



N. 1161-A

Relazione orale
Relatore ZULLO

TESTO PROPOSTO DALLA 10^a COMMISSIONE PERMANENTE

**(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO,
PREVIDENZA SOCIALE)**

Comunicato alla Presidenza il 17 luglio 2024

PER IL

DISEGNO DI LEGGE

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

presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri

e dal Ministro della salute

di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze

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

con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie

con il Ministro dell'università e della ricerca

e con il Ministro per la pubblica amministrazione

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 GIUGNO 2024

INDICE

Pareri:	
– della 1 ^a Commissione permanente	<i>Pag.</i> 3
– della 2 ^a Commissione permanente	» 4
– della 4 ^a Commissione permanente	» 5
– della 5 ^a Commissione permanente	» 6
Disegno di legge: testo d’iniziativa del Governo e testo proposto dalla Commissione	» 10
Allegato: modificazioni apportate dalla Commissione	» 11
Testo del decreto-legge e testo comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione	» 20

PARERI DELLA 1ª COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, EDITORIA, DIGITALIZZAZIONE)

(Estensore: TOSATO)

sul disegno di legge

26 giugno 2024

La Commissione, esaminato il disegno di legge,

rilevato che i presupposti straordinari di necessità e urgenza sono individuati nell'esigenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, garantendo l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura,

esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo, con le seguenti osservazioni:

all'articolo 2, comma 3, ultimo periodo, valuti la Commissione di merito l'opportunità di specificare la titolarità del potere di valutazione e di applicazione delle misure sanzionatorie e premiali ivi previste;

con riguardo all'articolo 6, recante ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale, valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in luogo del parere, ai fini dell'emanazione del decreto interministeriale di adozione del 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.

sugli emendamenti approvati

17 luglio 2024

La Commissione, esaminati gli emendamenti approvati, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

PARERE DELLA 2^a COMMISSIONE PERMANENTE
(GIUSTIZIA)

(Estensore: SISLER)

sul disegno di legge

19 giugno 2024

La Commissione, esaminato il provvedimento, per quanto di competenza, esprime parere non ostativo.

PARERE DELLA 4^a COMMISSIONE PERMANENTE
(POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA)

(Estensore: PELLEGRINO)

sul disegno di legge

3 luglio 2024

La Commissione,

esaminato il disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 73 del 2024, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza delle prestazioni sanitarie;

considerato che esso:

- contribuisce a ridefinire in maniera omogenea e unitaria a livello statale il nucleo essenziale delle garanzie minime che tutelano il diritto alla salute per tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza;
- istituisce un sistema di monitoraggio e verifica sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (articolo 2);
- istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), in linea con il Piano nazionale di ripresa e resilienza, la « Piattaforma nazionale delle liste di attesa », diretta a realizzare l'interoperabilità tra le liste di attesa relative a ciascuna regione (articoli 1 e 3);
- prevede misure di potenziamento dell'offerta sanitaria (articoli 4, 5, 6 e 7), tra cui, in particolare, il superamento dei limiti assunzionali di personale sanitario (articolo 5) e la definizione di un piano d'azione (articolo 6) finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari nel Mezzogiorno, a valere sulle risorse del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, approvato dalla Commissione europea con la decisione C(2022) 8051 del 4 novembre 2022, nell'ambito della politica di coesione, cofinanziato dal Fondo sociale europeo plus (FSE+) e dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR);

valutato che il provvedimento non presenta profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea,

esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

PARERI DELLA 5ª COMMISSIONE PERMANENTE
(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO)

(Estensore: LIRIS)

sul disegno di legge

2 luglio 2024

La Commissione, esaminato il disegno di legge, alla luce dei chiarimenti forniti dal Governo, preso atto che:

in relazione all'articolo 1, viene fatto presente che la relazione tecnica chiarisce che la disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto l'AGENAS provvede alla realizzazione della Piattaforma ivi prevista con le risorse messe a disposizione nell'ambito del sub-intervento del PNRR 1.2.2.5 « COT – Portale della trasparenza », di cui la medesima Agenzia è soggetto attuatore, coerentemente con gli obiettivi del citato progetto. Inoltre, 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, con risorse dimensionate alla progettazione e alla realizzazione dell'infrastruttura, garantendo l'interoperabilità della stessa con i sistemi regionali. In particolare, viene evidenziato che l'AGENAS, nell'ultimo triennio, ha registrato i seguenti valori dell'avanzo di amministrazione: euro 126.724.119 per il 2021, euro 139.419.435 per il 2022, euro 138.136.622 per il 2023. Viene rappresentato, inoltre, che la situazione amministrativa esposta dal rendiconto 2023 presenta una quota vincolata dell'avanzo di amministrazione pari a euro 31.291.389 e una significativa quota di avanzo di amministrazione disponibile pari a euro 106.845.233, che appare complessivamente sufficiente ad assicurare margini congrui di utilizzo di tali risorse per poter far fronte alle spese gestionali connesse al funzionamento della Piattaforma;

