



DISEGNO DI LEGGE

**presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (MELONI)
e dal Ministro della salute (SCHILLACI)
di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (GIORGETTI)
con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione
e il PNRR (FITTO)
con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie (CALDEROLI)
con il Ministro dell'università e della ricerca (BERNINI)
e con il Ministro per la pubblica amministrazione (ZANGRILLO)**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 GIUGNO 2024

Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Relazione tecnica	»	14
Disegno di legge	»	25
Testo del decreto-legge	»	26

ONOREVOLI SENATORI. -

Il decreto-legge reca misure urgenti di garanzia per l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, anche ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'obiettivo è assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione.

Al riguardo, si precisa che l'individuazione delle misure volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nell'introdurre misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA, il provvedimento contribuisce a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza.

Simile intervento si è reso necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche, esami specialistici e ricoveri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti.

Nel ricondurre l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA nelle garanzie minime del diritto alla salute, il provvedimento contribuisce ad affermare i diritti degli assistiti in materia di prestazioni sanitarie.

Articolo 1 (Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa)

La disposizione prevede, al **comma 1**, l'istituzione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute. La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il medesimo comma, inoltre, precisa che l'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.



La disposizione intende superare gli attuali limiti del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, così come era stato disciplinato dall'Allegato B del PNGLA 2019-21 di cui all'Intesa Stato-Regioni del febbraio 2019. Il sistema di monitoraggio attuale non dispone di un reale set di indicatori di flusso né è in grado di dimensionare la consistenza delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero e, dunque orientare la programmazione dell'offerta secondo parametri realistici e tempestivi ma si basa sul mero calcolo delle percentuali di copertura dei tempi di attesa per classe di priorità sulle prestazioni prenotate (monitoraggio ex-ante ambulatoriale) ed erogate (monitoraggio ex-post ambulatoriale e ricoveri) con tempistiche differite e con numerose distorsioni di calcolo. Inoltre, con il sistema attuale i calcoli, fatti salvi quelli del monitoraggio ex post che si fondano sull'utilizzo dei dati del sistema Tessera Sanitaria fornito al Ministero della salute dal Ministero dell'economia e delle finanze con cadenze prestabilite, sono autodichiarati dalle regioni e dalle province autonome. Lo stesso dicasi per il monitoraggio delle agende pubbliche e accreditate collegate ai sistemi CUP regionali e sovra-aziendali, la cui rilevazione viene condotta dalle regioni e dalle province autonome e trasmessa al Ministero della salute mediante la compilazione di un file Excel.

Si prevede, al **comma 2**, che i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria - TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilirsi con il Protocollo di cui al comma 10 di cui al predetto all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali.

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, sentita AGENAS e previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, per l'adozione di specifiche Linee guida nazionali per la definizione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. In tal modo, quindi, si intende giungere alla definizione dei criteri e delle regole di sistema per rendere interoperabili le piattaforme regionali e provinciali di gestione delle liste d'attesa con il livello centrale e sviluppare una piattaforma nazionale per il governo delle liste d'attesa volta a consentire la visibilità dell'offerta sia per il sistema pubblico che privato accreditato a tutti i livelli di governo.

Il **comma 4** prevede che la Piattaforma opera «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), da mettere a disposizione delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, per finalità di misurazione e monitoraggio e per promuovere lo sviluppo delle strategie di medicina di iniziativa previste dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77. Il modello MCS è sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2: «*Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA*» della Missione 6 Salute, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il **comma 5**, inoltre, precisa che l'obiettivo della Piattaforma nazionale è quello di garantire, operando in coerenza con il modello MCS di cui all'articolo 4, commi 3 e 4, l'efficacia del



monitoraggio di livello nazionale, consentendo la misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale. In particolare, la Piattaforma avrà il fine di orientare la programmazione dell'offerta attraverso la verifica puntuale ed aggiornata delle agende disponibili, delle agende accessibili alla prenotazione da CUP (agende pubbliche) e da percorsi interni (agende esclusive per PDTA, follow-up e controlli), della distribuzione delle agende tra gli erogatori territoriali ed ospedalieri nonché di consentire il monitoraggio dei tempi di attesa, della consistenza di lista d'attesa per singolo erogatore, del tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche, del rispetto dei tempi massimi per classi di priorità, del rispetto dei RAO e dei principi di appropriatezza prescrittiva, dell'allineamento tra offerta e tempi di attesa tra pubblico e privato e tra regime istituzionale e libera professione.

Il **comma 6** prevede che l'AGENAS, qualora riscontri inefficienze o anomalie nell'ambito del controllo delle agende di prenotazione, possa verificare il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa, mediante meccanismi di *audit* nei confronti delle aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende.

Il **comma 7** contiene la clausola di invarianza finanziaria e precisa che l'AGENAS provvede alle attività di competenza con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 2 (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

Con il **comma 1**, al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, si istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge le funzioni già attribuite al predetto Sistema, assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere e), g), h) e l) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 189 del 16 agosto 2006.

