



# Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

## D.L. 73/2024 / A.C. 1975

Dossier n° 134 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale  
18 luglio 2024

### Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1975
D.L.	73/2024
Titolo:	Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
Iter al Senato:	Si
Commissione competente :	XII Affari sociali
Stato dell'iter:	In corso di esame in Commissione

### Contenuto

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. 269](#), 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 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 in sede referente**).

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**).

L'**articolo 2 – oggetto di completa riformulazione durante l'esame in sede referente** - 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**).

Secondo il testo vigente dell'articolo, l'Organismo è chiamato a 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 (**comma 2 del testo vigente**). **Questa disposizione è stata soppressa dalla Commissione.**

L'Organismo, in base al testo vigente, è dotato del **potere di accedere**, a fini ispettivi, a una serie di strutture sanitarie; è altresì dotato di **poteri istruttori** finalizzati a corrispondere a segnalazioni di criticità; gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo, che può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, 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 (**comma 3 del testo vigente**). **Nel testo modificato al Senato (comma 2) il potere di accesso 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 del testo della Commissione. 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 (**comma 4 del testo vigente, comma 3 del testo della Commissione**).

In base al testo vigente, il personale dell'Organismo svolge **funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria** ed è ad esso riconosciuta, nei limiti del servizio cui è destinato, la qualifica di **agente di pubblica sicurezza** (**comma 5 del testo vigente**). **Questa disposizione è stata soppressa dalla Commissione.**

Nel testo vigente gli **oneri per le ispezioni** sono quantificati dal **comma 6**, mentre **nel testo della Commissione questi oneri sono quantificati dal comma 4 e riferiti a spese di missione.**

I **commi 5 e 6 del testo approvato dal Senato** contengono **disposizioni integrative del testo vigente**, prevedendo l'istituzione, da parte delle Regioni e delle Province autonome, dell'**Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, a cui compete individuare il RUAS, e disciplinando i compiti di tale ultima figura e i poteri sostitutivi in capo all'Organismo, esercitabili in presenza di determinati presupposti.**

Il **comma 7** reca le **disposizioni relative alla copertura finanziaria. Nel testo della Commissione si specifica che, ad eccezione dei commi 3 e 4, dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri.**

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 nel corso dell'esame al 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 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 in sede referente**, 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, della [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 imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Il **comma 10-bis, inserito nel corso dell'esame al 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.

Il **comma 3-bis** – inserito **durante l'iter al Senato** – dell'**articolo 3** prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possano riconoscere, nei bandi per i concorsi pubblici per il reclutamento del personale presso le medesime amministrazioni territoriali, un punteggio aggiuntivo in favore dei soggetti che abbiano partecipato allo svolgimento del servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da COVID-19 (servizio di supporto alle persone risultate positive al virus SARS-CoV-2 o interessate da un contatto con un soggetto positivo al medesimo virus).

Il **comma 11-bis** – inserito durante l'iter al Senato - 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 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.

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 in sede referente), 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.

Il **comma 1-bis** – inserito **al 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.

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

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. 351](#) (**comma 3**).

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 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.

Il **comma 1-bis** - introdotto durante l'iter al Senato - dell'**articolo 6** autorizza la **regione Calabria a riprogrammare la quota residua di alcune risorse**, nel limite di un importo massimo pari a **euro 19.732.858,87**, già assegnate alla regione medesima nella prima fase di attuazione della normativa in materia di **ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico**, di cui all'articolo 20 della legge finanziaria per il 1988 (legge n. 67 del 1988). La presente disposizione è espressamente volta al **rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio**, nonché alla **garanzia del processo di efficientamento del Servizio Sanitario regionale**, al fine di agevolare il percorso di **superamento del commissariamento**.

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 in sede referente**, indica le **fonti di copertura finanziaria** degli oneri.

L'**articolo 7-bis**, **introdotto nel corso dell'esame in sede referente**, prevede che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al decreto legge in conversione 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.

L'**articolo 8** dispone che il decreto-legge entri in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

## **Presupposti di necessità ed urgenza**

I presupposti di necessità ed urgenza del decreto-legge sono rinvenibili, sulla base del preambolo, nell'esigenza di ridurre le liste di attesa per le prestazioni sanitarie; il provvedimento contiene poi ulteriori disposizioni concernenti la possibilità per le regioni e le province autonome di attribuire un punteggio aggiuntivo nei propri concorsi per la partecipazione al servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da COVID-19 (articolo 3, comma 3-bis); assunzioni con contratto a tempo indeterminato di dirigenti sanitari da parte di aziende ospedaliero-universitarie (articolo 3, comma 11-bis); la riprogrammazione da parte della Regione Calabria di risorse stanziata per la ristrutturazione edilizia e l'adeguamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico (articolo 6, comma 1-bis) e l'introduzione di un'imposta sostitutiva sui compensi per prestazioni aggiuntive del personale sanitario (articolo 7).

