

dossier

XIX Legislatura

18 luglio 2024

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

Edizione provvisoria

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



Senato
della Repubblica



Camera
dei deputati



SERVIZIO STUDI

TEL. 06 6706-2451 - studi1@senato.it ~~X~~ - [@SR_Studi](https://www.instagram.com/SR_Studi)

Dossier n. 292/2



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

Tel. 066760-3266 st_affarisociali@camera.it - ~~X~~ [@CD_sociale](https://www.instagram.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 307/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

D24073b.docx

INDICE

SCHEDE DI LETTURA

- Articolo 1 (*Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa*) 5
- Articolo 2 (*Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria*) 12
- Articolo 3, commi 1-3, 4-11 e 12 (*Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie*)..... 22
- Articolo 3, comma 3-bis (*Valutazione in concorsi pubblici della partecipazione al servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da COVID-19*)..... 36
- Articolo 3, comma 11-bis (*Assunzioni di dirigenti sanitari da parte di aziende ospedaliero-universitarie*)..... 37
- Articolo 4, commi 1 e 2-3 (*Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche*) 39
- Articolo 4, comma 1-bis (*Orari e giorni di apertura dei centri trasfusionali*) 43
- Articolo 5 (*Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario*) 44
- Articolo 6, comma 1 (*Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale*) 49
- Articolo 6, comma 1-bis (*Facoltà di riprogrammazione della quota residua di risorse già assegnate alla regione Calabria ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*)..... 54
- Articolo 7 (*Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario*) 57
- Articolo 7-bis 62
- Articolo 8 (*Entrata in vigore*) 64

Schede di lettura

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. 269](#)¹, 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

¹ Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici, conv. con mod., dalla L. n.326/2003.

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**).

L'**articolo 1**, al fine di governare le liste d'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 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**).

In proposito va ricordato che attualmente il principale strumento per gestire le liste d'attesa è il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#), siglato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, il quale va a sostituire e aggiornare il precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012². Il Piano (al cui contenuto si fa rinvio) prevede una serie di misure e prescrizioni da osservare³ e prescrive il **rispetto**, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, **dei tempi massimi di attesa** individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

Il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#) riporta, nei punti 3.1 e 3.2, l'elenco delle **prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni in regime di ricovero soggette a monitoraggio**.

Il PNGLA più recente ha a sua volta determinato l'emanazione dei **Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa**, con cui le Regioni e le Province Autonome hanno dovuto recepire (entro 60 giorni dalla pubblicazione del PNGLA) le indicazioni contenute nel Piano Nazionale, declinandole secondo le proprie caratteristiche ed esigenze specifiche. Con tale Piano le Regioni e le Province Autonome rafforzano il loro impegno per gestire le liste di attesa, ridurre i tempi e garantire un appropriato accesso ai servizi sanitari. I tempi massimi di attesa stabiliti in questi piani non possono comunque essere superiori a

² Cfr. www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglio

³ Tra le quali, l'**obbligo di indicare** chiaramente sulle prescrizioni il **quesito diagnostico**, se si tratta di prestazioni in primo accesso o accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la **classe di priorità**, la gestione trasparente e la totale visibilità, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali, delle **Agende di prenotazione** sia delle strutture pubbliche sia delle strutture private accreditate, sia per l'attività istituzionale sia per la libera professione intramuraria, la conferma delle **aree cardiovascolare e oncologica** quali aree **prioritarie** per lo sviluppo e il monitoraggio di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, la facoltà, nelle strutture che non rispetteranno i tempi di attesa individuati dalla Regione, di attuare il blocco dell'attività libero professionale intramuraria.

quelli nazionali⁴. Sempre secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale, quanto contenuto da tali Piani Regionali è stato poi ripreso e ulteriormente adattato dai Piani Attuativi Aziendali che le Aziende Sanitarie sono state chiamate a elaborare, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale/Provinciale e in coerenza con esso. Il Programma Attuativo Aziendale è reso **disponibile sul portale dell'azienda sanitaria** e costantemente aggiornato.

Va poi ricordato che con [Decreto direttoriale del 21 dicembre 2023](#), è stato istituito presso il Ministero della salute il **Tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-2026**.

Come evidenziato nel richiamato atto normativo la finalità è quella di procedere all'elaborazione di un nuovo documento di riferimento per il triennio 2024-26 volto ad introdurre elementi innovativi di governo delle liste d'attesa, sia in ragione delle innovazioni tecnologiche ed infrastrutturali maturate in questi ultimi anni che permettono una maggiore accessibilità a dati puntuali, tempestivi e aggiornati, sia al fine di implementare in ottica migliorativa gli attuali modelli di gestione e monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa, sia per integrare le politiche apprese durante la crisi pandemica.

Il più recente intervento in materia di liste di attesa è recato dalla [legge di Bilancio 2024](#) (art. 1, co. 232, L. n. 213/2023) che ha autorizzato le Regioni e le Province autonome a potersi avvalere fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste ai commi 218-222 (**incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive personale medico e sanitario**) della medesima legge (cfr. *infra* art. 3), potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in **deroga** alla normativa vigente sui limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95⁵ (L. n. 135/2012)⁶.

Peraltro, il **tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati** viene contestualmente **rideterminato** dal comma 233 della sopra richiamata legge di Bilancio 2024, nel valore della spesa consuntivata per l'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, assicurando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Ciò al fine

⁴ Sul punto: SDA Bocconi - Novartis, [Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane](#), marzo 2022.

⁵ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*.

⁶ L'acquisto in deroga riguarda in particolare la normativa cd. di *spending review* (ex articolo 15, comma 14, primo periodo, del DL. 95/2012) riferita alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale **ad alto rischio di inappropriatezza** per le quali si è inteso applicare una riduzione - sia dell'importo che dei volumi d'acquisto delle prestazioni - in una misura percentuale fissa applicata dalla Regione o Provincia autonoma di riferimento a tutti i contratti e accordi vigenti nell'esercizio 2012, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. In questo ambito, il [Decreto ministeriale 18 ottobre 2012](#) ha fissato una tariffa massima per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, come importo massimo rimborsabile a carico del SSN.

di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il **recupero delle liste d'attesa** anche mediante incremento della tariffa oraria (fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e fino a 60 euro lordi onnicomprensivi per il personale del comparto) per le **prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico ed infermieristico** presso i servizi di **emergenza urgenza** ospedalieri, oltre che per le prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale del personale medico e del comparto sanitario⁷.

Quanto al progetto “**Potenziamento del portale della trasparenza**” del PNRR, all’interno della Missione 6 va ricordato che il [decreto del Ministero della Salute del 1° aprile 2022](#), ha ripartito analiticamente anche le risorse relative ai subinv. 1.2.2.4 “**Piattaforma di Intelligenza Artificiale**” e 1.2.2.5. “**Portale della trasparenza**”. Per quanto riguarda il subinv. 1.2.2.5 “**Portale della trasparenza**”, a cui sono state assegnate risorse pari a circa **25,5 mln di euro**, il potenziamento del Portale è stato effettuato entro il termine stabilito al **31 dicembre 2021**. E’ in corso di chiusura un secondo Accordo Quadro Consip – Sanita Digitale id 2365 che, previo parere positivo da parte del Ministero della Salute, dovrà realizzare le prossime attività quali: inserimento nuovi indicatori per Pronto soccorso per diversi codici/colore, pubblicazione in esercizio della APP, convenzioni con le Regioni, realizzazione nuovi moduli per interoperabilità.

Viene poi stabilito (**comma 2**) che, per la realizzazione di quanto previsto al comma 1, **i dati del flusso informativo del sistema “Tessera sanitaria”**, di cui all’articolo 50 del [D.L. 30 settembre 2003, n. 269](#)⁸, **sono resi disponibili al Ministero della salute ed alla AGENAS** con modalità da definirsi con il **Protocollo** approvato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, di cui al comma 10 del citato articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN) dematerializzata e ai dati pseudonimizzati⁹ riferiti alla spesa sanitaria che

⁷ In precedenza, la Legge di bilancio per il 2019 (commi 510-512) ha autorizzato una spesa di **150 milioni** di euro per il **2019** e **100 milioni** per ciascuno degli anni **2020** e **2021**, per la finalità di implementare e ad ammodernare le infrastrutture tecnologiche relative ai sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie, finalizzati alla **riduzione delle liste d'attesa** delle prestazioni sanitarie, anche secondo le indicazioni del [Piano nazionale di governo delle liste di attesa \(PNGLA\) 2010-2012](#).

⁸ *Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*, conv. con mod., dalla L. n.326/2003.

⁹ La pseudonimizzazione comporta il trattamento dei dati personali in modo tale che gli stessi dati non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive, a condizione che tali informazioni aggiuntive siano conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile.

Si tratta di una misura tecnica più volte menzionata nel [GDPR](#), come ad esempio nell’[art. 25](#) dove nel sancire il principio della [privacy by design](#) la norma prevede che “Tenendo conto dello stato dell'arte e dei costi di attuazione, nonché della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, come anche dei rischi aventi probabilità e gravità diverse per i diritti e le libertà delle persone fisiche costituiti dal trattamento, sia al momento di determinare i mezzi del trattamento sia all'atto del trattamento stesso il titolare del trattamento mette in atto misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volte ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati.....” oppure nell’[art. 32](#) a proposito della sicurezza del trattamento.

confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali (sui CUP cfr. art. 3 *infra*).

In proposito va ricordato che la Tessera sanitaria (TS), istituita ai sensi del richiamato articolo 50, co. 1, del [decreto legge 269/2003](#), è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa sanitaria e per la realizzazione di misure sull'appropriatezza delle prescrizioni, di farmacovigilanza e di sorveglianza epidemiologica. Essa può essere utilizzata per le funzionalità che ne hanno determinato l'emissione in quanto:

- sostituisce il tesserino del codice fiscale;
- abilita all'accesso delle prestazioni sanitarie erogate dal SSN su tutto il territorio nazionale;
- è la Tessera di assicurazione malattia (Team) che sostituisce il modello E-111 e garantisce l'assistenza sanitaria nell'Unione Europea e in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera.

Il [decreto 11 marzo 2004](#) del Ministero dell'economia e delle finanze, emanato di concerto con il Ministero della salute ed il dipartimento per l'innovazione e le tecnologie della Presidenza del Consiglio dei ministri, aggiornato dal [decreto del 25 febbraio 2010](#), ha definito le caratteristiche tecniche della TS. A regime, il progetto TS prevede che la tessera contenga le informazioni sanitarie del proprietario (prescrizioni, diagnosi e referti sanitari) - configurandosi pertanto come un documento personale sanitario - e possa essere utilizzata come chiave di accesso ai servizi online forniti dal SSN. Affinché la TS possa essere utilizzata come infrastruttura per l'accesso ai servizi in rete, l'art. 50, co. 13, del [decreto legge 269/2003](#) prevede la definizione delle modalità per il successivo e **progressivo assorbimento** della TS nella carta di identità elettronica o nella [carta nazionale dei servizi \(CNS\)](#), demandando tale processo ad appositi decreti di natura non regolamentare del Ministro per l'innovazione e le tecnologie (ora Ministro per semplificazione e la pubblica amministrazione). A partire dal 2011, la Tessera Sanitaria è sostituita dalla Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS), dotata di microchip¹⁰.