Con il **comma 2** si declinano i compiti dell'Organismo che dovrà vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. Per lo svolgimento di questi compiti, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti da AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale e dalle attività di audit svolte dalla medesima Agenzia.

Con il **comma 3**, si autorizza l'Organismo ad accedere presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti. L'Organismo, al fine di corrispondere a segnalazioni da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela degli interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze, può acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri in relazione ai quali le regioni e le province autonome interessate hanno l'obbligo di rispondere, anche per via telematica, entro quindici giorni.



L'Organismo può avvalersi – conformemente a quanto previsto a legislazione vigente - anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. Resta fermo quanto previsto nel decreto ministeriale del 15 agosto 2017. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo costituiscono elementi di valutazione del Ministero della salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.

Con il **comma 4** si definisce la composizione dell'Organismo, costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale di cui tre di struttura complessa. Il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dello svolgimento delle procedure concorsuali, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche ed è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario.

Con il **comma 5** si attribuiscono le funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria al personale dell'Organismo al quale viene riconosciuta la qualifica di agente di pubblica sicurezza nei limiti del servizio cui è destinato.

Con il **comma 6** si quantificano gli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni di cui al comma 3.

Con il **comma 7** vengono definiti gli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 4 e 6.

Articolo 3 (Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

La proposta normativa si inserisce nell'ordinamento in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 23-*quater* del decreto-legge n. 119 del 2018, convertito, con modificazioni dalla legge n. 136 del 2018, secondo cui «*Nell'ambito delle politiche di carattere sociale, ai fini dell'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, come previsto dall'art. 47 -bis del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla*



legge 4 aprile 2012, n. 35, è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2020...». Inoltre, vista la tabella n. 14 relativa alla legge di bilancio per il 2019-2021, la quale stanziava gli importi da ripartire a valere del capitolo di bilancio 7114 in conto capitale (investimenti), per l'importo di euro 150 milioni per il 2019, 150 milioni per il 2020 e 100 milioni per il 2021, per un totale complessivo pari a 400 milioni, con decreto del Ministro della salute 20 agosto 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 268 del 15 novembre 2019, recante la "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si è provveduto al riparto del predetto fondo secondo modalità che tenessero conto dell'esigenza di assicurare a tutte le regioni una quota per vincolare nel corso del triennio 2019-2021 l'erogazione delle somme stanziate per la digitalizzazione dei CUP regionali, prevedendo, tra gli altri, i seguenti criteri:

- criterio 2: percentuale erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale;
- criterio 3: percentuale agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale;
- criterio 4: numero di canali di accesso digitalizzati – numero canali digitalizzati di accesso al CUP (regionale o aziendale) tra: APP per smartphone, via web dall'utente, farmacie, sportello CUP in strutture convenzionate, medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

La disposizione in esame reca norme relative al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale.

Il **comma 1** prevede l'afferenza al CUP regionale o infra-regionale non solo degli erogatori pubblici ma anche degli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali. Nella stessa prospettiva, il PNGLA 2019-21 (intesa Feb. 2019) aveva previsto "la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità" e che le regioni e province autonome si impegnassero entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa affinché: "i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica; l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti; la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI".

Con specifico riferimento al ruolo del privato accreditato, tale indicazione è stata ulteriormente rafforzata già dalla delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 831 del 3 agosto 2016, recante approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, che assegna all'erogatore privato accreditato l'impegno "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle



prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto”.

I **commi 2 e 3**, in coerenza con le richiamate indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si propongono di introdurre la nullità per violazione di legge dell'accordo contrattuale stipulato in assenza delle condizioni di collegamento ed interoperabilità delle relative agende di prenotazione con il CUP pubblico di riferimento; si introduce, altresì, a livello legislativo, una forma di premialità, rivolta agli erogatori privati meramente autorizzati e volta alla realizzazione anche da parte di questi ultimi del collegamento ed interoperabilità tra agende di prenotazione e CUP pubblici, rilevante in sede di valutazione rivolta al rilascio dell'accensione istituzionale, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-*quater* e 8-*quinqüies* del d.lgs. 502 del 1992, così come modificati ad opera della legge 118/2021 e della relativa disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022.

Il **comma 4** incentiva l'adozione di soluzioni digitali da parte delle regioni e delle province autonome per agevolare la prenotazione autonoma delle visite e per il pagamento del ticket.

Il **comma 5** dispone l'attivazione da parte del CUP di un sistema di disdetta delle prenotazioni per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per consentire allo stesso di confermare o cancellare la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima, anche in modalità da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Le indicazioni di cui al comma 5 della proposta normativa perseguono l'obiettivo di improntare la gestione delle agende e dei sistemi CUP a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

Il **comma 6** reca delle previsioni in materia di inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del Centro Unico di Prenotazione di una regione. Si prevede, infatti, che l'inadempienza contrattuale definitivamente accertata costituisce illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lett. e), del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36. Inoltre, si prevede l'esclusione dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'impossibilità per l'operatore economico di avvalersi di quanto previsto dall'articolo 96, commi 2,3,4,5 e 6, del decreto legislativo n. 36 del 2023.

