



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 91

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

**Oggetto: Legge 29 luglio 2024, n. 107 - 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.**

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31-7-2024 è stata pubblicata la legge indicata in oggetto di cui **si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse così come illustrate nel dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.**

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

L'articolo 1, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal PNRR, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS viene pertanto autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma (comma 1).

Viene stabilito che, per la realizzazione di quanto previsto al comma 1, i dati del flusso informativo "Tessera sanitaria", di cui all'articolo 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 26, sono resi disponibili al Ministero della salute ed alla AGENAS con modalità da definirsi con il Protocollo di cui al comma 10 del citato articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali (comma 2).

E' rimesso ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge in esame, sentita AGENAS e previo parere della Conferenza Stato-Regioni, l'adozione di 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 (comma 3).

Viene poi specificato che la Piattaforma opera in coerenza con il "Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione", come sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2. della Missione 6 salute del PNRR. E' rimessa ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

in vigore del decreto in esame, la definizione delle modalità con cui il modello è reso disponibile alle Regioni ed alle province autonome (comma 4).

La Piattaforma persegue in particolare l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale (comma 5) in merito ad una serie di aspetti espressamente definiti (lettere da a) a g)).

Viene inoltre previsto (comma 6) che 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 titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. In relazione ai citati meccanismi di audit viene acquisito il preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni (così aggiunto dal Senato).

Viene inserita infine la clausola di invarianza degli oneri finanziari, disponendosi che dall'attuazione dell'articolo in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e che l'AGENAS provvede alle attività di cui all'articolo in esame con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 7).

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

**L'articolo in titolo – oggetto di completa riformulazione durante l'esame al Senato - istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (di seguito denominato «Organismo»), destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della salute (comma 1).**

**Nel testo approvato dal Senato (comma 2) il potere di accesso alle strutture sanitarie dell'Organismo, a fini ispettivi, è circoscritto, non si prevedono più poteri istruttori esercitabili su segnalazione né si prevede che gli esiti delle verifiche costituiscono elementi di valutazione ai fini sanzionatori e premiali, ma si stabilisce che le risultanze dei controlli effettuati vengono comunicate alla nuova figura del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), prevista dal successivo comma 5. Resta ferma, nel testo approvato dal Senato, la possibilità di avvalimento del Comando Carabinieri per la tutela della salute, con la precisazione che tale avvalimento è possibile nello svolgimento delle funzioni proprie dell'Organismo.**

**L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale; in relazione a tale previsione sono dettate disposizioni in tema di dotazione organica del Ministero della salute, conferimento di incarichi dirigenziali, reclutamento di personale, autorizzazioni di spesa, quantificazioni di oneri e relative coperture.**

Nel testo approvato dal Senato si prevede, in particolare, l'istituzione, da parte delle regioni e delle province autonome, dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi delle liste d'attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede 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



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

validità annuale. 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.

**Articolo 3, commi 1-3, 4-11 e 12 (Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)**

**L'articolo 3, detta disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo, al comma 1, l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale. Nel corso dell'esame al Senato sono state inserite alcune specifiche sulle modalità di accesso alle prestazioni, in particolare: 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.**

Il comma 2 stabilisce che, per l'attuazione di quanto previsto dal 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 D.Lgs n. 502/1992.

Il comma 3 stabilisce che l'implementazione di una piena interoperabilità del sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP, da parte delle strutture sanitarie private accreditate (così sostituito dal Senato), costituisce un nuovo specifico elemento di valutazione da parte delle regioni e delle province autonome nell'ambito delle procedure di rilascio per l'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e della relativa disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

Il comma 4 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano promuovano l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket.

Al successivo comma 4-*bis*, aggiunto durante l'esame al Senato, si prevede che 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



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

costituisce elemento contrattuale qualificante.

Il comma 5 dispone l'attivazione da parte del CUP di un sistema di disdetta, finalizzato a ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità 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 Ministero della salute, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni.