Va inoltre ricordato che il comma 10 del citato articolo 50 prevede che con protocollo approvato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e dalle regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabiliti i dati contenuti negli archivi di cui al comma 9 che possono essere trasmessi al Ministero della salute e alle regioni, nonché le modalità di tale trasmissione¹¹.

A tale proposito si veda il [Provvedimento 9 marzo 2006](#). Con [Decreto 30 marzo 2007](#) sono state definite le modalità di trasmissione telematica dei dati relativi alla

¹⁰ La nuova versione della Tessera Sanitaria rappresenta l'evoluzione tecnologica della Tessera "TS" (senza chip), in quanto, oltre ai servizi sanitari normalmente fruibili con la TS, permette anche l'accesso ai servizi offerti in rete dalla Pubblica Amministrazione, in assoluta sicurezza e nel rispetto della privacy. La Tessera Sanitaria-CNS è gratuita, ha normalmente validità di 6 anni o pari alla durata del permesso di soggiorno e, alla scadenza della TS, viene spedita, a cura del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a tutti i cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

¹¹ Il citato comma 9, al primo periodo, prevede che al momento della ricezione dei dati trasmessi telematicamente ai sensi del comma 5-bis e del comma 8, il Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità esclusivamente automatiche, li inserisce in archivi distinti e non interconnessi, uno per ogni regione, in modo che sia assolutamente separato, rispetto a tutti gli altri, quello relativo al codice fiscale dell'assistito.

liquidazione periodica dei rimborsi erogati, da parte delle ASL, alle strutture di erogazione dei servizi sanitari.

Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto in esame, sentita AGENAS e acquisito il parere della Conferenza Stato-regioni, sono adottate **specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali (comma 3).**

Viene inoltre stabilito (**comma 4**) che la Piattaforma, opera in coerenza con il **“Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione”**, come sviluppato nell’ambito del Sub-investimento 1.3.2.¹² della Missione 6-Salute, componente 1, del PNRR. È 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.

Come ricordato nella relazione illustrativa al provvedimento, 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).

La più recente normativa nazionale ([D.L. 34/2020](#)¹³, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all’art. 7) pone l’attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente. La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, avviene attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

La Piattaforma (**comma 5**) persegue **l’obiettivo di garantire l’efficacia del monitoraggio di livello nazionale** in merito ad una serie di aspetti, vale a dire:

- la misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale (**lett. a**));
- la disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati (**lett. b**));

¹² *Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA.*

¹³ *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19, conv. con mod. dalla L. n. 77/2020.*

- la **verifica dei percorsi di tutela** previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (**così modificato dal Senato, lett. c**));
- la modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità (**lett. d**));
- l'attuazione del [decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77](#)¹⁴ (**lett. f**));
- l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, ni coerenza con i criteri dei [Raggruppamenti di attesa omogenei \(RAO\)](#) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle [Buone pratiche clinico-assistenziali](#) (**lett. g**)).

Nel corso dell'esame al Senato è **stata soppressa la lettera e**) diretta ad inserire tra gli aspetti da monitorare la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche.

Viene infine attribuita **all'AGENAS la facoltà**, in presenza di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, di **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. Con una **modifica approvata dal Senato** è stato disposto che in relazione ai citati meccanismi di *audit* è acquisito il **parere preventivo della Conferenza Stato-Regioni. (comma 6)**.

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**).

¹⁴ *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.*

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**).

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 dal Senato.**

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 approvato dal 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 . 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 approvato dal Senato**).

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 dal Senato.**

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

I commi 5 e 6 approvati 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 approvato dal Senato si specifica che, ad eccezione dei commi 3 e 4, dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri.

Il **comma 1** dell'articolo in esame dichiara che **il fine** dell'istituzione dell'Organismo è quello di **rafforzare le attività di controllo** del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), e chiarisce che **l'Organismo stesso è chiamato a svolgere le funzioni già attribuite al predetto Sistema, con alcune eccezioni** (v. *infra*), assicurandone anche il relativo supporto tecnico. Come già riferito, l'Organismo è destinato a operare **alle dirette dipendenze** del Ministro della salute¹⁵.

Si ricorda che è stata la legge finanziaria per il 2006¹⁶ a prevedere l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), al fine di valutare l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

Al SiVeAS sono state ricondotte le seguenti attività (art. 1, co. 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006):

a) esercizio del potere di accesso da parte del Ministero della salute, per le esigenze della programmazione sanitaria nazionale, presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, avvalendosi del Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), esteso a tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie;

¹⁵ Per un precedente di organismo posto alle dirette dipendenze di un Ministro si veda l'art. 20, comma 1, del D.Lgs. 14 maggio 2019, n. 50, che così recita: "Presso il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti opera l'Organismo investigativo nazionale, di seguito «Organismo investigativo», costituito da un ufficio dirigenziale di livello non generale tra quelli della Direzione generale per le investigazioni ferroviarie e marittime prevista dal vigente regolamento di organizzazione dello stesso Ministero. Al fine di garantirne la piena autonomia funzionale, l'Organismo investigativo è posto alle dirette dipendenze del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e non rientra tra gli uffici di diretta collaborazione."

¹⁶ Art. 1, commi 288-289, della legge n. 266 del 2005. Per l'istituzione del SiVeAS, si veda il D.M. 17 giugno 2006, adottato previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni (intesa sancita nella seduta del 28 marzo 2006).

- b) esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, i policlinici universitari e le aziende ospedaliere universitarie dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa;
- c) le attività relative al sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, afferente al Ministero della salute, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale;
- d) le attività inerenti al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere;
- e) le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), cui è affidato il compito di verifica dell'erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione;
- f) le attività inerenti il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, di cui agli accordi Stato-regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002;
- g) le attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti al supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei livelli essenziali di assistenza;
- h) le attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale;
- i) le attività del Sistema nazionale linee guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, per la parte concernente la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza;
- l) le attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria;
- m) le attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei livelli essenziali di assistenza.

Il comma in esame precisa che **non spetta** all'Organismo lo svolgimento delle funzioni del comitato LEA, dell'AGENAS, della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni e del Nuovo sistema informativo sanitario, di cui alle lettere *e*), *g*), *h*) e *l*) dell'art. 1, co. 3, del richiamato decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006 (v. sopra, più in dettaglio, l'elenco delle attività già ricondotte al SiVeAS). **Una modifica approvata dal Senato sottrae all'Organismo** anche le attività relative al **sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria**, afferente al Ministero della salute (attività di cui alla lettera *c*) dell'art. 1, co. 3, del ridetto decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006). **Il testo approvato dal Senato precisa inoltre** che le attività non spettanti all'Organismo continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, e che **le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali** proposti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), sentita la cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario, ed approvati dal Ministro della salute, d'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 del testo vigente**, nell'attribuire all'Organismo il compito di vigilare e svolgere **verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati** sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime, stabilisce che lo stesso Organismo **si avvale anche dei dati forniti da AGENAS** derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 del presente disegno di legge e dalle attività di audit svolte dall'Agenzia stessa in base al comma 6 del medesimo articolo 1. **Queste previsioni sono state soppresse dal Senato** (ma v. *infra* quanto disposto dal nuovo comma 6).

Il **comma 3 del testo vigente** conferisce all'Organismo un **potere di accesso ispettivo**, che è espressamente finalizzato a promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al **corretto utilizzo dei finanziamenti erogati** e a **superare le divergenze esistenti** nei differenti sistemi sanitari regionali. Tale potere è esercitabile nei riguardi delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, delle aziende ospedaliere universitarie e dei policlinici universitari, degli erogatori privati accreditati e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni. I previsti accessi sono intesi a **verificare e analizzare le disfunzioni** emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione, **su segnalazione** del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti.

Nel testo approvato dal Senato il potere di accesso è disciplinato al comma 2, dove si prevede che tale potere e le correlate verifiche e analisi siano circoscritti (“nei limiti di cui all’articolo 1, comma 172, della legge 31 dicembre 2004, n. 311”), dovendo avere riguardo alle esigenze della programmazione sanitaria nazionale, alla vigilanza sulla gestione delle unità sanitarie locali e sull’attuazione del piano sanitario nazionale, alla verifica dell’effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

Inoltre, si prevede che **le risultanze** dei controlli effettuati vengano **comunicate al Responsabile unico regionale dell’assistenza sanitaria (RUAS, v. *infra*)**, che provvede a valutare i conseguenti interventi.

Il testo vigente prevede in capo all’Organismo anche alcuni **poteri istruttori**, esercitabili **a seguito di segnalazioni** da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela degli interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze (comma 3 del testo vigente). Prevede inoltre che, 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, inclusi la revoca o il rinnovo dell’incarico. I predetti poteri istruttori consistono nell’acquisizione della pertinente documentazione e nella richiesta di chiarimenti e riscontri; a quest’ultima **le regioni e le province autonome devono dare risposta**, anche per via telematica, entro 15 giorni. **Questo blocco di previsioni è stato espunto dal Senato.**

È previsto - sia dal testo vigente che da quello approvato dal Senato (**rispettivamente ai commi 3 e 2**) - che l’Organismo possa avvalersi anche del **supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute**, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. **Il testo approvato dal Senato specifica che detto avvalimento può avere luogo nello svolgimento delle funzioni attribuite all’Organismo.** Al riguardo, la relazione illustrativa e la relazione tecnica precisano che resta fermo quanto previsto dal decreto ministeriale del 15 agosto 2017¹⁷.

Il comma 4 del testo vigente (comma 3 del testo approvato dal Senato), oltre a stabilire che 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, detta una serie di disposizioni a corredo di tale previsione.

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

¹⁷ Direttiva sui comparti di specialità delle forze di polizia e sulla razionalizzazione dei presidi di polizia. Detta direttiva, al punto 1.5 (Sicurezza in materia di sanità, igiene e sofisticazioni alimentari), attribuisce al Comando carabinieri per la tutela della salute i poteri e le funzioni di vigilanza igienico-sanitaria e di controllo in diverse aree, tra le quali quella sanitaria, *in primis* per i controlli afferenti alla sanità pubblica e privata.

non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria, alla cui copertura si provvede **“anche” mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche.**

Gli incarichi dirigenziali relativi agli uffici dell'Organismo possono essere, in sede di prima applicazione, conferiti **in deroga alle percentuali** dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001¹⁸, cioè senza dover osservare i limiti quantitativi per il conferimento di incarichi a tempo determinato¹⁹.

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 165/2001, **scorrimento di vigenti graduatorie** di concorsi pubblici o avvio di **nuove procedure concorsuali pubbliche.**

Si ricorda che, in base alla disciplina generale posta dal d. lgs. 165/2001, il previo esperimento della procedura di mobilità per il passaggio diretto di personale è presupposto per l'espletamento di procedure concorsuali (art. 30, co. 2-*bis*).

