

DISEGNO DI LEGGE PER LA CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO-LEGGE GIUGNO 2024, N. , RECANTE MISURE URGENTI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE.

RELAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