in relazione all'articolo 2, in merito al metodo con cui è stato determinato il fabbisogno di personale stabilito dalla disposizione in esame, viene evidenziato che detto fabbisogno è stato definito in considerazione del carico di lavoro derivante dalle funzioni svolte dal Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e trasferite dall'attuale collocazione all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di nuova istituzione. Viene poi specificato che il fabbisogno di personale è stato calcolato considerando il personale attualmente dedicato alle funzioni del SiVeAS che saranno trasferite nel nuovo organismo, ovvero tutte tranne quelle corri-

spondenti alle lettere *e*), *g*), *h*) e *l*) del comma 3 dell'articolo 1 del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006. Pertanto, ad avviso del Governo risulta scongiurato il rischio di duplicazione di oneri e di sovrapposizione con il personale già in servizio.

Per quanto riguarda la copertura, con riferimento agli oneri per l'anno 2024, ai quali si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, concernente risorse destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, viene confermata l'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte dei fabbisogni di spesa già previsti nel 2024;

in relazione all'articolo 3, che detta disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, viene evidenziato che le risorse assegnate per la digitalizzazione dei Centri unici di prenotazione (CUP), già rese disponibili in attuazione dell'articolo 1, comma 510, della legge n. 145 del 2018, per un importo complessivo di 400 milioni in tre anni (2019-2021), sono state trasferite alle regioni secondo i criteri previsti nel decreto del Ministro della salute 20 agosto 2019, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, che ha regolato le modalità di riparto tra le regioni di questi stanziamenti prevedendo indicatori di verifica per l'erogazione dei fondi per arrivare a fine 2021 ad una situazione in cui tutte le regioni siano dotate di un CUP regionale o interaziendale che gestisca tutte le agende (sia pubbliche che private) di tutti gli erogatori e che i cittadini abbiano a disposizione almeno quattro tra i seguenti canali digitalizzati di accesso al CUP: APP per *smartphone*; via *web* dall'utente; farmacie, sportello CUP in strutture; medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Viene quindi precisato che, per le finalità di cui alla norma in questione, le regioni potranno utilizzare le risorse assegnate che risultano ancora nella loro disponibilità.

In relazione alle osservazioni relative al comma 11, viene confermato che di tratta delle somme già previste nell'ambito del fabbisogno sanitario 2024, ai sensi dell'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213 del 2023. Nel caso in cui il monitoraggio al 30 giugno 2024 sui bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale evidenzia che tali risorse non siano state interamente utilizzate per le finalità previste dalla citato articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213 del 2023, viene rappresentato che le risorse residue potranno essere utilizzate per le attività previste dal comma 10 dell'articolo 3;

in relazione all'articolo 4, viene fatto presente che la disposizione, come evidenziato in relazione tecnica, può essere attuata esclusivamente per l'anno 2024 nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023, pari allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario (circa 520 milioni di euro);

in relazione all'articolo 5, in materia di superamento del tetto di spesa per l'assunzione del personale sanitario, viene rappresentato che la nuova disciplina subordina il riconoscimento dell'ulteriore incremento della spesa di personale « fino al 5 per cento » alla positiva verifica di congruità delle misure compensative proposte, da effettuarsi anche attraverso l'analisi della natura strutturale o meno delle stesse, considerato che ad una eventuale maggiore spesa di personale a tempo indeterminato deve corrispondere una riduzione di altre voci di spesa già sostenute che presentino il carattere della strutturalità. Ciò in coerenza con l'esigenza di preservare l'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, posto quale condizione prioritaria anche per accedere a tale ulteriore incremento.

Con riferimento alla richiesta di informazioni sulle annualità pregresse, viene fatto presente che sulla base del monitoraggio periodico effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti, con riferimento a quanto previsto dall'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, continuano ad emergere per le regioni significativi spazi di spesa non utilizzati.