La relazione tecnica precisa che le predette 20 unità sono aggiuntive alle unità di personale già attualmente impiegate per le funzioni di supporto al SIVeAS presso la Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria nell'ambito del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale (n. 33 unità di personale, di cui n. 19 dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali e n. 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008). Saggiunge che “Al fine di meglio definire le attività delle strutture coinvolte ed evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri, il Ministero della salute - tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 4, comma 5, del d.lgs. 300/1999 secondo cui si procede alla revisione periodica dell'organizzazione ministeriale, con cadenza almeno biennale - provvederà alla riorganizzazione secondo le procedure di cui all'articolo 17, comma 4-*bis*, della legge 23 agosto 1988, n. 400.”.

È espressamente stabilito dal comma in esame che le assunzioni in oggetto sono effettuate **in deroga** alle ordinarie facoltà assunzionali.

¹⁸ Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

¹⁹ Limiti fissati dalla disposizione richiamata nel 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia e nell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia. Si ricorda che tali incarichi a tempo determinato sono conferiti, fornendone esplicita motivazione, a persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell'Amministrazione, che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali, o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche e da concrete esperienze di lavoro maturate per almeno un quinquennio, anche presso amministrazioni statali, ivi comprese quelle che conferiscono gli incarichi, in posizioni funzionali previste per l'accesso alla dirigenza, o che provengano dai settori della ricerca, della docenza universitaria, delle magistrature e dei ruoli degli avvocati e procuratori dello Stato.

Nelle more del reclutamento del predetto personale a tempo indeterminato, il Ministero della salute si avvale inoltre di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi del richiamato articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127²⁰, in posizione di **comando, distacco o fuori ruolo** o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti. E' espressamente escluso l'avvalimento con le modalità anzidette di personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. Il riferimento all'articolo 17, comma 14, della legge 127/1997 implica che le amministrazioni di appartenenza siano tenute a mettere il proprio personale a disposizione necessario **entro quindici giorni** dalla richiesta. Viene poi specificato che all'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario.

Per l'attuazione del presente comma è **autorizzata la spesa** di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 a decorrere dall'anno 2025 per le **assunzioni a tempo indeterminato**, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 per le spese di **funzionamento**, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dal 2025 per il compenso del **lavoro straordinario**, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i **buoni pasto**.

Il **comma 5** del testo vigente stabilisce che il personale dell'Organismo svolge funzioni di **polizia amministrativa** (ossia di prevenzione di illeciti) e di **polizia giudiziaria** (cioè di repressione di illeciti e raccolta di fonti di prova), e che allo stesso personale è riconosciuta, nei limiti del servizio cui è destinato, la **qualifica di agente di pubblica sicurezza**, ai sensi del richiamato articolo 4-bis del regolamento di cui al regio decreto 6 maggio 1940, n. 635²¹. **Questa previsione è stata soppressa dal Senato.**

Si ricorda che, ai sensi della disposizione regolamentare richiamata, la qualità di agente di pubblica sicurezza può essere attribuita ad agenti destinati all'esecuzione ed all'osservanza di speciali leggi e regolamenti che risultino in possesso di determinati requisiti (essere maggiorenni; essere in possesso del diploma di scuola media inferiore; non avere subito condanna a pena detentiva per delitto non colposo e non essere stato sottoposto a misura di prevenzione; avere il godimento dei diritti civili e politici).

²⁰ Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo.

²¹ Approvazione del regolamento per l'esecuzione del testo unico 18 giugno 1931, n. 773, delle leggi di pubblica sicurezza.

Il **comma 6 del testo vigente (comma 4 del testo approvato dal Senato)** quantifica gli **oneri di missione** in euro 125.000 per il 2024 e in euro 250.000 a decorrere dal 2025. Il testo vigente al riguardo si riferisce a oneri di missione “per l’espletamento delle ispezioni”, mentre il testo approvato dal Senato parla di oneri “per le spese di missione”.

I **commi 5 e 6 del testo approvato dal Senato**, come sopra evidenziato, 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 caso di determinati presupposti (v. *infra*).

In base al predetto **comma 5**, in particolare, 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 – disposizione qualificata come “regionale”, sebbene l’adempimento riguardi anche le Province autonome - 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. A sua volta, l’anzidetta Unità centrale provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, 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 d’attesa da adottare con validità annuale, al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

Al RUAS spettano:

- la responsabilità in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e del 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 d’attesa e il controllo sull’avvenuto adempimento;
- la verifica dei volumi, dei tempi di attesa e di ogni altro dato necessario al monitoraggio anzidetto e la segnalazione delle 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, la redazione e l’invio all’Organismo di un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d’attesa in ambito aziendale, con segnalazione delle eventuali criticità e indicazione delle azioni correttive eventualmente poste in essere;
- la definizione di interventi formativi che garantiscono che l’accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d’attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Circa le disposizioni del nuovo comma 5 approvato dal Senato si fa rinvio alla giurisprudenza della Corte costituzionale (cfr. anche art. 7-bis, *infra*), 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).

Secondo il successivo **comma 6 del testo approvato dal Senato**, in caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine prescritto 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 - precisa il comma in esame - 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 del presente provvedimento e dalle **attività di audit** svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1 (si veda sopra la scheda di lettura riguardante l’articolo 1).

In base al **comma 7**, infine, agli oneri derivanti dal comma 4 e dal comma 6, pari a euro 1.369.777 per l’anno 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025, si provvede, per l’anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell’autorizzazione di spesa di cui all’articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244²² 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

²² Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). Il comma 361 richiamato reca un’autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni.

utilizzando – **parzialmente, secondo il testo approvato dal Senato** - l'accantonamento relativo al Ministero della salute. **Nel testo approvato dal Senato si specifica che, ad eccezione dei commi 3 e 4, dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri.**

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](#)²³.

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 sanitari. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

²³ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

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 pubblici²⁴, 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](#)²⁵. 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

²⁴ Di cui al [D.Lgs n. 36/2023](#).

²⁵ *Legge finanziaria 2006*.

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 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.

L'**articolo 3, al comma 1** prevede l'**obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP), che viene unificato a livello regionale o infra-regionale.**

Nel corso dell'esame al Senato sono state poi **inserite alcune specifiche in merito alle modalità di accesso alle prestazioni**, quali: 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.

Si ricorda che il Centro Unifico di Prenotazione (CUP) è il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, incaricato di gestire l'intera offerta dei servizi sanitari (SSN, regime convenzionato, intramoenia) presenti sul territorio di riferimento.

Il [Decreto legislativo n. 153/2009](#)²⁶, nel delineare un nuovo modello di **farmacia dei servizi**, prevede un ulteriore canale di accesso ai servizi di prenotazione da parte dei cittadini tramite le farmacie. Infatti, l'articolo 1, comma 2, lettera f), del decreto prevede che le farmacie, attraverso la postazione dedicata, possano operare quali canali di accesso al Sistema CUP per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritirare i relativi referti. Il [Decreto ministeriale 8 luglio 2011](#)²⁷ ha dato attuazione alla norma definendo fra l'altro nel dettaglio modalità tecniche, misure di sicurezza e responsabilità.

Inoltre, il 29 aprile 2010 è stata siglata dalla Conferenza Stato-Regioni l'intesa sulle [Linee Guida nazionali del sistema CUP](#). Le Linee Guida, predisposte dal Ministero della salute in stretta collaborazione con le regioni, sottolineano l'importanza della gestione delle prestazioni in circolarità, cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica azienda sanitaria. Indicano altresì il percorso per lo sviluppo di un centro CUP unificato a livello nazionale in cui far confluire i sistemi CUP oggi presenti a livello provinciale e regionale, che operano spesso in modalità isolata e con canali differenziati.

Le Linee Guida disciplinano pertanto le modalità di articolazione del Sistema CUP, nelle sue componenti di *Front-office* - raccolta delle richieste, prenotazione delle prestazioni e riscossione -, nonché di *Back-office*, per la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione.

Infine, con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi, l'art 47-bis del [Decreto-legge n. 5/2012, conv. con modificazioni in Legge n. 35/2012](#)²⁸ promuove il sostegno, nei piani sanitari nazionale e regionali, per i sistemi di prenotazione a gestione elettronica.

Il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#), siglato con l'Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019, prevede che i sistemi CUP gestiscano in maniera centralizzata tutte le **Agende delle strutture pubbliche e private accreditate** sia per l'attività istituzionale sia per l'attività erogata in regime libero professionale. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità in grado di intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente. Il

²⁶ Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.

²⁷ Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

²⁸ Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo.

Piano prevede altresì lo sviluppo dei sistemi CUP *on-line*, che consentono la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relativi a visite o esami in attività istituzionale e in libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive, e promuove l'accesso alla prenotazione, anche attraverso le farmacie di comunità.

Sotto il profilo delle risorse, per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, nell'ottica di **ridurre i tempi di attesa** nell'erogazione delle prestazioni, [l'articolo 1 comma 510 della Legge di bilancio 2019](#)²⁹ ha stanziato 350 milioni di euro per il triennio 2019-2021, poi aumentati [dall'articolo 23-quater, comma 5, del Decreto-legge n. 119/2018, conv. con modificazioni dalla Legge n. 136/2018](#)³⁰ per il **2020 di 50 milioni** di euro.

Il [Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 20 agosto 2019](#), adottato previa intesa Stato-Regioni, ha ripartito fra le regioni **400 milioni di euro**, somma delle risorse stanziata dalla Legge di bilancio 2019 (350 milioni) e dal Decreto-legge n. 119/2018 (50 milioni), al fine di **ridurre i tempi di attesa** per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

I criteri per assicurare a tutte le Regioni un'equa ripartizione delle risorse sono stati elaborati dal Tavolo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Coordinamento tecnico della commissione salute delle Regioni e Province autonome. Accanto ai criteri di riparto, il Tavolo ha elaborato anche indicatori e relative soglie al cui raggiungimento i fondi saranno effettivamente erogati. La verifica della percentuale di realizzazione degli obiettivi di digitalizzazione dei sistemi regionali di prenotazione per l'accesso alle strutture sanitarie ai fini dell'erogazione delle risorse spetta all'Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa, che opererà presso il Ministero della Salute. Nel decreto si specifica, infine, che la mancata realizzazione degli obiettivi determina l'obbligo di restituzione dell'acconto allo Stato che può procedere al relativo recupero anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti negli esercizi successivi.

In merito agli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza individuata (PAI) in caso di presa in carico dell'assistito affetto in condizioni di fragilità conseguente a malattia cronica e degenerativa e a malattie rare con programmazione diretta, si ricorda che i PAI, nella definizione datane dalla disciplina di delega (art. 1, co. 1, lett. *d*) della legge n. 33/2023), sono i progetti individuali definiti dall'équipe integrata che opera presso i punti unici di accesso (PUA), sulla base della valutazione della Unità di valutazione multidimensionale (UVM). I PAI recano l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individuano altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

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 per la stipula

²⁹ Legge 30 dicembre 2018, n. 145, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.

³⁰ Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria.

degli accordi contrattuali di cui [all'articolo 8-quinquies del Decreto legislativo n. 502 del 1992](#)³¹, a pena di nullità, in coerenza con le previsioni di cui [all'allegato B del decreto del Ministero della Salute 19 dicembre 2022](#)³².

