

Région Autonome  
Vallée d'Aoste



Regione Autonoma  
Valle d'Aosta

Assessorat de la Santé,  
du Bien-être et  
des Politiques sociales  
Assessorato Sanità, Salute  
e Politiche sociali

<

Réf. n° - Prot. n.  
V/ réf. - Vs. rif.

Aoste / Aosta

Ai Sig.ri  
Bruno ALBERTINELLI  
Antonio FUGGETTA  
FEDERCONSUMATORI APS  
Valle d'Aosta  
PEC: [federconsumatori.vda@pec.it](mailto:federconsumatori.vda@pec.it)

Al Sig.  
Graziano TACCHELLA  
Alla Sig.ra  
Eleine KRIEGER GARCIA  
CGIL Valle d'Aosta  
PEC: [segretariocgilvda@pec.it](mailto:segretariocgilvda@pec.it)

Alla Sig.ra Rosita GUIDO  
AVCU Valle d'Aosta  
PEC: [avucu@legalmail.it](mailto:avucu@legalmail.it)

Al Sig.  
Claudio ALBERTINELLI  
SAVT  
PEC: [savt@legalmail.it](mailto:savt@legalmail.it)

Al Sig.  
Martino CRISTOFERI  
CODACONS Valle d'Aosta  
PEC: [codacons.vda@pec.it](mailto:codacons.vda@pec.it)

Al Sig. Enzo BERTHOD  
ADICONSUM Valle d'Aosta  
PEC: [adiconsumvalledaosta@pcert.postecert.it](mailto:adiconsumvalledaosta@pcert.postecert.it)

Alla Sig.ra Annunziata PISANTI  
UIL Valle d'Aosta  
PEC: [cspaosta@pecert.uil.it](mailto:cspaosta@pecert.uil.it)

Al Sig. Jean DONDEYNAZ  
CISL Valle d'Aosta  
PEC: [segreteria@pec.cislvda.it](mailto:segreteria@pec.cislvda.it)

.....  
Département de la Santé et du Bien-être  
Programmation socio-sanitaire et assistance hospitalière  
Dipartimento Sanità e Salute  
Programmazione socio-sanitaria e assistenza ospedaliera

11010 Aoste  
30, Rue De Tillier  
téléphone +39 0165274218  
télécopie +39 0165274300  
C.F. 80002270074

11010 Aosta  
Via De Tillier, 30  
telefono +39 0165274218  
telefax +39 0165274300

La referente: Patrizia Vittori  
Tel. 0165 274237  
e-mail: [p.vittori@regione.vda.it](mailto:p.vittori@regione.vda.it)

Posta PEI: [sanita@regione.vda.it](mailto:sanita@regione.vda.it)  
Posta PEC: [sanita\\_politichesociali@pec.regione.vda.it](mailto:sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it)  
[www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it)



Al Sig.  
Nicola PAU  
ADOC Valle d'Aosta  
PEC: [adocvda@pec.it](mailto:adocvda@pec.it)

Alla Sig.ra  
Lorella ZANI  
c/o CSV Valle d'Aosta  
Al Sig.  
Alessandro FUSARO  
c/o CSV Valle d'Aosta  
PEC: [coordinamentosolidarieta@legalmail.it](mailto:coordinamentosolidarieta@legalmail.it)

**Oggetto:** Trasmissione del Provvedimento dirigenziale n. 5139 in data 25.9.2024 concernente la nomina dei componenti dell'Osservatorio regionale sulle liste di attesa di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 503 del 19 aprile 2019.

Facendo seguito alle comunicazioni intercorse, con riferimento all'oggetto, si trasmette il Provvedimento dirigenziale n. 5139 del 25 settembre 2024, con il quale sono stati nominati i componenti dell'Osservatorio regionale sulle liste di attesa di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 503 del 19 aprile 2019, a seguito delle modifiche apportate alla composizione dell'organismo dalla deliberazione della Giunta regionale n. 715 del 21 giugno 2024.

Considerato che tra le funzioni dell'organismo vi sono l'esame e la valutazione dei dati relativi ai tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e dei ricoveri programmati anche ai fini della formulazione di proposte e strategie dirette al superamento delle situazioni di criticità, per consentire una partecipazione ai lavori qualificata e informata, si allegano alcuni documenti utili in vista della riunione di insediamento che sarà convocata entro la fine del mese di novembre. Nello specifico si allega:

- Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019 - 2021 (ancora in vigore)
- DGR n.919 /2024 (Piano Operativo Liste di Attesa ricoveri programmati)
- DL n.73/2024, convertito, con modificazioni, dalla legge 107/2024.

La DGR n. 503/2019, certamente nota ai componenti l'Osservatorio, non è stata allegata in previsione delle modifiche che si renderanno necessarie per il pieno recepimento del DL n.73/2024, convertito, con modificazioni, dalla legge 107/2024 di recente approvazione.

Ringraziando per l'attenzione si informa che, alla presente, seguirà formale comunicazione della prima convocazione dell'Osservatorio regionale sulle liste di attesa.

Distinti saluti.

