall'Allegato 1 al medesimo D.M. del 12 marzo 2019, suddivisi per macro-aree. Inoltre, nel NSG è presente un sottoinsieme di indicatori ("CORE"), con la funzione di valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tali indicatori sono distribuiti in **tre macro-aree**:

- **prevenzione collettiva a sanità pubblica;**
- **assistenza distrettuale;**
- **assistenza ospedaliera.**

Le valutazioni relative al suddetto sottoinsieme sono parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA di competenza del Comitato LEA, in base a cui viene stabilita la possibilità di accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'articolo 2, comma 68, della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria 2010), in base a quanto stabilito dall'articolo 15, comma 24 del citato D.L. n. 95 del 2012.

Per risultare adempiente, una Regione deve ottenere un **punteggio non inferiore a 60 in tutte e tre le macro-aree**.

Le specifiche tecniche degli indicatori NSG sono esplicate nei seguenti documenti:

- schede tecniche degli indicatori NSG;
- metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA.

Il 4 agosto 2025 è stata pubblicata la Relazione 2023 sul monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia.

### **Articolo 1, comma 696 ((Definizione dei livelli essenziali delle prestazioni))**

Il comma 696 indica che nei successivi commi da 697 a 714 saranno individuati i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011

In particolare, la disposizione in commento specifica che il LEP saranno definiti in attuazione dell'articolo 13, comma 2, del decreto legislativo n. 68 del 2011, sulla base di macroaree di intervento nelle materie di cui all'articolo 14, comma 1, del medesimo decreto legislativo.

In proposito, si ricorda preliminarmente che l'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione rimette alla competenza legislativa esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"

Ciò premesso, si segnala che il decreto legislativo n. 68 del 2011 (disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario) è stato adottato in attuazione della legge n. 42 del 2009 (recante delega al Governo in materia di federalismo fiscale), il cui articolo 20, comma 2, demanda alla legge statale la determinazione dei LEP. Fino a tale nuova determinazione, si sarebbero considerati i LEP già fissati in base alla legislazione statale. In particolare, obiettivo del decreto legislativo n. 68 del 2011 è che le fonti di finanziamento dei LEP delle regioni a



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

statuto ordinario siano rappresentate dalla compartecipazione all'IVA e dall'addizionale regionale all'IRPEF (opportunamente rimodulate ed eventualmente perequate), nonché da entrate proprie, con superamento del sistema dei trasferimenti erariali e della perequazione basata sulla spesa storica.

Il richiamato **articolo 14 del decreto legislativo n. 68 del 2011 ha determinato le materie (tra cui la sanità)** per le quali è necessario, con riferimento alle regioni a statuto ordinario, determinare i **LEP**.

In base all'articolo 13 del medesimo decreto legislativo il procedimento per la definizione, il finanziamento e l'attuazione dei LEP, è basato sulle seguenti fasi:

- indicazione, da parte della legge statale delle modalità di determinazione dei LEP da garantirsi su tutto il territorio nazionale e contestuale determinazione delle macroaree di intervento, ciascuna delle quali omogenea per tipologia di servizi offerti, indipendentemente dal livello di governo erogatore (comma 1);
- definizione dei LEP previa determinazione, per ciascuna macroarea di intervento, dei costi e dei fabbisogni standard, nonché delle metodologie di monitoraggio e valutazione dell'efficienza e appropriatezza dei servizi offerti (comma 2);
- proposizione da parte del Governo, nell'ambito del disegno di legge di stabilità (oggi confluito nella legge di bilancio) o con apposito disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica, previo parere della Conferenza unificata, di norme volte a realizzare l'obiettivo della convergenza verso i LEP dei costi e fabbisogni standard dei livelli di governo, nonché degli obiettivi di servizio (comma 3);
- ricognizione con DPCM, d'intesa con la Conferenza unificata e previo parere delle Commissioni di Camera e Senato competenti per i profili di carattere finanziario, dei LEP nelle materie dell'assistenza, dell'istruzione e del trasporto pubblico locale, con riferimento alla spesa in conto capitale, nonché la ricognizione dei livelli adeguati del servizio di trasporto pubblico locale (comma 4).

Come si è visto, la disposizione in commento precisa che si intende dare attuazione a quanto previsto in particolare dal **comma 2 dell'articolo 13** (definizione dei LEP previa determinazione, per ciascuna macroarea di intervento, dei costi e dei fabbisogni standard, nonché delle metodologie di monitoraggio e valutazione dell'efficienza e appropriatezza dei servizi offerti); sembra quindi doversi intendere che quanto previsto dai commi 3 (individuazione in legge di bilancio di norme volte a realizzare la convergenza verso i LEP) e 4 (ricognizione con DPCM dei LEP esistenti) risulta superato da quanto previsto dai successivi commi da 697 a 714.