Si può brevemente ricordare che il Decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede che le regioni, nell'assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza, si avvalgono dei presidi direttamente gestiti dalle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati per l'erogazione di cure domiciliari, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

Nell'ambito della disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, quest'ultima disposizione prevede che le regioni e le unità sanitarie locali definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulino contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari (comma 2). Inoltre, le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento.

A tal fine, l'Allegato B del decreto del Ministero della Salute 19 dicembre 2022 definisce le ulteriori verifiche per la selezione dei soggetti privati in relazione ai summenzionati accordi contrattuali, in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate.

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, in luogo di "autorizzate"), costituisce un nuovo specifico elemento di valutazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, 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**.

Si ricorda che l'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 stabilisce che le regioni rilasciano l'accreditamento istituzionale alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro

³¹ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

³² *Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.*

rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa.

Inoltre, nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite all'allegato B del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

Oltre ai summenzionati requisiti, secondo il già richiamato articolo 8-*quinquies*, le regioni sono tenute a stipulare contratti con tali professionisti e strutture autorizzati, che hanno altresì ottenuto l'accreditamento istituzionale, essendo previsto che in caso di mancata stipula dei contratti di cui al medesimo articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso (comma 2-*quinquies*).

Al **comma 4** si prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano devono promuovere l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, ove previsto.

Il **comma 4-bis**, introdotto durante l'esame al Senato, 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 sanitari. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

In proposito si veda anche quanto disposto in precedenza al comma 2.

Il **comma 5** stabilisce che il CUP attivi un sistema di disdetta, volto 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 Centro Unico di Prenotazione di una regione, accertata

definitivamente, costituisce illecito professionale grave ai sensi [dell'articolo 95, comma 1, lett. e\), del Codice di cui al Decreto legislativo n. 36 del 2023](#)³³.

Ne consegue l'esclusione dalle gare avviate in qualsiasi regione e la mancata possibilità per l'operatore economico di avvalersi **dell'articolo 96, commi 2,3,4,5 e 6, del Decreto legislativo n. 36 del 2023**.

A tal proposito, si ricorda che il nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al Decreto legislativo n. 36 del 2023, prevede, tra le cause di esclusione non automatica, all'art. 95, comma 1, lett. e) che la stazione appaltante escluda dalla partecipazione alla procedura un operatore economico che, in qualità di offerente, abbia commesso un illecito professionale grave, tale da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità, dimostrato dalla stazione appaltante con mezzi adeguati. La stessa lettera rinvia poi all'articolo 98, che indica, in modo tassativo, i gravi illeciti professionali, nonché i mezzi adeguati a dimostrare i medesimi.

Ai sensi dell'articolo 98, comma 2, del Decreto poc'anzi citato, si precisa che l'esclusione di un operatore economico/offerente che abbia commesso un illecito professionale grave è disposta e comunicata dalla stazione appaltante qualora ricorrano tutte le seguenti condizioni:

- a) elementi sufficienti ad integrare il grave illecito professionale;
- b) idoneità del grave illecito professionale ad incidere sull'affidabilità e integrità dell'operatore;
- c) adeguati mezzi di prova specificati dal comma 6 del medesimo articolo³⁴.

Il successivo comma 3 stabilisce, inoltre, che l'illecito professionale si può desumere al verificarsi di almeno uno dei seguenti elementi, qui sinteticamente richiamati:

- a) sanzione esecutiva irrogata dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato o da altra autorità di settore, rilevante in relazione all'oggetto specifico dell'appalto;
- b) condotta dell'operatore economico che abbia tentato di influenzare indebitamente il processo decisionale della stazione appaltante;

³³ *Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici.*

³⁴ Più nel dettaglio, il comma 6 dell'art. 98 elenca, in relazione alle fattispecie di illecito professionale di cui al comma 3, i seguenti mezzi di prova:

- a) quanto alla lettera a), i provvedimenti sanzionatori esecutivi resi dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato o da altra autorità di settore;
- b) quanto alla lettera b), la presenza di indizi gravi, precisi e concordanti che rendano evidente il ricorrere della situazione escludente;
- c) quanto alla lettera c), l'intervenuta risoluzione per inadempimento o la condanna al risarcimento del danno o ad altre conseguenze comparabili;
- d) quanto alla lettera d), la emissione di provvedimenti giurisdizionali anche non definitivi;
- e) quanto alla lettera e), l'accertamento definitivo della violazione;
- f) quanto alla lettera f), gli elementi ivi indicati;
- g) quanto alla lettera g), gli atti di cui all'articolo 407-bis, comma 1, del codice di procedura penale, il decreto che dispone il giudizio ai sensi dell'articolo 429 del codice di procedura penale, o eventuali provvedimenti cautelari reali o personali emessi dal giudice penale, la sentenza di condanna non definitiva, il decreto penale di condanna non irrevocabile, la sentenza non irrevocabile di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale;
- h) quanto alla lettera h), la sentenza di condanna definitiva, il decreto penale di condanna irrevocabile, la condanna non definitiva, i provvedimenti cautelari reali o personali, ove emessi dal giudice penale;

- c) condotta dell'operatore economico che abbia dimostrato significative o persistenti carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto;
- d) condotta dell'operatore economico che abbia commesso grave inadempimento nei confronti di uno o più subappaltatori;
- e) condotta dell'operatore economico che abbia violato il divieto di intestazione fiduciaria (art. 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55), laddove la violazione non sia stata rimossa;
- f) omessa denuncia all'autorità giudiziaria da parte dell'operatore economico persona offesa dei reati di concussione ed estorsione aggravati dall'associazione mafiosa (articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 416-bis);
- g) contestata commissione da parte dell'operatore economico, ovvero dei soggetti di cui al comma 3 dell'articolo 94, di taluno dei reati consumati o tentati di cui al comma 1 del medesimo articolo 94;
- h) contestata o accertata commissione, da parte dell'operatore economico oppure dei soggetti di cui al comma 3 dell'articolo 94, di taluno dei seguenti reati consumati:
 - 1) abusivo esercizio di una professione (art. 348 del codice penale);
 - 2) bancarotta semplice, bancarotta fraudolenta, omessa dichiarazione di beni da comprendere nell'inventario fallimentare o ricorso abusivo al credito (artt. 216, 217, 218 e 220 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267);
 - 3) reati tributari, delitti societari o delitti contro l'industria e il commercio;
 - 4) reati urbanistici (art. 44, comma 1, lettere b) e c), del D.P.R. n. 380/2001), con riferimento agli affidamenti aventi ad oggetto lavori o servizi di architettura e ingegneria;
 - 5) reati previsti dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (ad esempio, sicurezza dei lavoratori, ambiente, societari, pubblica amministrazione, societari e tributari, abuso di mercato, contrabbando, etc.).

Con riguardo al **secondo periodo del comma 6** dell'articolo in commento, si ricorda che l'articolo 96, commi 2-6, del nuovo codice dei contratti pubblici disciplina le modalità con le quali l'operatore economico, colpito da una delle cause di esclusione automatiche (art. 94) o non automatiche (art. 95) può evitare l'esclusione adottando le c.d. misure di *self-cleaning*, ossia ponendo in essere condotte di "**ravvedimento operoso**" tempestive e idonee a dimostrare l'affidabilità dell'operatore.

Più nel dettaglio, ai sensi del comma 2, il *self-cleaning* si applica a **tutte le cause di esclusione**, fatta eccezione per quelle relative alle violazioni fiscali e previdenziali definitivamente e non definitivamente accertate di cui, rispettivamente, all'articolo 94, comma 6 e all'articolo 95, comma 2 del medesimo codice dei contratti pubblici.

Dal punto di vista procedurale, i commi 3-4 stabiliscono che se la causa di esclusione si è verificata prima della presentazione dell'offerta, l'operatore economico, contestualmente all'offerta, la comunica alla stazione appaltante e, alternativamente:

- a) comprova di avere adottato le misure di cui al comma 6;
- b) comprova l'impossibilità di adottare tali misure prima della presentazione dell'offerta e successivamente ottempera ai sensi del comma 4 (comma 3).

Se la causa di esclusione si è verificata successivamente alla presentazione dell'offerta, l'operatore economico adotta e comunica le misure di cui al comma 6 (comma 4).

Non si prevede dilazione dell'aggiudicazione in ragione dell'adozione delle misure previste al comma 6 (comma 5).

In caso di violazioni fiscali e previdenziali non gravi di cui all'articolo 94, a eccezione del comma 6, e all'articolo 95, eccetto il comma 2, l'operatore economico non è escluso dalla procedura d'appalto, qualora dia prova che le misure adottate siano sufficienti a dimostrare la sua affidabilità e siano tempestive. A tal fine, deve dimostrare:

- di aver risarcito o di essersi impegnato a risarcire qualunque danno causato dal reato o dall'illecito;
- di aver chiarito i fatti e le circostanze in modo globale collaborando attivamente con le autorità investigative;
- e di aver adottato provvedimenti concreti di carattere tecnico, organizzativo e relativi al personale idonei a prevenire ulteriori reati o illeciti.

Si prevede, inoltre, che la valutazione delle misure adottate dagli operatori economici è effettuata considerando la gravità e le particolari circostanze del reato o dell'illecito, nonché la tempestività della loro assunzione. Se la stazione appaltante ritiene che le misure siano intempestive o insufficienti, ne comunica le ragioni all'operatore economico (comma 6).

Il **comma 7** dell'articolo in commento, **modificato dal Senato**, precisa che nelle linee di indirizzo di cui al **comma 5** (da adottare con decreto del Ministero della salute, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni) 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.

In proposito, si ricorda che [l'articolo 3, comma 15, decreto legislativo n. 124 del 1998](#)³⁵ già prevede che qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione del costo della prestazione. Tale disposizione è altresì richiamata nelle linee di intervento definite nel Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2019-2021, a cui le regioni devono dar seguito nei loro Piani regionali di Governo delle liste d'attesa, nell'ottica di garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica).

Al **comma 8** si 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.

³⁵ *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.*

Si ricorda che, secondo la definizione offerta dal Piano nazionale per il Governo delle liste di attesa, il percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Le prestazioni che costituiscono tale sequenza sono individuate secondo quanto previsto dalle linee guida e dalle raccomandazioni specifiche basate su evidenze scientifiche documentate.

A tal proposito, si precisa che all'interno del [Nuovo Sistema di Garanzia](#) (NSG) per la valutazione dell'assistenza sanitaria ([DM 12 marzo 2019](#)), tra gli 88 indicatori individuati, dieci sono destinati al monitoraggio e alla valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) per specifiche condizioni di salute ([allegato 1 del DM 12 marzo 2019](#)) (gli ultimi risultati di monitoraggio dei PDTA disponibili sono quelli pubblicati nel [Report NSG-PDTA per l'anno di valutazione 2021](#)).

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](#)³⁶. 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.