Il **comma 7** reca una previsione finalizzata a garantire il rispetto delle prenotazioni effettuate. In particolare, si prevede che nell'ambito delle Linee guida di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto, senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

Il **comma 8** stabilisce che nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito



e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico -terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. Lo specialista di riferimento o la struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza provvedono alla gestione di tali agende.

Il **comma 9** prevede il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Inoltre, rafforza il sistema di tutela previsto dall'ordinamento a garanzia del cittadino, disponendo il raddoppio nel minimo e massimo edittale delle sanzioni di cui all'articolo 1, comma 284, della predetta legge, le quali trovano applicazione nelle ipotesi di sospensione o chiusura delle attività di prenotazione, avvenute dopo l'entrata in vigore del presente decreto.

Il **comma 10** prevede che nel caso in cui i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Il **comma 11** dispone che per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenute con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Il **comma 12** reca la clausola di invarianza finanziaria.

Articolo 4 (Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

Il **comma 1**, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici prevede che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. Si prevede, inoltre, che i direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

Il **comma 2** dispone che presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre



1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. In tal senso, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

Il **comma 3** prevede che all'attuazione di quanto previsto al comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 che assicura una copertura finanziaria per l'anno 2024. Per il rifinanziamento negli anni successivi si farà riferimento alle relative leggi di bilancio annuali.

Articolo 5 (Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale del Servizio sanitario nazionale)

Allo scopo di arginare la strutturale carenza di personale del SSN, il decreto-legge n. 35 del 2019 (cd. "decreto Calabria"), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 60 del 2019, ha operato una prima revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale. In virtù di tali disposizioni, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN di ciascuna regione e provincia autonoma non ha potuto superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, o, se superiore, il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. Dal 2021 si è potuto usufruire di un incremento di spesa del 5% subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, definita con DM del 24 gennaio 2023.

A quanto consta, tuttavia, ad oggi, per assicurare l'erogazione dei LEA, le aziende sono costrette ad incrementare i carichi di lavoro e i turni straordinari di lavoro degli organici in forza nelle strutture con conseguente aumento del rischio di errori dovuti al mancato recupero delle energie psicofisiche.

In un simile contesto, anche i tempi di attesa per una visita specialistica si dilatano sensibilmente e la stessa assistenza per degenti è qualitativamente inferiore.

Per far fronte alle predette criticità, la norma proposta prevede, al **comma 1**, che a decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60, sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5% del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato previa verifica delle misure compensative da parte di un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.



Il **comma 2**, a decorrere dall'anno 2025, demanda a uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Il **comma 3** prevede che fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. Si vuole in tal modo prevedere il mantenimento della vigenza dell'articolo 11 del dl 35/2019 sino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli Enti del SSN, salvaguardando la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11.

Articolo 6 (Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022 e rappresenta il primo programma nazionale sul tema salute finanziato da fondi strutturali (Fondo Sociale Europeo Plus e Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale), gestito dal Ministero della salute.

Trattasi di programma plurifondo, sostenuto dal Fondo Sociale Europeo plus (FSE+) e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), per un finanziamento complessivo pari a € 625 Mln (inclusa la quota di cofinanziamento nazionale – 40%), ripartito tra le priorità FSE+, FESR ed Assistenza tecnica.

Il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, sia nell'ottica di realizzare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali nelle sette Regioni meno sviluppate del Paese: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia; sia in quella di ampliare la possibilità di raggiungere le fasce più vulnerabili della popolazione sotto i profili sociale ed economico.

Il Programma persegue l'Obiettivo di Policy 4, previsto dal Regolamento (UE) 2021/1060, di "un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali" e individua delle aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa



nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari, quali il contrasto alla povertà sanitaria, la cura della salute mentale, etc.

Gli interventi da porre in essere sono sostenuti sia da fondi FSE+ che FESR, per ognuno dei quali è individuata una priorità collegata ad un determinato Obiettivo Specifico.

Gli interventi a valere sul FESR riguardano principalmente l'adeguamento infrastrutturale e il potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei Consultori Familiari e dei Punti Screening, oltre l'acquisto di motorhome attrezzati anche per assistenza odontoiatrica e screening oncologico. È prevista una ulteriore azione finanziata dal FESR volta a supportare iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e informazione.

Pertanto, la disposizione prevede che, per le regioni destinatarie del suddetto Programma, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza dello stesso, il piano d'azione individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici, le iniziative finalizzate: alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti screening; alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla formazione degli operatori sanitari per:

- 1) la sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;
- 2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;
- 3) lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economico;
- 4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.