Il comma 6 stabilisce che l'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, accertata definitivamente, costituisce illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lett. e), del Codice dei contratti pubblici, con conseguente esclusione dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'impossibilità per l'operatore economico di avvalersi dell'articolo 96, commi 2,3,4,5 e 6, del Codice dei contratti pubblici.

Il comma 7, modificato dal Senato, precisa che nelle linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi nelle quali l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto, senza giustificata disdetta, salvo casi di forza maggiore o 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.

**Il comma 8 prevede che, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale nella gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, 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.**

**Al comma 9 è fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere l'attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, Legge n. 266/2005.** In caso di mancato rispetto di tale divieto, ai 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, legge n. 266/2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

**Il comma 10 prevede che, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali sono tenute a garantire 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 (Legge di bilancio per il 2024), attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.**

Il comma 10-*bis*, inserito dal Senato, prevede che, ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal precedente comma, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi già previsti, nonché nel limite di spesa richiamato 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 per la compartecipazione alla spesa sanitaria possono consistere in: a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni; b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle 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 attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

**Il comma 11 stabilisce che, per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive 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 Stato-Regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.**

**Il comma 12 detta, infine, la clausola di invarianza finanziaria.**

**Articolo 3, comma 11-*bis* (Assunzioni di dirigenti sanitari da parte di aziende ospedaliero-universitarie)**

**Il comma 11-*bis* dell'articolo 3 opera una revisione di una disciplina specifica che, nel testo vigente, consente alle aziende ospedaliero-universitarie, rientranti in una determinata tipologia, il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato con personale medico o sanitario laureato, da assumere con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale. La novella sopprime il limite temporale per i contratti in esame (e il connesso divieto di rinnovo dei medesimi), prevedendo la possibilità di assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari (ivi compresi i dirigenti medici). Restano ferme le condizioni che subordinano la possibilità in oggetto**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**alla sussistenza di esigenze assistenziali – a cui non si possa far fronte con l'organico funzionale dei professori e dei ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'azienda in oggetto – nonché al rispetto dei limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.**

**Articolo 4, commi 1 e 2-3 (*Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche*)**

**L'articolo 4 detta disposizioni sul potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche.**

**Il comma 1, al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie ed evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, prevede che, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3 (così precisato dal Senato), le visite mediche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. Spetta ai direttori regionali della sanità vigilare sull'attuazione di tale disposizione e trasmettere un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Lo svolgimento di tali attività rileva ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali di sanità.**

**Il comma 2 prevede che, presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza (tale ultima specifica è stata inserita nel corso dell'esame al Senato) un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tal 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.**

**Il comma 3 stabilisce che per l'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, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.**

**Articolo 4, comma 1-bis (*Orari e giorni di apertura dei centri trasfusionali*)**

**Il comma 1-bis – inserito dal Senato - dell'articolo 4 prevede la possibilità di apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi. L'apertura straordinaria in oggetto può essere disposta dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale fino al conseguimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma e comunque nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.**

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

**L'articolo 5 dispone in tema di superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale.**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**In primo luogo, viene disposto - a decorrere dal 2024, e fino alla data di adozione dei decreti di cui al successivo comma 2 - l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale anzidetto autorizzati per l'anno 2023 ai sensi della normativa già vigente in materia. Detti valori di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.**

**Si stabilisce inoltre che, su richiesta della regione, l'incremento può essere aumentato di un ulteriore importo sino al 5% dello stesso – pertanto fino al 15% del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente - compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN.**

**L'ulteriore incremento della misura massima del 5% viene autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale mediante decreto interministeriale Salute-MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (comma 1).**

**A decorrere dall'anno 2025 viene poi demandata ad uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni (comma 2).**

Viene infine stabilito che 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, D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (comma 3).

**Articolo 6, comma 1 (*Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale*)**

**L'articolo 6, al comma 1, prevede iniziative per il potenziamento dell'offerta assistenziale e per il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia (regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027), iniziative da individuarsi attraverso 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. Tale piano, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per**



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, previo parere della Conferenza Stato-regioni, è previsto a valere sulle risorse del Programma Nazionale predetto, e nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021 - 2027 e dei criteri di ammissibilità del medesimo Programma.**

**In particolare, il piano d'azione succitato - da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge - dovrà avere riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale e all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM), dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), dai Consulenti Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici.**

Si ricorda che il DSM costituisce l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Le REMS sono strutture deputate ad accogliere le persone affette da disturbi mentali, autrici di reati, a cui viene applicata dalla magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'assegnazione a casa di cura e custodia.