A tal proposito, l'articolo 1, comma 282, Legge n. 266/2005, fa riferimento alle aziende sanitarie ed ospedaliere. Il comma 284, dell'articolo 1, Legge n. 266/2005 prevede, al primo periodo, che a questi stessi soggetti, responsabili di aver violato il divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui al comma 282, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Il secondo periodo stabilisce che alle unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere che non rispettano l'obbligo di cui [all'articolo 3, comma 8, della Legge n. 724/1994](#)³⁷, che impone di tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro.

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 \(Legge di bilancio per il 2024\)](#)³⁸, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale

³⁶ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).

³⁷ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

³⁸ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.

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.

Con riguardo all'articolo 1, legge n. 213 del 2024, si ricorda che il comma 232 prevede alcuni interventi volti a garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa delle Regioni e delle Province autonome le quali sono autorizzate ad avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste ai commi 218-222 del disegno di legge in esame, riguardante la tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico ed infermieristico presso i servizi di emergenza urgenza ospedalieri, oltre che per le prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale del personale medico e del comparto sanitario.

Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa (v. *infra* art. 1).

In dettaglio, i commi 218-222, al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario Nazionale (SSN), di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, estende fino al 31 dicembre 2026 la facoltà di ricorrere agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico - di cui alla contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità - prevista, per l'anno 2023, [dall'articolo 11, comma 1, del Decreto-legge n. 34/2023, conv. con modificazioni in Legge n. 56/2023](#)³⁹ (pari a 100 euro lordi onnicomprensivi), disponendo, contestualmente, che tale incremento riguardi, dal 2024 al 2026, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi (comma 218).

Per le medesime finalità è prevista l'applicazione fino al 31 dicembre 2026 delle disposizioni richiamate (art. 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023) anche alle prestazioni aggiuntive svolte - ai sensi della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità -, dal personale sanitario operante nelle citate aziende ed enti del SSN, disponendosi, contestualmente, che tale incremento riguardi, dal 2024 al 2026, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Viene poi stabilito che l'aumento della tariffa possa arrivare fino a 60 euro lordi onnicomprensivi (invece dei 50 previsti dal richiamato art. 11 del D.L. n. 34/2023), al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

Anche in tal caso vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi (**comma 219**).

Per le finalità sopra indicate è autorizzata, per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026** la spesa di **200 milioni di euro per il personale medico** e di **80 milioni di euro per il personale sanitario** del comparto. Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che

³⁹ *Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.*

stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente. Gli importi di cui all'allegato III della legge in esame costituiscono limite di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma per le finalità dell'articolo in commento (comma 220).

Alla copertura degli oneri indicati, pari complessivamente a **280 milioni di euro** per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026**, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* come rideterminato dall'articolo 41 (**comma 221**).

Viene poi previsto (**comma 222**) che, in coerenza con le disposizioni di cui all'articolo 15-*quattordices* del Decreto legislativo n. 502/1992 - istitutive dell'Osservatorio per l'attività libero-professionale -, nonché del Piano nazionale per il governo delle liste di attesa, di cui all'Intesa sancita nella Conferenza Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, relativa al blocco dell'attività *intramoenia* in caso di superamento del rapporto tra attività libero professionali ed attività istituzionali, l'Organismo paritetico regionale, istituito a seguito dell'adozione del citato Piano, presenta al Comitato LEA una relazione semestrale sullo svolgimento dell'attività *intramoenia*, da prendere in considerazione per la valutazione degli adempimenti relativi alle liste di attesa.

Si ricorda inoltre che il comma 233 della legge di Bilancio per il 2024 ridetermina il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, rispetto al valore della spesa consuntivata per l'anno 2011, incrementandola di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, assicurando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Il comma 10-bis, introdotto 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 dal 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 ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992;

In merito agli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, si rinvia alla spiegazione del comma 2 del presente articolo.

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 3-bis
(Valutazione in concorsi pubblici della partecipazione al servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da COVID-19)

Il **comma 3-bis** – inserito **dal 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** in esame prevede la possibilità che i bandi concorsuali summenzionati, se strutturati per esami e titoli, contemplino tra i titoli medesimi la partecipazione allo svolgimento del suddetto servizio nazionale.

Si ricorda che, in via generale, la definizione dei titoli valutabili in un concorso pubblico (eventualmente strutturato per titoli ed esami) è rimessa alla relativa amministrazione pubblica; l'articolo 35-*quater*, comma 1, lettera *f*), del [D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#), e l'articolo 8, comma 2, del regolamento di cui al [D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487](#)⁴⁰, prevedono che i titoli e l'eventuale esperienza professionale, inclusi i titoli di servizio, possano concorrere in misura non superiore a un terzo alla formazione del punteggio finale⁴¹.

Il servizio nazionale richiamato dal **comma in esame** è stato svolto, su delega del Ministero della salute, dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19⁴².

⁴⁰ Regolamento “recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi”.

⁴¹ Si ricorda che la disciplina posta dal suddetto articolo 35-*quater* del D.Lgs. n. 165, e successive modificazioni, concerne in generale i concorsi per il reclutamento del personale non dirigenziale delle pubbliche amministrazioni (con esclusione del cosiddetto personale in regime di diritto pubblico). Il suddetto regolamento di cui al D.P.R. n. 487 concerne le forme di assunzioni presso le pubbliche amministrazioni (cfr. *supra*, in nota), fermo restando che l'articolo 18-*bis* di esso, e successive modificazioni, specifica che la materia può essere regolata, da parte delle regioni e degli enti locali, nell'ambito dei rispettivi ordinamenti, in coerenza con i principi previsti dal suddetto regolamento.

⁴² Riguardo a tale servizio nazionale, cfr. l'articolo 20, commi da 1 a 3, del [D.L. 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla L. 18 dicembre 2020, n. 176](#), e successive modificazioni.

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

Il comma 11-bis – inserito dal 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 nazionale⁴³. La novella⁴⁴ 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.

La norma oggetto della novella in esame concerne le aziende ospedaliero-universitarie costitutesi in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta (“aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale”)⁴⁵.

La formulazione vigente prevede che i rapporti di lavoro in esame abbiano una durata non superiore a quattro anni ed esclude la possibilità di rinnovo. La novella in esame, come detto, sopprime sia il limite massimo di durata sia il divieto di rinnovo, prevedendo la possibilità di assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari (ivi compresi i dirigenti medici). Per tali dirigenti, la novella prevede l’applicazione:

- della disciplina propria dei dirigenti sanitari, posta dagli articoli da 15 a 15-*sexies* del [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni (per ragioni di coordinamento formale, viene quindi soppresso il richiamo del solo articolo 15-*quinquies*, essendo tale articolo – concernente il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale – ora ricompreso nel più ampio richiamo summenzionato);
 - dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi all’Area dirigenziale Sanità.
- Nel comma oggetto della presente novella⁴⁶, restano ferme:
- le condizioni summenzionate, che subordinano la possibilità in oggetto alla

⁴³ In merito, cfr. alla fine della presente scheda.

⁴⁴ La novella concerne l’articolo 5, comma 15, del [D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517](#), e successive modificazioni.

⁴⁵ Cfr. l’articolo 2, comma 2, lettera *a*), del citato D.Lgs. n. 517 del 1999.

⁴⁶ Cfr. il suddetto articolo 5, comma 15, del D.Lgs. n. 517 del 1999.

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;

- la norma di chiusura, che pone il divieto, con riferimento esclusivo alle università (e non alle aziende ospedaliero-universitarie), di assumere personale medico o sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali.

Si ricorda che la disciplina di rango regolamentare per le procedure concorsuali per il personale dirigenziale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale è posta dal [D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483](#).

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](#)⁴⁷, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il **comma 1** dell'articolo in disamina stabilisce che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e che può altresì essere prolungata la fascia oraria per l'erogazione delle suddette prestazioni, 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, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3 (**tale ultima precisazione è stata aggiunta nel corso dell'esame al Senato**).

Può qui ricordarsi che, tra le misure previste in fase di emergenza sanitaria, [il Decreto-legge n. 104 del 2020, conv. in legge con modificazioni dalla legge n. 26 del 2020](#)⁴⁸ ha

⁴⁷ Legge di bilancio 2024.

⁴⁸ Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia.

previsto all'articolo 29 alcuni «strumenti straordinari», di cui le Aziende sanitarie del SSN possano avvalersi per fare fronte alla domanda di prestazioni ambulatoriali, di ricovero e *screening*, contenendone contestualmente le relative liste di attesa: tra questi era prevista la possibilità di incrementare il monte ore relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna tramite ore di lavoro aggiuntive. Con il successivo [Decreto-legge n.73 del 2021, conv. in legge con modificazioni dalla Legge n.106 del 2021](#)⁴⁹, è stata estesa la possibilità di impiegare gli strumenti straordinari anche all'anno 2021.

Si ricorda, infine, che il [Rapporto BES 2023: il Benessere equo e sostenibile in Italia](#), pubblicato dall'ISTAT in data 17 aprile 2024, evidenzia l'aumento del numero dei cittadini che rinunciano a visite mediche – escluse quelle odontoiatriche – o accertamenti diagnostici ritenuti necessari in un anno, per ragioni economiche o legate a caratteristiche dell'offerta, come lunghe liste di attesa, o difficoltà nel raggiungere i luoghi di erogazione del servizio.

In particolare, secondo i dati pubblicati, il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici. Rispetto al 2019, la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa raddoppia quasi (era 2,8%), mentre si riallinea la rinuncia a prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%). Rispetto al 2022, si consolidano i problemi delle liste di attesa (+0,7%) e cresce principalmente la quota di chi rinuncia per motivi economici, che guadagna 1,3 punti percentuali in un solo anno. Risulta residuale la quota di chi rinuncia per problemi dovuti al COVID-19 (0,1%, era 5,9% nel 2021).

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.

Quanto all'ambito temporale di efficacia della disposizione di cui al comma 1 in esame si veda *infra* la parte di scheda riferita al comma 3.

Al comma 2, si 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 di cui all'articolo [15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)⁵⁰, 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 aggiunta 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

⁴⁹ *Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali.*

⁵⁰ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

A tal proposito, con riguardo al rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari, l'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nello stabilire che per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali, prevede che spetti alla disciplina contrattuale nazionale definire il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi:

- l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali;
- devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipes;
- l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

Il **comma 3** stabilisce che 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 (*Legge di bilancio per il 2024*), e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Sul contenuto dell'articolo 1, comma 232, si veda *ante* articolo 1. Si ricorda brevemente che l'ultimo periodo del comma poc'anzi richiamato prevede che, al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.

Pertanto, il comma in esame individua nelle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 la copertura necessaria a far fronte alle finalità previste dal comma 1 del presente articolo.

Si valuti l'opportunità di coordinare il disposto del comma in oggetto con il dettato dell'articolo 3, commi 10 e 11, del presente decreto.

La relazione tecnica allegata al decreto legge in esame rileva che l'intervento previsto dalla norma di cui al comma 1 si riferisce al solo anno 2024 e che la copertura finanziaria è assicurata solamente per il medesimo anno 2024. In

proposito, la Relazione illustrativa precisa che, per il rifinanziamento negli anni successivi, si farà riferimento alle relative leggi di bilancio.

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.

Il **comma** in esame specifica che le eventuali aperture straordinarie in oggetto possono essere svolte anche con il supporto delle associazioni e federazioni di donatori di sangue, partecipanti alle attività trasfusionali sulla base di convenzioni con le regioni e le province autonome.