## **Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite**

Il provvedimento appare prevalentemente riconducibile alla **competenza concorrente** in materia di tutela della salute (articolo 117, terzo comma, della Costituzione); con riferimento all'articolo 7, che istituisce

un'imposta sostitutiva, assume rilievo anche la **competenza esclusiva statale** in materia di sistema tributario (articolo 177, secondo comma, lettera e).

Il provvedimento prevede alcune forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali; in particolare:

- **all'articolo 1, comma 3**, è previsto il parere della Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato ad adottare le linee guida per la realizzazione e il funzionamento della piattaforma nazionale delle liste di attesa; *al riguardo, si valuti l'opportunità di prevedere l'intesa in luogo del parere, alla luce del carattere concorrente della competenza legislativa coinvolta (tutela della salute);*
- **all'articolo 1, comma 6**, è previsto il parere della Conferenza Stato-regioni sui meccanismi di *audit* che l'AGENAS può attuare nei confronti delle regioni con finalità di verifica del funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa;
- **all'articolo 2, comma 6**, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del DPCM chiamato a definire le modalità e le procedure per l'esercizio, da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, dei poteri sostitutivi nei confronti delle regioni;
- **all'articolo 3, comma 5**, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato a definire gli indirizzi per l'individuazione di sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- **all'articolo 3, comma 11**, è previsto un protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei criteri generali cui dovranno attenersi specifici piani operativi regionali finalizzati al recupero delle liste di attesa; al riguardo, si ricorda che la Conferenza Stato-regioni già ricomprende, al suo interno, una rappresentanza del governo nazionale; *potrebbe quindi essere oggetto di approfondimento se non si intenda fare piuttosto riferimento a un'intesa o un accordo da raggiungere in sede di Conferenza Stato-regioni;*

Si ricorda che l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni è disciplinata dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 281 del 1997 che, tra le altre cose, prevede che "quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato - regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata"; tale norma di chiusura non è invece presente nella diversa tipologia di intesa prevista dall'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003. L'accordo in sede di Conferenza Stato-regioni è invece disciplinato dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 che prevede che "Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato-regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune". Anche in questo caso non è prevista una norma di chiusura che consenta il superamento di un eventuale dissenso da parte di uno dei soggetti coinvolti.

- **all'articolo 5, comma 1**, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato ad autorizzare l'incremento del finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto dalla disposizione;
- **all'articolo 5, comma 2**, sono previste intese in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione, rispettivamente, del decreto del Ministro della salute sulla metodologia per il fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale e dei decreti del Ministro della salute sui piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale;
- **all'articolo 6, comma 1**, è previsto il parere in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato a definire il piano d'azione per il rafforzamento delle capacità di erogazione dei servizi sanitari e per l'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio; *al riguardo, si valuti l'opportunità di prevedere l'intesa in luogo del parere, alla luce del carattere concorrente della competenza legislativa coinvolta (tutela della salute).*

Si ricorda che la giurisprudenza costituzionale appare orientata (si veda ad esempio la sentenza n. 7 del 2016) a ritenere la previsione dell'intesa la forma più idonea di coinvolgimento regionale in presenza di prevalenza di una materia di legislazione concorrente o di residuale competenza regionale ovvero (sentenze n. 56 e n. 72 del 2019) in presenza di un "nodo inestricabile" di competenze esclusive, concorrenti e residuali nel quale non sia possibile stabilire una competenza prevalente, potendosi quindi procedere, sembra desumersi, negli altri casi (come la prevalenza di una competenza esclusiva statale) alla previsione del parere.

Si segnala che **l'articolo 2, comma 5**, prescrive che le regioni e le province autonome adottino disposizioni regionali per l'istituzione dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla Sanità; *al riguardo, si valuti l'opportunità di un approfondimento della disposizione alla luce della competenza residuale regionale in materia di organizzazione amministrativa della regione.*

In proposito si ricorda che la disposizione riprende una proposta avanzata dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome durante l'esame del provvedimento in sede di Conferenza Stato-regioni nella

[riunione dell'11 luglio 2024](#). In quella sede, la Conferenza delle regioni aveva espresso una contrarietà sul testo originario del provvedimento che, tra le altre cose, conferiva all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria istituito presso il Ministero della salute più diretti poteri di accertamento e sanzione nei confronti delle aziende sanitarie locali.

Si segnala inoltre che il richiamato comma 5 dovrebbe trovare applicazione, in base alla sua formulazione, anche nei confronti delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Su questo specifico aspetto, potrebbe essere oggetto di approfondimento il coordinamento della disposizione con la consueta clausola di salvaguardia delle maggiori competenze delle autonomie speciali prevista dall'articolo 7-*bis*. Ciò anche alla luce della giurisprudenza della Corte costituzionale, secondo cui la clausola di salvaguardia non opera in relazione a disposizioni che menzionano espressamente le Province autonome e che "hanno un contenuto precettivo prevalente sulla generale clausola di garanzia" (sent. 78/2020, punto 3.2 in diritto, ma si veda anche la sentenza n. 46 del 2022).

Cost134	Servizio Studi Dipartimento Istituzioni	st_istituzioni@camera.it - 066760-3855	✕ CD_istituzioni
	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	✕ CD_sociale