Con riferimento al comma 2, viene rappresentato che la disposizione pone come condizione prioritaria il rispetto della disciplina di spesa di cui al comma 1, pertanto la nuova metodologia dovrà tener conto degli spazi finanziari disponibili. Inoltre, pone come condizione l'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale e che i piani dei fabbisogni triennali ivi previsti, predisposti dalle regioni, vengano approvati con decreto interministeriale « ai fini del riscontro della relativa congruità finanziaria » introducendo quindi una ulteriore verifica del rispetto della nuova disciplina assunzionale di cui al comma 1;

in relazione all'articolo 6, viene precisato che le misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale, con la finalità di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e di incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio delle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna, ricomprendono i progetti avviati e/o programmati a valere sulle risorse del Programma nazionale equità nella salute, non pregiudicandone pertanto il completamento, l'attuazione e le tempistiche. Inoltre, si evidenzia che il Programma nazionale equità nella salute ha impegnato al 29 febbraio 2024 (ultimo dato disponibile) 12,15 milioni di euro sui 625 milioni di euro complessivi (circa il 2 per cento della dotazione complessiva). Conseguentemente, in relazione alle somme già impegnate, il Governo conferma il completamento degli interventi o dei progetti con dette risorse. Viene altresì esclusa un'alterazione del profilo temporale degli oneri già scontati a legislazione vigente, tale da riflettersi sui saldi di finanza pubblica;

in relazione all'articolo 7, in materia di imposta sostitutiva sui compensi al personale sanitario per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive, in relazione ai profili di quantificazione viene evidenziato che la stima del costo delle prestazioni aggiuntive oggetto dell'agevolazione è stata effettuata sulla base dei dati rilevati dal conto annuale. L'ammontare complessivo dei com-

pensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari è stato stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 218, della legge n. 213 del 2023, in 483,5 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi. L'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dal personale sanitario del comparto sanità è stato stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 219, della suddetta legge n. 213 del 2023, per un ammontare complessivo di compensi interessati dalla norma, in 190 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi.

Relativamente ai profili di copertura di cui al comma 6, con riferimento alla lettera *a*), viene confermato che la riduzione del fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge n. 196 del 2009, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute, non pregiudica le finalità iniziali del fondo; in relazione alla lettera *b*), viene rappresentato che da interrogazione effettuata al Sistema informativo entrate (SIE) della Ragioneria generale dello Stato, alla data del 7 giugno 2024 risultano affluite sanzioni amministrative per complessivi euro 97.600.873,31; con riguardo alla lettera *c*), viene confermata l'attuabilità del definanziamento di quanto stanziato ai fini della contrattazione collettiva; in relazione alla lettera *d*), viene confermata l'adeguatezza delle risorse rimanenti a fronte del fabbisogno 2024, in seguito alla riduzione dell'autorizzazione di spesa per le transazioni con soggetti danneggiati da trasfusione, emoderivati e vaccinazioni obbligatorie; circa la lettera *e*), tenuto conto che l'articolo 1, comma 246, della legge n. 213 del 2023, non ha definito uno specifico utilizzo delle somme di cui trattasi, rinviando di fatto alle decisioni del Ministero della salute nell'ambito degli obiettivi prioritari di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662 del 1996, viene rappresentato che la copertura in questione non ha effetti sulla sostenibilità della spesa sanitaria,

esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, all'inserimento, all'articolo 4, comma 1, primo periodo, dopo le parole: « per gli esami diagnostici, » delle seguenti: « fino al 31 dicembre 2024, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3, ».

sugli emendamenti approvati

17 luglio 2024

La Commissione, esaminati gli emendamenti approvati, esprime, per quanto di competenza, sulle proposte 4.7, 4.8 e 4.9, parere non ostativo condizionato, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, all'inserimento, dopo le parole: « possono provvedere », delle seguenti: « , nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, ».

Il parere è non ostativo su tutti i restanti emendamenti approvati.

DISEGNO DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEL GOVERNO

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

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*.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

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

Art. 1.

1. Il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, è convertito in legge **con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge**.

2. *Identico*.

ALLEGATO

MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

All'articolo 1:

al comma 1, dopo le parole: « le liste di attesa » sono inserite le seguenti: « delle prestazioni sanitarie » e dopo le parole: « Missione 6 – Salute » sono inserite le seguenti: « , componente 1, »;

al comma 2, le parole: « “Tessera Sanitaria – TS” » sono sostituite dalle seguenti: « del sistema Tessera sanitaria (TS) » e le parole: « ricetta SSN » sono sostituite dalle seguenti: « ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) »;

al comma 3, le parole: « i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali » sono sostituite dalle seguenti: « i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali »;

al comma 4, le parole: « , della Missione 6 – Salute, » sono sostituite dalle seguenti: « della Missione 6 – Salute, componente 1, »;

al comma 5:

alla lettera c), le parole: « del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione » sono sostituite dalle seguenti: « dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa »;

la lettera e) è soppressa;

alla lettera g), le parole: « criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa » sono sostituite dalle seguenti: « criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea »;

al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « In relazione ai meccanismi di audit previsti al primo periodo, è acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano ».