Si ricorda che tali convenzioni sono stipulate sulla base di uno schema tipo di convenzione, definito, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera *b*), della [L. 21 ottobre 2005, n. 219](#), con accordo tra Governo, regioni e province autonome, sancito dalla relativa Conferenza permanente (lo schema tipo è attualmente definito dall'[accordo](#) sancito dalla suddetta Conferenza l'8 luglio 2021, atto n. 100/CSR).

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**.

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](#)⁵¹ (**comma 3**).

⁵¹ *Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*, conv. con mod. dalla L. n. 60/2019.

Il **comma 1** dispone l'incremento annuale a livello regionale, a decorrere dal 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al successivo comma 2, dei **valori massimi della spesa per il personale** del Servizio sanitario nazionale autorizzati per il 2023 in base all'articolo 11 del [D.L. 30 aprile 2019, n. 35](#)⁵² (cd. Calabria); tale incremento annuale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario regionale cui concorre lo Stato, è pari al 10 per cento dell'incremento **del fondo sanitario regionale** rispetto all'esercizio precedente. In aggiunta, qualora la singola Regione lo richieda, si prevede un ulteriore incremento sino al 5 per cento, **per un importo complessivo fino al 15 per cento di detto incremento** del fondo sanitario regionale.

La norma precisa che deve essere **rispettata la compatibilità con la programmazione regionale** in materia di assunzioni e garantito il rispetto dell'**equilibrio economico e finanziario** del Servizio sanitario regionale.

In materia, si rammenta che i limiti già indicati al comma 1 dell'art. 11, DL. 35/2019 (L. n. 60/2019), ferma restando la necessità della garanzia dell'equilibrio economico di ciascuna Regione, sono:

- a) il **limite della spesa di personale sostenuta nell'anno 2018**, in coerenza con i piani triennali regionali dei fabbisogni di personale e sulla base della certificazione del Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni;
- b) il **limite, se superiore a quello di cui alla precedente lett. a)**, definito dall'art. 2, comma 71, della legge finanziaria 2010 (L. n. 191/2009), che impone una spesa di personale nell'ammontare del 2004, diminuita dell'1,4 per cento, limite che valeva originariamente fino al 2012, poi esteso dal DL. 98/2011, art. 17, comma 3, **fino al 2020** (pertanto con cessata efficacia)⁵³.

Va inoltre ricordato che il richiamato testo già vigente dell'articolo 11, comma 1, prevede l'incremento annuale dei predetti valori, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

La norma in esame ha l'obiettivo di far fronte alla carenza di personale del SSN in quanto ad oggi, come sottolineato dalla relazione illustrativa, per assicurare l'erogazione dei LEA, le aziende sanitarie 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.

⁵² *Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.*

⁵³ Fino alla data del 2020, si è passati da successive novelle dell'estensione temporale del limite prima come stabilito dall'articolo 15, comma 21, del DL 95/2012 (cd. Spending review) "fino al 2015", e, successivamente, dal comma 584, art. 1, della legge di stabilità 2015 (L. n. 190/2014) "a decorrere dal 2015".

La norma in esame inoltre precisa che l'**ulteriore incremento nella misura massima del 5%** è autorizzato solo a seguito della verifica della **congruità delle misure compensative** della maggiore spesa di personale. Tale congruità è sancita con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (**comma 1**).

Il comma 1 del richiamato articolo 11, al quarto periodo, già vigente, prevede la possibilità di un ulteriore incremento del 5 per cento della spesa del personale di ciascun sistema sanitario regionale, qualora nella singola regione emergano ulteriori oggettivi fabbisogni, sulla base di una **specifico metodologia di rilevamento** di tali fabbisogni rispetto alle facoltà assunzionali consentite, purchè vi sia una **valutazione congiunta** con il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed in ogni caso fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Al riguardo si segnala che l'incremento del 5 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi del menzionato articolo 11, comma 1, è subordinato, dall'anno 2022, all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, metodologia approvata per l'appunto con il [D.M. Salute-MEF 24 gennaio 2023](#) (applicabile in via sperimentale per la definizione dei fabbisogni relativi agli anni 2022, 2023 e 2024).

Tale metodologia è stata elaborata allo scopo di quantificare il fabbisogno del personale del SSN al fine di concedere in modo selettivo un innalzamento del tetto di spesa di personale vigente nella misura del 5% della variazione annuale del finanziamento corrente del SSN, con specifico riferimento al fabbisogno del personale ospedaliero e di personale operante in assistenza domiciliare integrata (ADI).

La metodologia ha previsto, tra le fonti dati, un flusso delle ore lavorate del personale dirigente e del comparto sanità riferito all'anno 2019.

Si ricorda peraltro che con la deliberazione del [Direttore Generale dell'AGENAS \(n. 6 del 14 gennaio 2022\)](#) è stato istituito un "gruppo di lavoro per l'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN". Infatti, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA, attualmente le ASL sono costrette ad incrementare comunque i carichi di lavoro e i turni straordinari della forza lavoro presente strutture – tra cui pesano in maniera considerevole quelle dell'emergenza urgenza -, con un considerevole impatto sul sistema delle liste d'attesa.

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, l'adozione di una **metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN**, in coerenza con i valori di cui al comma 1, 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**).

Infine con una norma transitoria viene disposto (**comma 3**) 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](#).

In proposito la relazione illustrativa del decreto-legge in esame sottolinea che scopo di tale norma è mantenere l'attuale regime della determinazione del fabbisogno di personale data a livello regionale per il calcolo della spesa corrispondente, fino all'adozione della nuova metodologia, salvaguardando la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11, che subordina, a partire dall'anno 2022, gli ulteriori incrementi di spesa per il personale all'adozione della specifica metodologia concordata di determinazione di tale fabbisogno per gli enti del Servizio sanitario nazionale (cfr. *supra*).

Va ricordato (cfr. anche *supra*) che i **commi da 1 a 4 dell'articolo 11** hanno operato una **revisione** della disciplina sui **limiti di spesa per il personale** degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Più nel dettaglio, i **commi da 1 a 4** dell'articolo in commento intendono contrastare la carenza di personale SSN, che appare destinata ad acuirsi a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni sul pensionamento anticipato (quota 100), rischiando di compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La disposizione ha perciò inteso fissare nuovi limiti di spesa per il personale SSN, in coerenza con le indicazioni della legge di bilancio 2019 sul livello del finanziamento per il SSN per il 2019⁵⁴, e sulle misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati da inserire nel Patto per la salute 2019-2021.

Come previsto da tale metodologia di calcolo, ai fini della determinazione dei limiti della predetta spesa di personale, si considera il lordo, tenendo conto degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive - IRAP, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, mentre non vengono computati gli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati con risorse pubbliche.

Viene in ogni caso mantenuta ferma l'attuale possibilità delle regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il MEF di incrementare ulteriormente i limiti di spesa per il fabbisogno di personale per un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati precedentemente

⁵⁴ Si ricorda che, l'art. 1, comma 514, della legge di bilancio 2019 (145/2018), ha determinato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in 114.439 milioni di euro. Il livello di finanziamento è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

all'entrata in vigore del menzionato DL. 35/2019. Ai sensi del comma 4 del richiamato articolo 11, infine, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico. Come prescritto dalla normativa vigente, le regioni sono chiamate in ogni caso ad indirizzare e coordinare in base ai limiti di spesa per il fabbisogno del personale sopra previsti anche la spesa dei propri enti del servizio sanitario regionale.

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

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 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)⁵⁵, dai **Consultori 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)⁵⁶.

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. Queste strutture hanno sostituito gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), aboliti nel 2013 e chiusi definitivamente il 31 marzo 2015; l'internamento nelle REMS è peraltro applicabile solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura

⁵⁵ Il testo fa riferimento alle 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. L'articolo 3-ter richiamato ha previsto, al comma 2, la definizione di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, in relazione al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Tali requisiti sono stati successivamente definiti dal D.M. 1° ottobre 2012.

⁵⁶ Per un approfondimento sulla rete dei servizi di salute mentale si veda <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente. La gestione della REMS e delle sue attività è di esclusiva competenza sanitaria, mentre le attività di sicurezza e di vigilanza esterna nonché l'accompagnamento dei pazienti in ospedali o ad altre sedi sono svolte, tramite specifico accordo, d'intesa con le prefetture. Con l'autorità prefettizia vanno concordati anche gli interventi delle forze dell'ordine competenti per territorio, nelle situazioni di emergenza e di sicurezza.

I consultori familiari, istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, sono servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari. In base all'art. 1 della legge 405/1975, il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, reso dai consultori, ha come scopi: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso; d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita; d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare⁵⁷. Ai consultori spetta, tra l'altro, assistere la donna in stato di gravidanza⁵⁸.

Quanto ai punti per gli screening oncologici, il citato Programma Nazionale Equità⁵⁹ (v. al riguardo il box alla fine di questa scheda) prevede un'area di intervento dedicata alla "Maggiore copertura degli screening oncologici", che contempla un'azione di rafforzamento della capacità dei servizi di screening, volta ad ampliare l'offerta di punti di screening oncologici e ad allargare la platea di partecipanti.

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 Consultori 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.

⁵⁷ Per approfondimenti in materia di consultori familiari, si veda <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019>

⁵⁸ Articolo 2 della legge 22 maggio 1978, n. 194, recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Per il ruolo dei consultori nell'ambito della procedura propedeutica alla interruzione di gravidanza, v. artt. 4 e ss. della medesima legge.

⁵⁹ https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_6049_0_file.pdf

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 Consultori 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.

La **relazione tecnica** sul provvedimento in esame pone in rilievo che il piano d'azione si configura come indicazione/indirizzo strategico alle regioni nell'attuazione degli interventi, nell'ambito delle risorse già assegnate per la realizzazione degli stessi.

• *Il Programma Nazionale Equità nella Salute*

Il **Programma Nazionale Equità nella Salute**, 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.

Il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, anche nell'ottica di sviluppare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali, in sette Regioni del Paese (Decisione di esecuzione della Commissione (UE) 2021/1130 del 5 luglio 2021): Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

In queste Regioni si registrano infatti, rispetto al resto del Paese, minori livelli di soddisfazione degli standard definiti a livello nazionale (LEA, Livelli Essenziali di Assistenza) e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative nella gestione del servizio sanitario.

Il Programma si articola in **due priorità**:

Priorità 1, sostenuta dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+): **Servizi sanitari più equi e inclusivi**

Priorità 2, sostenuta dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR): **Servizi sanitari di qualità**.

A queste si aggiungono due priorità dedicate all'Assistenza Tecnica (AT).

Il Programma individua **quattro aree** per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:

- Prendersi cura della salute mentale
- Maggiore copertura degli screening oncologici
- Il genere al centro della cura
- Contrastare la povertà sanitaria.