L'entrata in vigore delle disposizioni del decreto legislativo n. 68 del 2011 è stata più volte rinviata. Da ultimo, la legge di bilancio per il 2023 (legge n. 197 del 2022, articolo 1, comma 788), ha ulteriormente differito (**dal 2023 al 2027, o, se si realizzeranno le condizioni, al 2026**) l'entrata in vigore dei meccanismi, definiti dal decreto legislativo n. 68 del 2011, di finanziamento delle funzioni regionali e diretti ad assicurare autonomia di entrata alle regioni a statuto ordinario per il



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

finanziamento delle “funzioni LEP” e la conseguente soppressione dei trasferimenti statali. Conseguentemente non è stato attuato il processo di definizione dei LEP individuato dagli articoli 13 e 14 del medesimo decreto legislativo e sopra richiamati.

**Articolo 1, commi 697-705 (Livelli essenziali delle prestazioni nel settore sanitario e delle prestazioni di assistenza nel settore sociale)**

I commi da 698 a 705 stabiliscono i livelli essenziali delle prestazioni nella materia assistenza – al fine della successiva definizione, mediante criteri di federalismo fiscale, del sistema di finanziamento degli interventi delle regioni a statuto ordinario in materia–; **il comma 697 conferma, per l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel settore sanitario, le disposizioni del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, per le quali continuano a trovare applicazione le procedure di aggiornamento già previste dalla disciplina vigente.** Più specificamente, la definizione dei livelli essenziali di cui ai commi da 699 a 705 non concerne l'ambito dell'assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale in favore degli alunni e studenti con disabilità, ambito oggetto dei successivi commi da 706 a 711.

I commi 699 e 700 prevedono, con decorrenza dall'anno 2027, l'istituzione di un sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza nel settore sociale (LEPS); a tale sistema – da attuare in ciascun ambito territoriale sociale (ATS) – è connesso il livello di spesa necessario a garantire progressivamente, a partire dall'anno 2027, i medesimi livelli essenziali delle prestazioni. Questi ultimi sono definiti nel citato comma 700. Il comma 704 reca, ad incremento delle risorse finanziarie già stabilite a legislazione vigente, uno stanziamento pari a 200 milioni di euro annui, con decorrenza dall'anno 2027.

**Articolo 1, comma 725 (Regolamento contributivo per esercenti di arti e professioni che svolgono attività presso la PA)**

**L'articolo 1, comma 725, modificato durante l'esame parlamentare, specifica che le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e le società a prevalente partecipazione pubblica, prima di effettuare il pagamento di un importo fino a cinquemila euro agli esercenti di arti e professioni per l'attività professionale svolta, anche in favore di persone ammesse al patrocinio a spese dello Stato, verificano se i medesimi beneficiari siano inadempienti all'obbligo di versamento, derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento di qualunque ammontare.**

In caso affermativo, il relativo pagamento da parte delle citate amministrazioni andrà in favore:

- a) dell'agente della riscossione, fino al completamento del debito rimanente;
- b) del beneficiario, nel caso in cui parte delle somme superino l'ammontare del debito.





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**La disposizione in commento, aggiungendo il comma 1-ter all'articolo 48-bis del decreto legislativo 602 del 1972, si applica a decorrere dal 15 giugno 2026.**

Attualmente, per gli importi inferiori a cinquemila euro non vige tale obbligo di verifica degli adempimenti fiscali.

**Articolo 1, comma 786 (Finanziamento di un programma di prevenzione dell'HIV)**

Il comma 786 autorizza la spesa di un milione di euro annui a decorrere dal 2026, per il finanziamento di un programma di prevenzione dell'HIV, finalizzato ad ampliare l'accesso alla profilassi pre-esposizione (*Pre-Exposure Prophylaxis – PrEP*). Viene demandata ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro il 31 marzo 2026, la definizione dei criteri e delle modalità di riparto alle Regioni della somma indicata.