Articolo 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

Al fine di incentivare i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, il **comma 1** prevede l'introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal predetto personale. Analogamente il **comma 2** prevede l'introduzione della medesima imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche



e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1, della legge 1° febbraio 2006, n. 43. I **commi 3 e 4** indicano gli oneri derivanti dall'attuazione di quanto previsto dai commi 1 e 2. Il **comma 5** prevede che le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi. Il **comma 6** reca la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla disposizione.



Articolo 1 (Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa)

La disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto l'AGENAS provvede alla realizzazione della Piattaforma con le risorse del subintervento PNRR 1.2.2.5 "COT - Portale della trasparenza", di cui la medesima Agenzia è soggetto attuatore, coerentemente con gli obiettivi del citato progetto. Per avviare la fase di sperimentazione sono previsti euro 4.500.000 per l'anno 2024 e per garantirne la piena operatività, sono previsti euro 3.000.000 per l'anno 2025 ed euro 3.000.000 per l'anno 2026. Per le spese gestionali connesse al funzionamento della Piattaforma, a partire dal 2027, l'Agenzia provvede con le risorse disponibili sul proprio bilancio per le spese informatiche.

Le risorse sopra indicate sono dimensionate per progettare e realizzare l'infrastruttura nazionale PNLA, nelle sue componenti *hardware* e *software*, in grado di interoperare con le piattaforme regionali/provinciali. La PNLA produrrà un cruscotto di indicatori, a livello regionale ed aziendale, che consenta agli *stakeholder* di governare le liste di attesa confrontando domanda e offerta di prestazioni e pubblicherà a beneficio dei cittadini alcuni indicatori di base sui tempi di attesa per dare trasparenza alla gestione delle liste. Le infrastrutture *hardware* e *software* saranno sviluppate valorizzando gli investimenti nazionali già operati quali ad esempio il Polo Strategico Nazionale e la riusabilità del *software* adottando laddove possibile soluzioni *open source* e protocolli di interoperabilità standard (ad esempio FHIR).

Articolo 2 (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

L'articolo istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute. Si declinano i compiti dell'Organismo che dovrà vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. L'Organismo accede presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti. A tali fini, il comma 3 prevede la possibilità di avvalimento del Comando Carabinieri per la tutela della salute, che potrà avvenire, in conformità con quanto già previsto a legislazione vigente, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. Resta fermo quanto previsto dal decreto ministeriale del 15 agosto 2017.

Con il comma 4 si definisce la composizione dell'Organismo, costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di 4 dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria. Per le medesime finalità, all'Organismo è assegnato, oltre alle unità di personale già attualmente impiegate per le



XIX LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

funzioni di supporto al SIVeAS presso la Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria nell'ambito del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale (n. 33 unità di personale, di cui n. 19 dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali e n. 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008), un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale. Al fine di meglio definire le attività delle strutture coinvolte ed evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri, il Ministero della salute - tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 4, comma 5, del d.lgs. 300/1999 secondo cui si procede alla revisione periodica dell'organizzazione ministeriale, con cadenza almeno biennale - provvederà alla riorganizzazione secondo le procedure di cui all'articolo 17, comma 4-bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400. Il Ministero della salute è autorizzato, quindi, a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more delle procedure assunzionali, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario.

Di seguito il fabbisogno di spesa per il suddetto personale aggiuntivo previsto:

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021 (13 mesi)	Retribuzione di posizione fissa	Retribuzione di posizione variabile VALORE MASSIMO lordo dipendente	Retribuzione di risultato lordo dipendente	Oneri riflessi su retribuzione di risultato	Retribuzione pro capite su base lordo stato	Incremento contrattuale CCNL 2019-2024 (5,78%)				RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2019-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivi (a regime dal 2025)
DIRIGENTI fascia	60.102,87	39.895,20	76.111,44	38.000,00	79.991,52	293.969,04	16.993,14				310.992,18	1	155.496,09	310.992,18
DIRIGENTE II fascia	47.015,77	13.345,11	34.900,00	18.087,07	39.405,20	144.753,15	8.366,73				153.119,88	1	76.559,94	153.119,88
TOTALE														
												2	1.001.929,39	2.003.858,77

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021	Retribuzione parte fissa (ricarico struttura complessa)	Retribuzione di posizione variabile	Indennità specifica medica	Indennità per incarico struttura complessa	Retribuzione di risultato	Indennità di esclusività	Oneri riflessi (52,70% su retribuzione di risultato e indennità di esclusività < 5 anni)	Retribuzione pro capite lordo stato	Incremento contrattuale CCNL 2019-2024 (5,78%)	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2019-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivi (a regime dal 2025)
Dirigenti sanitari struttura complessa	47.015,77	13.745,11	26.900,00	8.476,34	10.218,00	47.883,85	18.473,29	52.707,92	106.401,28	11.295,29	206.715,57	3	310.073,36	620.146,71
TOTALE														
												3	310.073,36	620.146,71