Nell'ambito del Programma sono state individuate **due Operazioni di importanza strategica** (ossia operazioni che forniscono un contributo significativo al conseguimento degli obiettivi), una per ciascun Fondo che sostiene il Programma:

Operazione 1: Attivazione sperimentale di **Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP)**

Budget complessivo: 145.000.000 di euro

Operazione 2: Rafforzamento della resilienza e della capacità dei **servizi di screening oncologico** attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale e tecnologico-strumentale

Budget complessivo: 76.000.000 di euro

Il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 ha una **dotazione finanziaria** di 625 milioni di euro, comprensiva della quota di Assistenza Tecnica (AT) pari a 23,7 milioni di euro, di risorse UE e nazionali. Essendo un Programma plurifondo, è sostenuto dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), come segue:

Priorità FSE+ - Servizi sanitari più equi ed inclusivi: 360 €/mln

Priorità Assistenza tecnica FSE+: 15 €/mln

Priorità FESR - Servizi sanitari di qualità: 241,25 €/mln

Priorità Assistenza tecnica FESR: 8,75 €/mln

La dotazione finanziaria del Programma risulta **ripartita** come segue:

Euro 185.921.025 destinati all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) in qualità di Organismo intermedio designato all'attuazione degli interventi relativi all'area "Contrastare la povertà sanitaria", di cui euro 112.126.100,00 sostenuti dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e euro 73.794.925,00 sostenuti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR).

Euro 405.707.405,00, suddivisi tra le 7 Regioni destinatarie (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia) secondo la modalità di riparto basata sulla quota di accesso al Fondo Sanitario Nazionale 2022 (Repertorio Atti n. 278/CSR del 21 dicembre 2022), in quanto Organismi intermedi individuati dal Programma relativamente agli interventi previsti nelle aree: Prendersi cura della salute mentale, Il genere al centro della cura e Maggiore copertura degli screening oncologici, di cui euro 242.744.900,00

sostenuti dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e euro 162.962.505,00 sostenuti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR).

Rimangono in capo al Ministero della salute gli interventi previsti nelle Priorità di Assistenza tecnica di importo complessivo pari a euro 23.750.000 nonché quelli di adeguamento delle competenze del personale, sostenuti dal FSE+, quantificati in euro 5.129.000,00 e le iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e informazione, sostenuti dal FESR, quantificate in euro 4.492.570,00.

Con [Decreto del Segretario Generale n. 5 del 17 aprile 2023](#) è stata effettuata la ripartizione delle risorse del Programma.

Per i **criteri di selezione** (tra cui quelli di ricevibilità e ammissibilità) delle operazioni da ammettere al finanziamento si può consultare la seguente pagina: https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_6040_9_file.pdf

Articolo 6, comma 1-bis
(Facoltà di riprogrammazione della quota residua di risorse già assegnate alla regione Calabria ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67)

Il comma in titolo, **introdotto dal Senato, 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**.

La disposizione in esame fa riferimento, in particolare, alla **quota residua** delle risorse economiche assegnate alla regione Calabria ai sensi dell'articolo 20 della legge 67/1988 - "prima fase", di cui alla **deliberazione CIPE⁶⁰ del 3 agosto 1990** (tale delibera è relativa al triennio 1989-1991 e reca un programma nazionale pluriennale in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti). La quota residua in questione - specifica il comma in disamina - è quella derivante dalle **economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti** afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma nazionale anzidetto.

Si ricorda che l'art. 20 della legge n. 67/1988 ha autorizzato un programma pluriennale di investimenti in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. La norma in questione stabilisce un limite massimo per il finanziamento statale del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, la restante quota è a carico delle Regioni. Il programma pluriennale, articolato in più fasi, ha stanziato complessivamente risorse pari a 34 miliardi di euro. La prima fase del programma - cui fa riferimento il comma in esame - ha avuto termine nel 1996, con l'autorizzazione a spendere la somma complessiva di euro 4.854.694.851,44⁶¹.

⁶⁰ Comitato interministeriale per la programmazione economica. Per il testo della delibera si veda: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1990-08-29&atto.codiceRedazionale=090A3754&elenco30giorni=false

⁶¹ Si veda, al riguardo, il documento consegnato dal Ministero della salute alla Commissione 10^a del Senato nell'ambito della indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR:

La già citata deliberazione CIPE del 3 agosto 1990 (con la quale fu approvato, in base all'art. 20, comma 1, della legge 67/1988 il programma nazionale straordinario di investimenti nella Sanità per il triennio 1989-1991) prevedeva, in riferimento alla regione Calabria, i seguenti finanziamenti (in lire): 15 miliardi per i servizi di igiene pubblica; 11,7 miliardi per poliambulatori; 7,7 miliardi per altre strutture territoriali; 73,8 miliardi per residenze sanitarie assistenziali per anziani; 14,55 miliardi per residenze sanitarie assistenziali per disabili.

Da un punto di vista procedimentale, si ricorda che il programma di edilizia sanitaria “ex articolo 20” si svolge attraverso le seguenti fasi⁶²: 1) predisposizione tecnica dell'accordo di programma: in questa fase si realizza una programmazione concordata fra il Ministero della salute e la regione interessata per l'individuazione degli interventi di supporto delle politiche sanitarie del Paese e per l'integrazione delle aree di assistenza (ospedale e territorio). In questa fase, in funzione dei progetti da realizzare puntualmente indicati, si definisce anche il quadro economico dell'accordo. Lo schema di accordo è sottoposto alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici; 2) assenso all'accordo di programma in Conferenza Stato-Regioni; 3) sottoscrizione dell'accordo di programma fra il Ministero della salute, il MEF e la singola regione interessata: l'accordo elenca tutti gli interventi da realizzare e il relativo quadro economico e finanziario. Una quota non inferiore al 5% del finanziamento è a carico della regione interessata, mentre lo Stato finanzia la restante parte; 4) adozione dei decreti del Ministero della salute di ammissione al finanziamento degli interventi in cui l'accordo di articola per i quali sia intervenuta la progettazione esecutiva: a seguito dell'ammissione a finanziamento le regioni/stazioni appaltanti avviano le gare d'appalto e realizzano le opere²; 5) il MEF-RGS trasferisce progressivamente il finanziamento alle regioni/agli altri enti per stati di avanzamento lavori (possibili anche acconti ai sensi del codice appalti).

Allo scopo di sbloccare risorse legate ad accordi fermi e di metterle a disposizione di investimenti più prontamente realizzabili, l'articolo 1, commi 310-312, della legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006) ha previsto la risoluzione degli accordi limitatamente a quella parte di interventi che non viene attivata entro determinati termini, ed ha disposto che le revoche operate, a seguito di periodiche ricognizioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, liberino risorse di bilancio da utilizzarsi per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma. Resta sempre comunque invariato lo spazio programmatico delle singole regioni. Diversi decreti, in attuazione della richiamata disciplina, hanno revocato parti di accordi e rimesso a disposizione le correlate risorse finanziarie.

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/426/873/Memoria_Ministero_della_Salute.pdf

⁶² Si veda, al riguardo, il documento consegnato dal Ministero dell'economia e delle finanze alla Commissione 10^a del Senato nell'ambito della succitata indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/426/103/Memoria_RGS.pdf

Si ricorda, infine, che la regione Calabria, in relazione alla condizione di disavanzo del proprio servizio sanitario, è dal 2009 sottoposta a piano di rientro e dal 2010 commissariata⁶³. Quanto alla capacità di erogazione dei servizi sanitari, secondo la recente relazione del Ministero della salute sul monitoraggio dei LEA attraverso il nuovo sistema di garanzia, riferita al 2022, la regione Calabria ha conseguito i seguenti punteggi⁶⁴: area prevenzione 36,59; area distrettuale 34,88; area ospedaliera 63,78 (i 60 punti rappresentano la soglia di sufficienza).

⁶³Per l'elenco dei commissari *ad acta* succedutisi si veda: <https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5030&area=pianiRientro&menu=calabria>

⁶⁴ Relativi al sottoinsieme CORE per area. Si ricorda che all'interno del Sistema di Garanzia è individuato un sottoinsieme di indicatori, denominato brevemente "CORE", da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso: il confronto del valore raggiunto da ciascun indicatore rispetto a valori standard di riferimento, un punteggio attribuito a ciascun indicatore e un punteggio complessivo per singola macro-area di assistenza attribuito alla Regione per misurare il risultato raggiunto. Con l'obiettivo di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori appartenenti al sottoinsieme CORE, è stata elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcola un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia (ovvero di sufficienza) dell'indicatore.

Articolo 7

(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale 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.

Il **comma 1** stabilisce che i **compensi** erogati per lo svolgimento delle **prestazioni aggiuntive** di cui all'articolo 89, comma 2, del [CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019-2021](#), del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge di bilancio 2024 ([legge n. 213 del 2023](#)), 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%**.

Nella relazione tecnica il Governo sostiene che tale aliquota si sostituisce a quella marginale del 43% applicabile secondo il regime Irpef ordinario (si veda il box seguente).

Ai sensi del **comma 2**, i compensi erogati per lo svolgimento delle **prestazioni aggiuntive** di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del [CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021](#), rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio 2024, sono soggetti a una **imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito** delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al **15%**.

Nella relazione tecnica il Governo sostiene che tale aliquota si sostituisce a quella marginale del 35% applicabile secondo il regime Irpef ordinario (si veda il box seguente).

L'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2023, convertito in legge n. 56 del 2023, al comma 1, ha previsto che, per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale SSN e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, per l'anno 2023 le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale SSN, possono ricorrere:

- per il **personale medico**, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL dell'Area sanità del 19 dicembre 2019, per le quali la **tariffa oraria** fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga

alla contrattazione, può essere aumentata fino a **100 euro lordi onnicomprensivi**, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione;

- per il **personale infermieristico**, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del CCNL — triennio 2019-2021 relativo al personale del comparto sanità, per le quali la **tariffa oraria** può essere aumentata fino a **50 euro lordi onnicomprensivi**, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

Va ricordato inoltre che l'articolo 115 del CCNL dell'Area sanità del 19 dicembre 2019 disciplina le tipologie di attività libero professionale intramuraria, includendo (comma 2) nell'ambito di disciplina delle stesse (e più in particolare in quelle di cui alla lettera d)⁶⁵ del comma 1) le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle Aziende o Enti ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico od impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipes* interessate e nel rispetto delle direttive nazionali e regionali in materia.

Il richiamato articolo 24, comma 6, del medesimo contratto dispone, tra l'altro, che, nel caso in cui sia stata concordata con l'*équipe* interessata l'applicazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive (di cui all'articolo 115, comma 2), la misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di euro **60,00 lordi onnicomprensivi**.

Infine l'articolo 7 del citato CCNL prevede che le Regioni possano emanare linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa, in una serie di ambiti tra i quali, alla lettera d) richiamata dalla disposizione in commento, quello delle prestazioni aggiuntive del personale.

L'imposta sul reddito delle persone fisiche – Irpef

L'imposta sul reddito delle persone fisiche – Irpef, è regolata dal Testo unico delle imposte sui redditi ([D.P.R. n. 917 del 1986](#)). Essa si applica sui redditi che rientrano in alcune categorie individuate dalla legge (redditi fondiari, redditi di capitale, redditi di lavoro dipendente, redditi di lavoro autonomo, redditi di impresa, redditi diversi) ed è una **imposta progressiva** in quanto colpisce il reddito, con **aliquote** che dipendono dagli **scaglioni** di reddito stesso. L'imponibile e l'imposta da versare sono determinati, rispettivamente, al netto degli oneri deducibili e delle detrazioni per oneri.