**Articolo 1, comma 789 (Misure in materia di economia circolare)**

**Il comma 789, modifica il novero dei soggetti tenuti all'iscrizione al Registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti (RENTRI), escludendo alcuni consorzi, sistemi di gestione o produttori di rifiuti.**

**Il comma in esame sostituisce integralmente l'articolo 188-bis, comma 3-bis, del d.lgs. 152/2006, c.d. Testo unico ambiente, che individua i soggetti tenuti ad iscriversi al Registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti (RENTRI). Rispetto al testo vigente sono apportate le seguenti modificazioni:**

- viene soppresso il riferimento, tra i soggetti tenuti all'iscrizione, ai consorzi istituiti per il recupero e il riciclaggio di particolari tipologie di rifiuti;
- **viene introdotto un secondo periodo che esclude espressamente dall'obbligo di iscrizione al RENTRI:** i consorzi ovvero i sistemi di gestione in forma individuale o collettiva individuate dall'articolo 237, comma 1, Testo unico ambiente (relativi alla gestione di particolari categorie di rifiuti e rifiuti di imballaggi) (lett. a)); e **i produttori di rifiuti a cui si applicano le disposizioni contenute nell'articolo 190, commi 5 e 6, Testo unico ambiente (lett. b)).**

**Articolo 1, comma 794 (Fondo per la revisione della struttura organizzativa e ordinativa del Servizio sanitario militare)**

Il comma 794 istituisce un apposito fondo nello stato di previsione del Ministero della difesa, con una dotazione iniziale di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, per l'adozione dei provvedimenti normativi in materia di revisione della struttura organizzativa e ordinativa del Servizio sanitario militare.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

### **Articolo 1, comma 795 (*Incremento del Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità*)**

Il comma 795, inserito nel corso dell'esame al Senato, dispone l'incremento di 2 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2026 e 2027 del Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità di cui all'articolo 1, comma 377, della legge 30 dicembre 2024 n. 207.

In proposito va ricordato che il citato comma 377 della legge di bilancio per il 2025 ha istituito 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 futuri interventi normativi in materia di prevenzione e cura dell'obesità.

A tali oneri si provvede:

- per 200 mila di euro per il 2025, per 300 mila euro per il 2026 e per 700 mila euro a decorrere dall'anno 2027 mediante una corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, Legge n. 190 del 2014 (*Legge di bilancio 2020*), come rifinanziato ai sensi del comma 884 dell'articolo 1 della presente legge.
- per la restante parte, modificando la tabella A voce del Ministero della Salute, assegnando per il 2025 1 milione, per il 2026 1 milione e per il 2027 1 milione.

### **Articolo 1, comma 797 (*Disposizioni per la prevenzione, la formazione e l'informazione in merito alla malattia celiaca*)**

Il comma 797 istituisce nello stato di previsione del Ministero della salute un Fondo, con una dotazione di 1 milione di euro per ciascuno degli anni dal 2026 al 2028, finalizzato al finanziamento di futuri interventi normativi in materia di prevenzione, formazione, informazione e cura della celiachia.

### **Articolo 1, commi 937-939 (*Disposizioni urgenti in materia di sanità*)**

I commi 937-939 dettano disposizioni urgenti in materia di sanità.

**In particolare, il comma 937, lett. a), proroga al 31 dicembre 2026 l'autorizzazione, prevista dall'art. 2-bis, comma 1, primo periodo, del D.L. n. 155 del 2024, per l'utilizzo delle risorse stanziato per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19, erogate nel 2020 e nel 2021 e ancora presenti sui bilanci dei servizi sanitari regionali, al fine di garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa.**

Conseguentemente, la lett. b) del comma 937 modifica l'art. 2-bis, comma 1, secondo periodo, del medesimo decreto-legge, prevedendo che le Regioni e le Province autonome sono autorizzate ad avvalersi, oltre che per gli anni 2024 e 2025, anche per il 2026, delle procedure disposte a normativa vigente con riferimento ai



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

regimi tariffari straordinari, introdotti per le finalità dei Piani Operativi regionali dirette al recupero delle liste d'attesa.

Il comma 938 dell'articolo in commento prevede che, nelle more della revisione della disciplina delle aziende ospedaliero-universitarie, le aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale che abbiano stipulato appositi protocolli d'intesa con le università del territorio, che prevedano lo svolgimento di attività integrate di assistenza, ricerca e didattica, continuano ad operare sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517, anche in assenza del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri previsto dall'articolo 8, comma 2, del medesimo decreto legislativo e restano salvi i rapporti giuridici sorti in attuazione dei protocolli, purché, con riferimento ai rapporti di lavoro, siano rispettate la disciplina contrattuale vigente e le disposizioni vigenti in materia di spesa di personale.