La dirigente  
della Struttura Programmazione  
socio sanitaria e assistenza ospedaliera  
- Ester RONZANI -  
(documento firmato digitalmente)

All: c.s.



ESTER RONZANI  
REGIONE AUTONOMA  
VALLE D'AOSTA  
DIRIGENTE  
04.10.2024 09:23:01  
GMT+01:00

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE  
Renzo TESTOLIN

IL DIRIGENTE ROGANTE  
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 6 agosto 2024

In Aosta, il giorno sei (6) del mese di agosto dell'anno duemilaventiquattro con inizio alle ore sette e trentacinque minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n.1,

---

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal \_\_\_\_\_ per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n 25.

Aosta, li

IL DIRIGENTE  
Massimo BALESTRA

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

**Il Presidente della Regione Renzo TESTOLIN**

e gli Assessori

**Luigi BERTSCHY - Vice-Presidente**

**Luciano CAVERI**

**Giulio GROSJACQUES**

**Jean-Pierre GUICHARDAZ**

**Carlo MARZI**

**Davide SAPINET**

Si fa menzione che l'Assessore Marco CARREL è assente.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Struttura provvedimenti amministrativi, Sig. Massimo BALESTRA

È adottata la seguente deliberazione:

N. **919** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA (POLA) PER L'ANNO 2024, AI SENSI DELLA LEGGE 213/2023.

L'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Carlo MARZI, riferisce che, in conseguenza dell'emergenza pandemica da Covid-19, tutte le attività sanitarie oggetto di monitoraggio da parte delle disposizioni relative all'abbattimento delle liste d'attesa ed al recupero delle prestazioni programmate arretrate (ricoveri, prestazioni di specialistica ambulatoriale, screening) hanno subito un'importante riduzione dei volumi rispetto alla domanda, situazione peggiorata sia dalla grave carenza di personale sanitario, medico e infermieristico diffusa in tutto il Paese e maggiormente sentita nelle aree disagiate e con ridotta attrattività per gli specialisti sia, parallelamente, dall'incremento della domanda di assistenza sanitaria.

Richiama la deliberazione n. 91 del 30 gennaio 2022, con la quale la Giunta regionale ha approvato il Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa (POLA) per l'anno 2022, aggiornato con la deliberazione della Giunta regionale n. 399 dell'11 aprile 2022.

Richiama, altresì, la deliberazione della Giunta regionale n. 826 del 24 luglio 2023, con la quale è stato approvato l'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa (POLA) per l'anno 2023.

Dà atto che, allo scopo di migliorare le strategie di governo delle liste di attesa, sono state impartite all'Azienda USL una serie di indicazioni, da ultimo con la deliberazione della Giunta regionale n. 1105 del 29 settembre 2023, avente ad oggetto l'approvazione di indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e assegnazione all'Azienda USL della Valle d'Aosta, del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti, determinato con legge regionale n. 32/2022, con la quale, nello specifico, è stato richiesto all'Azienda USL di ottemperare a quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1300/2021, che ha recepito l'Accordo del 9 luglio 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" (Rep. Atti n. 100/CSR), aggiornando le procedure in essere nell'ambito del percorso del paziente chirurgico programmato, attraverso:

- la definizione di una governance aziendale con funzioni di controllo e di governo del processo che predisponga un'analisi di impatto organizzativo e un cronoprogramma che stabilisca le fasi di attuazione;
- l'identificazione delle funzioni e delle responsabilità dei singoli professionisti coinvolti nel processo riorganizzativo;
- la messa a punto di una procedura informatizzata centralizzata per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri, come già stabilito con DGR 503/2019.

Richiama:

- la legge regionale 21 dicembre 2023, n. 27 e, in particolare, l'articolo 3, il quale dispone che, al fine di favorire la completa attuazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa, possono essere autorizzate e accreditate, per l'esercizio di attività polispecialistica di chirurgia generale, per un periodo massimo di tre anni, anche strutture sanitarie ospedaliere mono-specialistiche che non raggiungono la soglia minima di posti letto stabilita dal Decreto ministeriale n. 70/2015;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 365 in data 8 aprile 2024, con la quale sono state approvate le modalità applicative delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1, della citata legge regionale n. 27/2023 relative agli standard di qualità delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
- il provvedimento dirigenziale n. 3045 in data 7 giugno 2024, avente ad oggetto "*Modifica dell'autorizzazione rilasciata con DGR n. 1880 in data 28 dicembre 2017, alla struttura sanitaria ISAV S.p.A. "Casa di cura privata ospedaliera mono specialistica ortopedica per un totale di 80 posti letto di acuzie e di riabilitazione post-acuzie", sita nel comune di Saint- Pierre,*

località Breyan 1, per l'attivazione di n. 6 posti letto aggiuntivi (posti letto totale n. 86) dedicati ad attività sanitaria polispecialistica di chirurgia generale in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 365 in data 8 aprile 2024”;

- il provvedimento dirigenziale n. 3576 in data 4 luglio 2024, avente ad oggetto “Modifica temporanea dell’accreditamento rilasciato alla struttura sanitaria ISAV S.p.A. “casa di cura privata ospedaliera mono specialistica ortopedica” a seguito dell’attivazione di n. 6 posti letto aggiuntivi (82 posti letto totali) dedicati ad attività sanitaria polispecialistica di chirurgia generale in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 365 in data 8 aprile 2024”.