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021	Tredicesima	Indennità di amministrazione	Totale Fondamentale lordo dipendente	Oneri riflessi 38,38%	Totale	Tutt'intorno economino accessori (lordo stato)	Retribuzione pro capite totale (fondamentale e accessori - lordo stato)	Incremento contrattuale CCNL 2019-2024 (5,78%)	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2019-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivi (a regime dal 2025)	
Funzionari	23.501,49	1.951,49	4.529,48	29.989,90	11.310,12	41.300,02	1.967,23	43.267,25	2.312,43	45.579,68	20	459.600,00	859.600,00	
TOTALE														
												20	459.600,00	859.600,00



Agli oneri assunzionali sopra illustrati vanno aggiunti quelli relativi all'espletamento dei concorsi pubblici, alle maggiori spese di funzionamento indotte dal reclutamento del personale in questione, nonché quelli connessi alla corresponsione dei buoni pasto e dei compensi per lavoro straordinario che sarà effettuato dal personale non dirigenziale, così come rappresentato nella tabella sottostante.

PREVISIONE BUONI PASTO	u n i t à	costo buoni pasto mensile per una unità	costo buoni pasto per 25 unità 12 mesi	COSTO COMPLESSIVO ANNUO	COSTO COMPLESSIVO 6 mesi dal 1 luglio 2024
BUONI PASTO MESE N.22 X 7 EURO	25	154,00	46.200,00	46.200,00	23.100,00

PREVISIONE STRAORDINARI	u n i t à	costo orario medio area funzionari	COSTO ANNUO UNITA' calcolato su 11 mesi *20 ore/mese	ONERI C/AMM.NE 24,20%	IRAP 8,50%	COSTO COMPLESSIVO ANNUO 11 mesi	COSTO COMPLESSIVO 6 mesi dal 1 luglio 2024
STRAORDINARIO circa 20 ore mese	20	18,76	82.544,00	19.975,65	7.016,24	109.535,89	59.746,85

SPESE PROCEDURE CONCORSUALI E FUNZIONAMENTO	TOTALE COSTO CONCORSI ANNO 2024	COSTO FUNZIONAMEN TO ANNO ANNUO DAL 2025	COSTO FUNZIONAMEN TO ANNO 2024
	35.000,00	250.000,00	125.000,00

Gli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni di cui al comma 6 sono quantificati per l'anno 2024 in euro 125.000 e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

Nel prospetto seguente è riportato l'onere complessivo derivante dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 4 e 6.

art. 2 comma 4		
	2024 (6 mesi)	a regime
1dg + 1 dir. Amm + 3 dir. San.	542.129,39	1.084.258,77
20 funzionari	459.800,00	919.600,00
ONERI ASSUNZIONALI	1.001.929,39	2.003.858,77
procedura concorsuale	35.000,00	
funzionamento	125.000,00	250.000,00
ONERI DI FUNZIONAMENTO	160.000,00	250.000,00
STRAORDINARI	59.746,85	109.535,89
BUONI PASTO	23.100,00	46.200,00
TOTALE	1.244.776,24	2.409.594,66

art. 2 comma 6		
	2024 (6 mesi)	a regime
MISSIONI	125.000	250.000

TOTALE	1.369.776,24	2.659.594,66
---------------	---------------------	---------------------

Agli oneri derivanti dai commi 4 e 6, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e in euro 2.659.595 annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede, per l'anno 2024, mediante corrispondente



riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e, a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Articolo 3 (Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

Le disposizioni disciplinano le caratteristiche e le attività dei CUP di prenotazione regionali e infra-regionali, promuovendone l'interoperabilità con i centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati. Dall'attuazione delle disposizioni non derivano nuovi oneri a carico della finanza pubblica, in quanto gli enti interessati dovranno provvedere all'implementazione necessaria nei limiti delle risorse assegnate per il loro funzionamento già rese disponibili in attuazione dell'articolo 1, comma 510, della legge n. 145 del 2018, che ha previsto un finanziamento complessivo per euro 350 milioni di euro, oltre ai 50 milioni di euro stanziati dal comma 5 dell'articolo 23-quater del decreto-legge n. 119 del 2018.

Con riferimento al **comma 3**, si rappresenta che l'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private solo autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP, non costituisce automatico diritto all'accreditamento, il quale resta condizionato all'effettiva verifica del fabbisogno e ai requisiti di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Con particolare riferimento al **comma 9**, che, in caso di sospensione o chiusura delle attività di prenotazione per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, prevede l'inasprimento del sistema sanzionatorio di cui all'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della legge n. 266 del 2005, la disposizione non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica, tenuto conto, peraltro, che dall'applicazione della norma potranno discendere effetti finanziari positivi, consistenti nei maggiori introiti derivanti dal raddoppio della sanzione di cui all'articolo 1, comma 284, della legge n. 266 del 2005, per la violazione del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione per i fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

I **commi 10 e 11** prevedono che, nel caso in cui i tempi previsti dalle classi di priorità indicate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213 del 2023, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione



disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Le citate risorse, il cui utilizzo è monitorato dal Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenute con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Pertanto, dall'attuazione delle disposizioni non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Articolo 4 (Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

L'intervento previsto dalla norma si riferisce al solo anno 2024 e trova copertura nelle già finanziate disposizioni di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023, che assicura la necessaria copertura finanziaria per l'anno 2024.