**Il comma 939 proroga, fino al 31 dicembre 2029, la previsione di cui all'art. 15, comma 1, del D.L. n. 34/2023, concernente l'esercizio temporaneo in deroga, relativo a qualifiche di professioni mediche, sanitarie o di interesse sanitario conseguite all'estero, presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, pubbliche o private o private accreditate, comprese quelle del Terzo settore.**

Inoltre, proroga, fino al 31 dicembre 2029, il comma 2 dell'art. 15, del predetto D.L. n. 34/2023, che stabilisce che le disposizioni di cui agli articoli 27 (*ingresso di stranieri in casi particolari*) e 27-quater (*ingresso e soggiorno per lavoratori altamente qualificati. Rilascio della Carta blu UE*) del T.U. in materia di immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (D.lgs. n. 286 del 1998) si applicano altresì **al personale medico e infermieristico** assunto ai sensi del comma 1 del medesimo articolo 15, presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, pubbliche o private, sulla base del riconoscimento regionale, con contratto libero-professionale ovvero con contratto di lavoro subordinato, entrambi anche di durata superiore a tre mesi, a carattere rinnovabile.

**Lo stesso comma, dettando una norma di interpretazione autentica, precisa che il medesimo articolo, 15, comma 4, si interpreta nel senso che i contratti ivi previsti, nel rispetto dei limiti di spesa consentiti dalla normativa vigente in materia di personale, possono avere durata fino alla scadenza di efficacia del riconoscimento regionale.** Si ricorda che l'articolo 15 consente, al fine di fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e socio-sanitario sul territorio nazionale, l'esercizio temporaneo in deroga dell'attività lavorativa svolta sul territorio nazionale da parte di coloro che intendono esercitare presso strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, ovvero private o private accreditate, una professione medica, sanitaria ovvero una attività prevista per gli operatori di interesse sanitario, in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero.

**La deroga è disposta prevedendo un regime temporaneo speciale di disapplicazione di quanto previsto agli articoli 49 sul riconoscimento dei titoli**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**abilitanti all'esercizio delle professioni e 50 sugli esercenti le professioni sanitarie previsto dal DPR n. 394 del 31 agosto 1999 direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.**

**Per effetto della deroga, pertanto, si consente l'esercizio temporaneo delle qualifiche sanitarie interessate anche senza l'iscrizione ai corrispondenti Albi professionali, secondo le procedure stabilite dalla legislazione vigente.**

**Articolo 1, commi 941-943 (*Misure per le dimissioni ospedaliere protette*)**

I commi 941-943 prevedono che l'assistenza domiciliare integrata venga prioritariamente orientata all'attività di dimissione protetta di pazienti cronici complessi, anche attraverso programmi di telemonitoraggio e assicurando idonei presidi presso il domicilio del paziente, al fine di ridurre il rischio di infezioni e complicanze post-operatorie e ridurre le ospedalizzazioni evitabili (comma 941).

**Al fine di garantire l'omogeneità sul territorio nazionale dei percorsi di dimissione protetta viene attribuito al Ministro della salute il compito di adottare, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge, Linee guida per la gestione delle dimissioni protette.** Esse individuano le modalità con cui i programmi di Assistenza domiciliare integrata possono concorrere a evitare ospedalizzazioni o a dimettere i pazienti non appena conclusa la fase acuta e con cui i reparti ospedalieri attivano, attraverso le centrali operative territoriali, i programmi delle dimissioni protette gestiti dal livello distrettuale (comma 942).

Viene poi prevista la clausola di invarianza degli oneri finanziari, disponendosi che alle attività del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 943).

**Articolo 1, commi 952-953 (*Misure per il potenziamento degli screening neonatali estesi*)**

I commi 952-953 destinano alcune risorse per gli *screening* neonatali.

Il comma 952 istituisce un fondo presso il Ministero della salute, con una dotazione pari a 500 mila euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027, che costituisce limite di spesa, al fine di consentire la sperimentazione, l'organizzazione e l'implementazione di nuovi *screening* neonatali.

Il comma 953 stabilisce che il riparto delle predette risorse tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano avvenga previa intesa in Conferenza unificata, e siano attribuite, di anno in anno, al fine di implementare nuovi *screening* neonatali. L'attribuzione delle risorse è vincolata alla presentazione, da parte delle regioni e province autonome, di progetti finalizzati alla sperimentazione e all'implementazione di nuovi *screening* neonatali non compresi già nell'elenco di cui all'articolo 2, della legge 19 agosto 2016, n. 167.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Articolo 1, commi 954-956 (*Programma di screening per le patologie legate all'inquinamento ambientale*)**

Le disposizioni in esame autorizzano la spesa di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027 per la realizzazione di un programma di *screening* per le patologie legate all'inquinamento ambientale (comma 954), con l'obiettivo di individuare precocemente potenziali malattie causate da esposizioni a sostanze inquinanti e di valutare interventi di prevenzione, con particolare riferimento ai siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN) (comma 955). I criteri e le modalità di attuazione di tali disposizioni sono definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (comma 956).

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