**Mediante il piano suddetto, precisa l'articolo in esame, devono essere individuate iniziative rivolte alle seguenti finalità:**

- a) realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;**
- b) realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale, dei Consulenti familiari e dei Punti screening;**
- c) realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;**
- d) formazione degli operatori sanitari.**

Con riguardo alla **formazione degli operatori sanitari**, viene previsto che essa debba essere rivolta ai seguenti scopi:

- 1) sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e con gli enti del terzo settore;**
- 2) sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consulenti familiari;**
- 3) 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;**
- 4) sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.**

## **Articolo 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale**

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**sanitario)**

**L'articolo 7, ai commi 1 e 2, assoggetta le prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del personale sanitario del comparto sanità a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%. I commi 3 e 4 recano la quantificazione degli oneri derivanti dai commi 1 e 2. Il comma 5 precisa le modalità di attuazione relative alla data di decorrenza dell'agevolazione, nonché all'accertamento, alla riscossione, alle sanzioni e al contenzioso. Il comma 6, modificato dal Senato, indica le fonti di copertura finanziaria degli oneri.**

**Gli articoli 7-bis e 8 recano, rispettivamente, la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, e la disposizione sull'entrata in vigore del decreto.**

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

Cordiali saluti

**IL PRESIDENTE**  
Filippo Anelli

All.n.1

MF/CDL

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

## TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73

Testo del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 132 del 7 giugno 2024), coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 1), recante: «Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.». (24A04088) (GU n.178 del 31-7-2024)

Vigente al: 31-7-2024

### Avvertenza:

Il testo coordinato qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, nonche' dall'articolo 10, commi 2 e 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, integrate con le modifiche apportate dalla legge di conversione, che di quelle modificate o richiamate nel decreto, trascritte nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

### Art. 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) e' istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilita' con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS e' 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 modalita' da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonche' 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 interoperabilita' 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 modalita' 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) disponibilita' di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;

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

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

e) soppressa;

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 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 puo' attuare meccanismi di audit nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende, con finalita' di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. In relazione ai meccanismi di audit previsti al primo periodo, e' 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. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'AGENAS provvede alle attivita' di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## Art. 2

### Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

1. Al fine di rafforzare le attivita' 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, e' 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 gia' 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.

### Art. 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 oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

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

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. 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 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 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. 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 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 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 modalita' applicative degli interventi ivi previsti, nonche' 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 attivita' 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'attivita' 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 impossibilita' anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipe interessate;

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

11. Per le finalita' 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 finalita' 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 modalita' 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 sanita'» e le parole: «Detto personale e' assoggettato alla disciplina sul rapporto di lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» sono soppresse.

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

Art. 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 disponibilit  per gli esami diagnostici, nel limite massimo 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 puo' essere prolungata. I direttori regionali della sanita' vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attivita' di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanita'.

1-bis. Al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operativita' 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.

2. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera e' in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attivita' istituzionale e corrispondente attivita' libero-professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attivita' 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'attivita' libero-professionale e' soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attivita' 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.

#### Art. 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 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 e' autorizzato, previa verifica della congruita' 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 piu' 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, e' adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini del riscontro di congruita' 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.

#### Art. 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 equita' 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, e' 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 ammissibilita' del citato Programma, un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacita' 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 nonche' all'attivita' svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici, le iniziative finalizzate:

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

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

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-riabilitativi personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie 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 Consultori familiari;

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

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

1-bis. Al fine di rafforzare la capacit  di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonch  per garantire il processo di efficientamento del servizio sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la regione Calabria e' 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.

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

2. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanita' - 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 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;

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

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

d) quanto a 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 e' 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.

Art. 7 bis

Clausola di salvaguardia

1. 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.

Art. 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.