Articolo 5 (Disposizioni sui limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale)

La norma interviene sui limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di ampliare la flessibilità dei vincoli di spesa del personale previsti dall'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

In particolare al comma 1 si prevede che, a decorrere dal 2024 e fino all'adozione dei decreti di cui al comma 2 sulla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, i valori della spesa per il personale autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del predetto decreto-legge sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5 per cento del predetto incremento da autorizzare con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale. I predetti valori della spesa di personale autorizzati per l'anno 2023 possono essere quindi incrementati per un importo complessivo fino al 15 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, ferma restando l'idoneità delle misure compensative, il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Ne consegue che prima di ogni intervento espansivo della spesa sanitaria in materia di personale, entro i nuovi vincoli indicati, dovrà preventivamente essere valutata la compatibilità con il quadro economico finanziario dell'intero Sistema sanitario regionale. L'ampliamento del tetto in argomento comporterebbe un maggior potenziale di spesa per il personale che deve trovare compensazione in apposite misure riduttive di altre voci di spesa. Pertanto le disposizioni di cui al comma 1, essendo



coerenti con il livello del finanziamento già programmato per il SSN a legislazione vigente, non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La predetta nuova disciplina sostituisce quella prevista dal comma 1 del citato articolo 11, le cui disposizioni, unitamente a quelle di cui ai successivi commi 2, 3 e 4, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, fino alla adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale di cui al comma 2 del presente articolo. Non si applicano, quindi, le disposizioni di cui al quarto periodo del citato articolo 11, comma 1, che prevedono la possibilità di una variazione del 5 per cento, ulteriore rispetto a quella annuale del 10 per cento prevista dal secondo periodo del medesimo comma, subordinata all'applicazione della metodologia prevista dallo stesso articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35/2019.

Il comma 2 prevede che, a decorrere dal 2025, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN e sono predisposti dalle regioni i relativi piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale sulla base della predetta metodologia, e approvati previa verifica della coerenza e congruità finanziaria con i valori di spesa definiti al comma 1, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assegnate, garantendo l'equilibrio economico del sistema.

La disposizione recata al comma 2, pertanto, non determina nuovi o maggiori oneri in quanto sia la nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN che i piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono attuati con i citati decreti nell'ambito degli spazi assunzionali definiti al comma 1 e quindi del percorso di sostenibilità finanziaria ivi previsto.

Articolo 6 (Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Per l'attuazione delle misure previste dalla disposizione si provvede a valere nei limiti delle risorse del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027.

Il Piano d'azione prefigurato dalla norma riguarda, in coerenza con la strategia e gli obiettivi Programma, l'indirizzo strategico nell'attuazione degli interventi di rafforzamento dei servizi sanitari e sociosanitari (Priorità 1, Azione 2 del PN, sostenuta dal FSE+) nonché degli interventi di rafforzamento della resilienza e della capacità dei servizi sanitari e sociosanitari di rispondere ai bisogni di salute e degli interventi volti all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio (Priorità 2, Azioni 1 e 2 del PN, sostenute dal FESR)

In particolare, le descritte iniziative finalizzate a supportare:

- investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico
- investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti screening;
- investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche

destinati all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari, rientrano negli interventi programmati nell'ambito della Priorità 2 del Programma, sostenuta dal FESR;



Le iniziative finalizzate a:

- formazione degli operatori sanitari
- sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale
- sperimentazione dei modelli e percorsi per i Consultori familiari
- metodi e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economico
- sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening

rientrano negli interventi programmati nell'ambito della Priorità 1 del Programma, sostenuta dal FSE+.

Gli interventi e le iniziative sopra richiamati, in linea con la *governance* del Programma e con lo stato di attuazione dello stesso, rientrano tra le attività di cui, con specifici atti stipulati ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2021/1060, si è delegata la gestione alle Regioni destinatarie, individuate allo scopo quali Organismi Intermedi del Programma, con conseguente impegno delle risorse a loro favore.

Il Piano d'azione si configura pertanto come indicazione/indirizzo strategico alle Regioni nell'attuazione degli interventi, nell'ambito delle risorse già assegnate per la realizzazione degli stessi.

Articolo 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

La disposizione in esame stabilisce che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità – triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento (comma 1).

Inoltre, dispone che compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento (comma 2).

Relativamente al **comma 1**, l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari è stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 218, della legge 213 del 2023, in circa 445,6 milioni di euro. Applicando un'aliquota marginale media Irpef del 43 per cento, considerando il differenziale di aliquota con la sostitutiva del 15%, si stima una perdita di gettito Irpef di competenza annua di circa -124,8 milioni di euro e di addizionale regionale e comunale rispettivamente di -7,8 e -3,0 milioni di euro. Nell'ipotesi che la norma entri in vigore a partire da giugno 2024, considerando la quota relativa a tale anno, di seguito l'andamento finanziario:



	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8
Addizionale regionale	0,0	-4,5	-7,8	-7,8
Addizionale comunale	0,0	-2,2	-3,3	-3,0
Totale	-72,8	-131,5	-135,9	-135,6

-Milioni di euro

Per quanto concerne il **comma 2**, l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dal personale sanitario del comparto sanità è stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 219, della legge 213 del 2023, in 133,4 milioni di euro.