L'articolo 2 è sostituito dal seguente:

« Art. 2. – (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) – 1. Al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema na-

zionale 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 c), e), g), h) e l), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 189 del 16 agosto 2006, che continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali secondo quanto previsto dall'articolo 2 del decreto di cui al primo periodo.

2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso 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, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. 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 di cui all'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 dei 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 quarto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area dei 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 annui 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 dall'anno 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dall'anno 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.

4. Per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'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 nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le

finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso 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, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'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 dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.

7. Dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a 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 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 parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute ».

All'articolo 3:

al comma 1 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;

b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;

c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;

d) accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa »;

al comma 3, la parola: « autorizzate » è sostituita dalla seguente: « accreditate » e dopo le parole: « del 1992 » il segno di interpunzione « , » è soppresso;

dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« 3-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176 »;

dopo il comma 4 è inserito il seguente:

« 4-bis. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante »;

al comma 6, secondo periodo, le parole: « del decreto » sono sostituite dalle seguenti: « del codice di cui al decreto »;

il comma 7 è sostituito dal seguente:

« 7. Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è 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 »;

al comma 10, dopo le parole: « liste di attesa » sono inserite le seguenti: « per il triennio » e le parole: « aggiuntive, o » sono sostituite dalle seguenti: « aggiuntive o »;

dopo il comma 10 è inserito il seguente:

« 10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal comma 10, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi previsti, nonché nel limite di spesa di cui al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipes* interessate;

d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa »;

al comma 11, le parole: « criteri e direttive convenute » sono sostituite dalle seguenti: « criteri e direttive convenuti », dopo le parole: « delle finanze » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « e Bolzano » sono sostituite dalle seguenti: « e di Bolzano »;

dopo il comma 11 è inserito il seguente:

« 11-bis. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole: “possono stipulare, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale” sono sostituite dalle seguenti: “possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli

enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità" e le parole: "Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto di lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-*quinqüies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" sono soppresse »;

alla rubrica, la parola: « implementazione » è sostituita dalla seguente: « adeguamento » e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e norme in materia di assunzioni ».

All'articolo 4:

al comma 1, le parole: « della tempistica » sono sostituite dalle seguenti: « dei tempi », dopo le parole: « per gli esami diagnostici, » sono inserite le seguenti: « nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3, » e la parola: « report » è sostituita dalla seguente: « rapporto »;

dopo il comma 1 è inserito il seguente:

« 1-*bis*. Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli enti del SSN, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera *b*), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi »;

al comma 2, dopo la parola: « ospedaliera » il segno di interpunzione « , » è soppresso, dopo le parole: « per ciascun dipendente » inserire le seguenti: « e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza » e le parole: « In tal senso » sono sostituite dalle seguenti: « A tale fine »;

alla rubrica sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e aperture straordinarie dei centri trasfusionali ».

All'articolo 5:

al comma 1, al primo periodo, le parole: « con legge » sono sostituite dalle seguenti: « dalla legge » e, al secondo periodo, alle parole: « previa verifica » è premesso il seguente segno di interpunzione: « , » e dopo le parole: « di personale » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , »;

al comma 2, le parole: « dal 2025 » sono sostituite dalle seguenti: « dall'anno 2025 » e le parole: « e Bolzano » sono sostituite dalle seguenti: « e di Bolzano ».

All'articolo 6:

al comma 1:

all'alinea, secondo periodo, le parole: « in coerenza dello stesso » sono sostituite dalle seguenti: « in coerenza con lo stesso » e dopo la parola: « ambulatoriale » il segno di interpunzione « , » è soppresso;

alla lettera b), dopo la parola: « mentale » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « Punti screening » sono sostituite dalle seguenti: « Punti per gli screening oncologici »;

alla lettera d):

al numero 1), le parole: « terapeutico riabilitativo » sono sostituite dalla seguente: « terapeutico-riabilitativi » e le parole: « coi i » sono sostituite dalle seguenti: « con i »;

al numero 2), le parole: « diagnostico terapeutici » sono sostituite dalla seguente: « diagnostico-terapeutici »;

al numero 3), dopo la parola: « screening » è inserito il seguente segno di interpunzione: « , » e le parole: « vulnerabilità socio-economico » sono sostituite dalle seguenti: « vulnerabilità socio-economica »;

dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

*« 1-bis. Al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica del 3 agosto 1990, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 201 del 29 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione ».*

All'articolo 7:

al comma 5, dopo la parola: « contenzioso » il segno di interpunzione « , » è soppresso;

al comma 6:

alla lettera a), le parole: « 12 milioni » sono sostituite dalle seguenti: « 5 milioni »;

alla lettera d), le parole: « 25 milioni » sono sostituite dalle seguenti: « 32 milioni »;

alla lettera e), le parole: « 2027 mediante » sono sostituite dalle seguenti: « 2027, mediante ».

Dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

« Art. 7-bis. – (Clausola di salvaguardia) – Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale ».

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

TESTO DEL DECRETO-LEGGE

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 « Riordino 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

TESTO DEL DECRETO-LEGGE COMPRENDEnte LE MODIFICAZIONI APPORTATE DALLA COMMISSIONE

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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,

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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 de-

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

Articolo 1.

(Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa)

1. Al fine di governare le liste di attesa **delle prestazioni sanitarie**, in coerenza con l'obiettivo « Potenziamento del Portale della Trasparenza » previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 – Salute, **componente 1**, 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 **del sistema** 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 **del Ser-**

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

materializzata 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;

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

vizio sanitario nazionale (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 e di funzionamento **della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri** di interoperabilità tra la **medesima Piattaforma** 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, **componente 1**, 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. *Identico:*

a) *identica;*

b) *identica;*

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

c) verifica **dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa;**

d) *identica;*

soppressa

f) *identica;*

g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri **dei Raggruppamenti di attesa omogenea** (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. **In relazione ai meccanismi di *audit* previsti al primo periodo, è acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.**

7. *Identico.*

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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 c), e), g), h) e l), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 189 del 16 agosto 2006, **che continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali secondo quanto previsto dall'articolo 2 del decreto di cui al primo periodo.**

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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 ge-

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e **di** superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può **esercitare il potere di accesso** presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), **presso** 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, **nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni,** l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. 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 ge-

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

nerale 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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

nerale 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 **di cui all'**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 dei 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 **quarto** periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'**area dei 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

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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 **annui** 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 **dall'anno** 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere **dall'anno** 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.

4. Per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiet-

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

tivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'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 nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso 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, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'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 dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.

7. Dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a 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 delle proiezioni dello stanziamento del

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

«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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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 **parzialmente** utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Articolo 3.

(Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni)

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, **secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:**

a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;

b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;

c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;

d) accesso a chiamata all'interno di progetti di *screening* su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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'attiva-

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

2. *Identico.*

3. L'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private **accreditate**, 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.

3-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio per la realizzazione delle attività di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176.

4. *Identico.*

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

zione 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 illecito 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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

4-bis. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

5. *Identico.*

6. L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, costituisce illecito 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 **codice di cui al** 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, **anche se esente**, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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 disposi-

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

e impossibilità sopravvenuta, è 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.

8. *Identico.*

9. *Identico.*

10. Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa **per il triennio** 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

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

zione 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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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.

10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal comma 10, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi previsti, nonché nel limite di spesa di cui al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipe* interessate;

d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

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 **convenuti** 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 di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

11-bis. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole: « possono stipulare, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità » e le parole: « Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto di

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 » sono soppresse.

12. *Identico.*

Articolo 4.

(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e aperture straordinarie dei centri trasfusionali)

1. Al fine di garantire il rispetto **dei tempi** di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, **nel limite delle risorse disponibili di cui al comma 3**, 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 **rapporto** 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.

1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli enti del SSN, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere, nei limiti delle

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.

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 **e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza** un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. **A tale fine**, 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. *Identico.*

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, **dalla** 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

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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 **dall'anno** 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 **di** 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 Con-

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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'at-

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

ferenza 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. *Identico.*

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 **con lo** 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

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

tività 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 Consulori 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 Consulori 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 destinarie 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 Consulori 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;

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

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 Consulori Familiari (CF) e dai Punti per gli *screening* oncologici, le iniziative finalizzate:

a) *identica*;

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

c) *identica*;

d) *identico*:

1) la sperimentazione dei progetti **terapeutico-riabilitativi** personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinarie del Programma, in collaborazione **con** 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 Consulori 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-economica**;

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

4) *identico*.

1-bis. Al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica del 3 agosto 1990, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 201 del 29 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione.

Articolo 7.

(*Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario*)

1. *Identico*.

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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;

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

2. *Identico.*

3. *Identico.*

4. *Identico.*

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. *Identico:*

a) quanto a **5** 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;

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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'era-rio;

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.

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

b) *identica*;

c) *identica*;

d) quanto a **32** 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 7-bis.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano

(Segue: *Testo del decreto-legge*)

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

(Segue: *Testo del decreto-legge comprendente le modificazioni apportate dalla Commissione*)

applicano le misure di cui al presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

€ 4,00