Tale impostazione generale è rimasta immutata, anche a seguito delle **modifiche sostanziali apportate ad aliquote e scaglioni dalla legge di bilancio 2022** (articolo 1, commi 2-7 della legge n. 234 del 2021).

Per effetto di tali modifiche, il sistema prevede **quattro scaglioni** di reddito con **altrettante aliquote**, secondo il seguente schema:

- fino a 15.000 euro, 23%;
- da 15.000,01 a 28.000 euro, 25%;

⁶⁵ La lettera d) del citato comma 1 riguarda la “partecipazione a proventi di attività professionali a pagamento richieste da terzi (utenti singoli, associati, aziende o enti) all'Azienda o Ente anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, d'intesa con le *équipes* dei servizi interessati.

- da 28.000,01 a 50.000 euro, 35%;
- oltre 50.000 euro, 43%.

La progressività dell'imposta è altresì garantita dalla presenza di un complesso sistema di **detrazioni e deduzioni**, stratificatosi nel tempo.

A tale sistema occorre altresì aggiungere le **addizionali regionali e comunali all'Irpef**, che si applicano al reddito complessivo determinato ai fini Irpef e devono essere versate se, per l'anno di riferimento, risulta dovuta l'Irpef.

È prevista una **no tax area**, derivante dall'applicazione delle diverse detrazioni per lavoro dipendente o pensione o da lavoro autonomo, che sono decrescenti al crescere del reddito.

La *no tax area* varia a seconda delle diverse categorie di contribuenti: è pari a circa 8.174 euro per i lavoratori dipendenti, a circa 8.500 per i pensionati, a 5.500 per i lavoratori autonomi. L'azzeramento dell'Irpef porta con sé quello delle relative addizionali regionale e comunale.

Il quadro attuale contempla la possibilità per le regioni e i comuni di applicare **addizionali** alla base imponibile dell'Irpef, scegliendo tra l'applicazione di un'aliquota proporzionale e l'utilizzo degli stessi scaglioni dell'imposta erariale.

Il legislatore degli ultimi anni è intervenuto sulla disciplina dell'Irpef -soprattutto a seguito delle istanze provenienti dalle istituzioni europee- principalmente per ridurre il cd. cuneo fiscale (imposizione fiscale e contributiva sul lavoro) e rilanciare i consumi. Parallelamente, gli interventi sull'Irpef hanno perseguito finalità ulteriori, quali il riordino delle agevolazioni e il rilancio di specifici settori economici. A tale scopo il legislatore si è concentrato sul sistema di deduzioni e detrazioni sopra menzionate, lasciando immutate sia la struttura, sia i presupposti generali dell'imposta.

Per una illustrazione esaustiva del sistema di tassazione in Italia, si rinvia al relativo [Dossier](#) dei Servizi studi della Camera e del Senato.

I **commi 3 e 4** recano la **quantificazione degli oneri** derivanti dall'attuazione dei commi 1 e 2.

In particolare, gli oneri associati al comma 1 sono valutati in:

- 72,8 milioni di euro per l'anno 2024,
- 131,5 milioni per il 2025,
- 135,9 milioni per il 2026 e
- 135,6 milioni annui a decorrere dal 2027.

Gli oneri associati al comma 2 sono valutati in:

- 15,6 milioni di euro per l'anno 2024,
- 28,8 milioni per il 2025,
- 30 milioni per il 2026 e
- 29,9 milioni annui a decorrere dal 2027.

Gli **oneri complessivamente derivanti** dall'attuazione dei commi 1 e 2 sono pertanto valutati in:

- 88,4 milioni di euro per l'anno 2024,
- 160,3 milioni per il 2025,
- 165,9 milioni per il 2026 e

- 165,5 milioni annui a decorrere dal 2027.

Il **comma 5** precisa 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 (8 giugno 2024). Inoltre, 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, come modificato dal Senato**, reca l'indicazione delle **fonti di copertura finanziaria** degli oneri di cui ai commi 3 e 4, stabilendo che si provveda:

- a) quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente per **reiscrizione in bilancio di residui passivi perenti eliminati**, in coerenza con gli obiettivi programmati di finanza pubblica, come previsto dal comma 5 dell'articolo 34-ter della legge di contabilità e finanza pubblica ([legge n. 196 del 2009](#)), iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024 – 2026.

In proposito si ricorda che i residui delle spese correnti non pagati entro il terzo esercizio successivo a quello cui si riferiscono si intendono perenti – cioè non più disponibili – agli effetti amministrativi. I residui delle spese in conto capitale possono essere mantenuti in bilancio fino a che permanga la necessità delle spese per cui gli stanziamenti vennero istituiti e, in ogni caso, non oltre il settimo esercizio successivo a quello in cui fu iscritto l'ultimo stanziamento. Si osserva che i residui passivi perenti, eliminati dal bilancio, possono essere riscritti in conto competenza sui pertinenti capitoli degli esercizi successivi quando sorga la necessità del loro pagamento, richiesto dai creditori, e sempre che i diritti di questi non siano prescritti.

- b) quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente utilizzo delle somme derivanti dalle **sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato** versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge finanziaria 2001 ([legge n. 388 del 2000](#)), 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 per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico** iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge di bilancio 2019 ([legge n. 145 del 2018](#));
- d) quanto a 32 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'**autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici**, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici

ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni di cui all'articolo 2, comma 361, della legge finanziaria 2008 ([legge n. 244 del 2007](#));

- 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 di bilancio 2024**. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Il menzionato comma 246 della legge di bilancio 2024 dispone la destinazione di 240 milioni di euro per l'anno 2025 e di 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli **obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della [legge n. 662 del 1996](#), recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

I predetti commi 34 e 34-*bis* trattano, più in dettaglio, di progetti e di procedure per l'erogazione di acconti per la loro realizzazione, riguardanti la tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA.

Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophilus influenzae e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica. La procedura di erogazione dell'acconto prevista all'art. 34-*bis*, volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Articolo 7-bis
(Clausola di salvaguardia)

L'**articolo 7-bis, introdotto nel corso dell'esame al Senato**, 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 7-bis, introdotto nel corso dell'esame al Senato**, stabilisce 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.

La previsione in commento stabilisce quindi che le disposizioni legislative che vengono introdotte non sono idonee a disporre in senso difforme a quanto previsto negli statuti speciali di regioni e province autonome (si tratta pertanto di una clausola a salvaguardia dell'autonomia riconosciuta a tali autonomie territoriali). Tale inidoneità, che la previsione esplicita, trae origine dal rapporto fra le fonti giuridiche coinvolte e, nello specifico, dall'impossibilità che norme di rango primario possano legittimamente incidere sul quadro delle competenze definite dagli statuti (che sono adottati con legge costituzionale, fonte di grado superiore) e dalle relative norme di attuazione (il cui ambito di competenza è anch'esso previsto da norme statutarie di rango costituzionale). Le norme di rango primario si applicano pertanto solo in quanto non contrastino con le speciali attribuzioni di tali enti (in questo senso si vedano Corte costituzionale n. 20 del 1956, n. 180 del 1980, n. 237 del 1983, n. 212 del 1984, n. 160 del 1985, n. 213 del 1998, n. 341 del 2001, n. 353 del 2001, n. 51 del 2006, n. 82 del 2015, n. 198 del 2018, n. 31 del 2019 e n. 63 del 2023).

Al riguardo si rileva che, anche recentemente la Corte costituzionale ha ribadito tali conclusioni, affermando in particolare ancora una volta che le norme di attuazione degli statuti speciali si basano su un potere attribuito dalle norme costituzionali degli statuti medesimi in via permanente e stabile, e sono dotate di competenza «riservata e separata» rispetto a quella esercitabile dalle ordinarie leggi della Repubblica (si vedano da ultimo Corte costituzionale n. 120 del 2024 e n. 9 del 2024).

La clausola di salvaguardia è costantemente inserita nei provvedimenti legislativi che intervengono su ambiti materiali ascrivibili alle competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome, al fine di rendere più agevole l'interpretazione delle norme introdotte, con un effetto potenzialmente deflattivo del contenzioso costituzionale. La mancata previsione della clausola potrebbe infatti indurre una o più autonomie speciali ad adire la Corte costituzionale nel dubbio sull'applicabilità nei propri confronti di una determinata disposizione.

La presenza di una siffatta clausola tuttavia non esclude *a priori* la possibilità che una o più norme del provvedimento legislativo possano contenere disposizioni lesive delle autonomie speciali, "*allorquando tale clausola entri in contraddizione con quanto testualmente affermato dalle norme impugnate, che facciano esplicito riferimento alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome*"⁶⁶.

La lettera della disposizione in commento coincide, in linea di massima, con la formulazione ormai consolidata della clausola di salvaguardia⁶⁷. Manca peraltro il riferimento generale - solitamente presente nelle clausole di salvaguardia - anche alla legge costituzionale n. 3 del 2001 con il quale si ribadisce quanto previsto dall'articolo 10 della citata legge costituzionale, e cioè che le disposizioni della medesima si applicano anche alle regioni e alle province ad autonomia speciale nelle ipotesi in cui prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite. Viene, invece, inserita una precisazione ulteriore, specificamente attinente alla materia sanitaria e ai limiti costituzionali relativi alla medesima per le competenze delle regioni e delle province ad autonomia speciale prevedendo in modo esplicito che, nel provvedere ad applicare le disposizioni del decreto legge in conversione compatibilmente con i propri statuti e con le relative norme di attuazione, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno comunque assicurare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale⁶⁸.

⁶⁶ Si veda Corte costituzionale n. 78 del 2020. Sul tema si vedano altresì Corte costituzionale n. 40 del 2016, n.156 del 2015 e n. 77 del 2015.

⁶⁷ Si vedano ad esempio, da ultimo, l'articolo 23-bis del decreto legge n. 145 del 2023, l'articolo 30 del decreto legislativo n. 148 del 2023, l'articolo 1, comma 3, della legge n. 190 del 2023, l'articolo 1, comma 513, della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024), l'articolo 44-sexies, comma 1, del decreto legge n. 19 del 2024, l'articolo 9-ter del decreto legge n. 39 del 2024, l'articolo 37-bis del decreto legge n. 60 del 2024 e l'articolo 1, comma 3, del decreto legge n. 84 del 2024.

⁶⁸ Si veda Corte costituzionale n. 190 del 2022 (punto 7.1 del "Considerato in diritto"). Si vedano anche Corte costituzionale n. 174 del 2020 e n. 231 del 2017.

Articolo 8 *(Entrata in vigore)*

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

Il decreto-legge è dunque vigente dall'**8 giugno 2024**.

Si ricorda che, ai sensi dell'**articolo 1** del disegno di legge di conversione del presente decreto, quest'ultima legge (insieme con le modifiche apportate al decreto in sede di conversione) entra in vigore il giorno successivo a quello della propria pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.