Applicando un'aliquota marginale media Irpef del 35 per cento, considerando il differenziale di aliquota con la sostitutiva del 15%, si stima una perdita di gettito Irpef di competenza annua di circa -26,7 milioni di euro e di addizionale regionale e comunale rispettivamente di -2,3 e -0,9 milioni di euro. Nell'ipotesi che la norma entri in vigore a partire da giugno 2024, considerando la quota relativa a tale anno, di seguito l'andamento finanziario:

	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7
Addizionale regionale	0,0	-1,4	-2,3	-2,3
Addizionale comunale	0,0	-0,7	-1,0	-0,9
Totale	-15,6	-28,8	-30,0	-29,9

-Milioni di euro

Per un ammontare complessivo di:

	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-88,4	-151,5	-151,5	-151,5
Addizionale regionale	0	-5,9	-10,1	-10,1
Addizionale comunale	0	-2,9	-4,3	-3,9
Totale	-88,4	-160,3	-165,9	-165,5

-Milioni di euro

Il **comma 6** dispone la copertura degli oneri di cui ai commi 3 e 4, valutati in 88,4 milioni di euro per l'anno 2024, 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, a cui si provvede:

- a) quanto a 12 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute, che presenta le necessarie disponibilità;
- b) quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge 23



dicembre 2000, n. 388, che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario. Trattasi di una limitazione della riassegnazione in spesa dei proventi derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato;

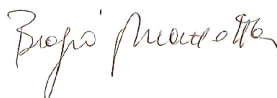
c) quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 2024 mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. La riduzione garantisce la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno;

d) quanto a 25 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che presenta le necessarie disponibilità;

e) quanto a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi dell'art. 17 comma 3, della Legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito **positivo** negativo

07/06/2024 Il Ragioniere Generale dello Stato
Firmato digitalmente *Biagio Mazzotta*



XIX LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Decreto legge "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"

articolo	comma	lettera	descrizione	e/s	Natura	Saldo netto da finanziare				Fabbrico				Indebitamento netto		
						2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - personale	S	C	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - effetti riflessi	E	TC					0,5	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - procedure concorsuali	S	C	0,04				0,04				0,04		
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - spese di funzionamento	S	C	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - straordinari	S	C	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - straordinari - effetti riflessi	E	TC					0,03	0,1	0,1	0,1	0,03	0,1	0,1
2	4		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - buoni pasto	S	C	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05
2	6		Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - oneri di missione	S	C	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3
2	7		Riduzione delle risorse destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, di cui all'art. 2, c. 361, della L. 244/2007	S	C	-1,4				-1,4				-1,4		
2	7		Riduzione Tabella A - SALUTE	S	C		-2,7	-2,7	-2,7		-2,7	-2,7	-2,7		-2,7	-2,7
7	1		Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - IOPER	E	T	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8	-72,8	-124,8	-124,8
7	1		Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale regionale	E	T											
7	1		Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale regionale	S	C		4,5	7,8	7,8		4,5	7,8	7,8		4,5	7,8
7	1		Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale comunale	E	T						-2,2	-3,3	-3,0		-2,2	-3,3
7	1		Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale comunale	S	C		2,2	3,3	3,0		2,2	3,3	3,0		2,2	3,0



XIX LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

7	2	E	T	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7	-26,7	-26,7	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7
7	2	E	T				-1,4	-2,3	-2,3			-1,4	-2,3
7	2	S	C		1,4	2,3							
7	2	E	T				-0,7	-1,0	-0,9			-0,7	-0,9
7	2	S	C		0,7	1,0							
7	6	S	C	-12,0						-12,0			
7	6	E	EXT	23,0									
7	6	S	C							-23,0			
7	6	S	C	-55,1						-55,1			
7	6	E	TC							-26,7			
7	6	S	C	-25,0						-25,0			
7	6	S	C		-160,3	-165,5					-160,3	-165,5	
Entrate				65,4	-151,5	-151,5	-159,3	-164,9	-164,9	-114,6	-159,3	-164,9	-164,9
Spese				92,1	-151,5	-151,5	-160,3	-165,9	-165,9	-115,1	-160,3	-165,9	-165,9
SALDO				26,7	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0



DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. È convertito in legge il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7 giugno 2024.

Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante « Rioridino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 »;

Vista la legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) », e in particolare l'articolo 1, comma 172, che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

Vista la legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato » e, in particolare, l'articolo 1, commi 280, 282 e 288;

Visto il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, recante « Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria » e, in particolare, l'articolo 11, in relazione ai limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni;

Visto il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante « Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera »;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante « Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 », pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017;

Visto il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2019- 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);

Visto il Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027 e approvato con decisione di esecuzione della Commissione europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022;

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 4 giugno 2024;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca e per la pubblica amministrazione;

EMANA

il seguente decreto-legge:

Articolo 1.

(Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa)

1. Al fine di governare le liste di attesa, in coerenza con l'obiettivo « Potenziamento del Portale della Trasparenza » previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 – Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

2. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, i dati del flusso informativo « Tessera Sanitaria – TS » di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di

Bolzano, sono adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali.

4. La Piattaforma di cui al comma 1 opera in coerenza con il « Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione » (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2, della Missione 6 - Salute, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. La Piattaforma di cui al comma 1 persegue l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;

b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;

c) verifica del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione;

d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;

e) produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche;

f) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

6. A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

7. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'AGENAS provvede alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 2.

(Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

1. Al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) di cui all'articolo 1,

comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, è istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato « Organismo », che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge le funzioni già attribuite al predetto Sistema, assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere e), g), h) e l) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 189 del 16 agosto 2006.

2. L'Organismo ha il compito di vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. A tali fini, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti da AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dall'Agenzia in base al comma 6 del medesimo articolo 1.

3. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può accedere presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati, nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti. L'Organismo, al fine di corrispondere a segnalazioni da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela degli interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze, può acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri in relazione ai quali le regioni e le province autonome interessate hanno l'obbligo di rispondere, anche per via telematica, entro quindici giorni. L'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo costituiscono elementi di valutazione del Ministero della salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.

4. L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale, di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente, la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di quattro dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria alla cui copertura si provvede

anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali di cui al primo periodo possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'Area Funzionari del vigente contratto collettivo nazionale - Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 165 del 2001, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al sesto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'Area Funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dal 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

5. Il personale dell'Organismo svolge funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria. Al personale di cui al primo periodo è, altresì, riconosciuta la qualifica di agente di pubblica sicurezza ai sensi dell'articolo 4-bis del regolamento di cui al regio decreto 6 maggio 1940, n. 635, nei limiti del servizio cui è destinato.

6. Gli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni di cui al comma 3 sono quantificati per l'anno 2024 in euro 125.000 e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

7. Agli oneri derivanti dal comma 4 e 6 pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e in euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025, si provvede, per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e, a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione

delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Articolo 3.

(Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

1. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale.

2. Ai fini di cui al comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in coerenza con le previsioni di cui all'allegato B al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, recante « Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie », pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 31 dicembre 2022.

3. L'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, e del predetto decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare e disdire l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, ove previsto.

5. Il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

6. L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, costituisce ille-

cito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lettera *e*), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36. L'esclusione è disposta dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'operatore economico non può avvalersi della possibilità prevista dall'articolo 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6, del decreto legislativo n. 36 del 2023.

7. Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

9. È fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. In caso di violazione di tale divieto, per i fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della legge n. 266 del 2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

10. Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

11. Per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo

criteri e direttive convenute con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

12. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Articolo 4.

(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

1. Al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

2. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. In tal senso, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

3. All'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Articolo 5.

(Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

1. A decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60,

sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5 per cento del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. A decorrere dal 2025, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

3. Fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

Articolo 6.

(Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

1. Per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma, nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021 - 2027 e dei criteri di ammissibilità del citato Programma, un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza dello stesso, il piano d'azione di cui al primo periodo individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli *screening* oncologici, le iniziative finalizzate:

a) alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;

b) alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti *screening*;

c) alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;

d) alla formazione degli operatori sanitari per:

1) la sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;

2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;

3) lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai *test* di *screening* per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economico;

4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di *screening*.

Articolo 7.

(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

1. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro

dell'Area Sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, tenuto conto anche di quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

2. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

3. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 sono valutati in 72,8 milioni di euro per l'anno 2024, 131,5 milioni di euro per l'anno 2025, 135,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 135,6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

4. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2 sono valutati in 15,6 milioni di euro per l'anno 2024, 28,8 milioni di euro per l'anno 2025, 30 milioni di euro per l'anno 2026 e 29,9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

5. Le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

6. Agli oneri di cui ai commi 3 e 4, valutati in 88,4 milioni di euro per l'anno 2024, 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, si provvede:

a) quanto a 12 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute;

b) quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario;

c) quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 2024, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno, mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

d) quanto a 25 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

e) quanto a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Articolo 8.

(Entrata in vigore)

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 7 giugno 2024

MATTARELLA

MELONI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

SCHILLACI, *Ministro della salute*

GIORGETTI, *Ministro dell'economia e delle finanze*

FITTO, *Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR*

CALDEROLI, *Ministro per gli affari regionali e le autonomie*

BERNINI, *Ministro dell'università e della ricerca*

ZANGRILLO, *Ministro per la pubblica amministrazione*

Visto, *il Guardasigilli*: NORDIO

€ 4,00