Richiama inoltre la legge 30 dicembre 2023, n. 213 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026), e in particolare l’articolo 1, comma 232, il quale dispone che “Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d’attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste dai commi da 218 a 222 del presente articolo e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all’articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dal comma 233 del presente articolo. Per l’attuazione delle finalità di cui al presente comma 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”.

Dà atto che, con nota prot. n.26886 del 15 marzo 2024, l’Azienda USL ha rendicontato le attività dirette al recupero delle liste d’attesa, in esecuzione del POLA per il 2023 approvato con la citata deliberazione n. 826 del 24 luglio 2023, da cui è emerso:

- il completo recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle attività di screening riferite agli anni 2020, 2021 e 2022;
- il parziale recupero, per il medesimo periodo, degli interventi chirurgici, come riportato nella seguente tabella, cui si sono aggiunti gli interventi non eseguiti nel corso del 2023:

	Fabbisogno iniziale	I SEMESTRE (eseguiti + cancellati)	II SEMESTRE (eseguiti + cancellati)	ANCORA SOSPESI AL 31 DIC 2023	% di recupero effettuato
<b>RICOVERI 2020/2021</b>	1.498	686	222	590	60,61 %
<b>RICOVERI 2022</b>	2.540	1.206	541	793	68,78 %

Richiama la deliberazione della Giunta regionale n. 405 in data 15 aprile 2024, con la quale sono stati approvati gli indirizzi all’Azienda USL per l’utilizzo delle somme previste dall’articolo 1, commi 218, 219 e 220, della legge n. 213/2023, che ha stabilito che le relative somme sono da destinare al finanziamento delle prestazioni aggiuntive del personale medico e del personale sanitario del Comparto Sanità per affrontare la carenza di personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza.

Dà atto che, tenuto conto che con la citata DGR 405/2024 le somme di cui ai commi 218, 219 e 220 sono state destinate ad affrontare la carenza di personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza, per le attività di recupero delle liste d’attesa potrà conseguentemente essere utilizzata, come previsto dal suddetto comma 232, 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.

Dà altresì atto, come riferito dai competenti uffici regionali, che poiché la Regione provvede al finanziamento del servizio sanitario regionale con oneri a carico del proprio bilancio, ai sensi dell’articolo 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, il predetto livello di finanziamento indistinto per la Valle d’Aosta corrisponde a un fabbisogno che, stimato sull’anno 2024, si attesta

complessivamente a Euro 271.314.841,00, da cui il valore del suddetto 0,4% corrisponde a un limite massimo di risorse pari a Euro 1.085.259,36, da individuarsi nell'ambito del finanziamento per l'anno 2024 già assegnato all'Azienda USL della Valle d'Aosta, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 1105/2023, per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Richiama l'articolo 3, comma 10, del decreto-legge 7 giugno 2023, n. 73, il quale ha stabilito che le medesime risorse sono utilizzate anche per l'attivazione dei cosiddetti "percorsi di tutela" attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, alle prestazioni aggiuntive e al privato accreditato.

Riferisce che, con note prot. n. 2933/SAN in data 12 aprile 2024 e prot. n. 5012/SAN del 26 giugno 2024, la Dirigente della struttura Programmazione socio-sanitaria e assistenza ospedaliera dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali ha richiesto all'Azienda USL di effettuare una nuova attività di analisi e di aggiornamento delle liste d'attesa, eliminando le prestazioni già evase e quelle non più necessarie e di trasmettere un aggiornato Piano operativo di recupero delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici, anche attraverso l'applicazione delle sopra citate disposizioni di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n.213/2023, che consentono di avvalersi di strutture private accreditate in deroga ai limiti di cui al d.l. 95/2012, con priorità per gli interventi ancora in lista relativi agli anni 2020, 2021 e 2022 non ancora eseguiti.

Dà atto che con le predette note, considerato che in Valle d'Aosta è operante una sola struttura ospedaliera privata accreditata, mono specialistica di ortopedia, è stato richiesto all'Azienda USL di valutare, nella predisposizione del Piano operativo sopra citato:

- l'eventuale ricorso a tale struttura ai fini dell'esecuzione di interventi di chirurgia ortopedica diretti al recupero delle liste d'attesa dell'Ospedale regionale U. Parini, con l'indicazione del numero degli interventi per i periodi presi in considerazione (2020/2021, 2022, 2023);
- l'eventuale incremento, per l'anno 2024, della spesa da destinare all'esecuzione, da parte della struttura ospedaliera privata accreditata ISAV S.p.a. di Saint-Pierre, di interventi chirurgici di ortopedia a favore di residenti valdostani - stabilita in Euro 2.600.000 dall'allegato C della deliberazione della Giunta regionale n. 1105 in data 29 settembre 2023 - di un'ulteriore somma di Euro 300.000, in applicazione della deroga prevista dal citato art. 1, comma 232, della legge n. 213/2023, anche per contenere la mobilità passiva e considerato che il fabbisogno storico di ricorso al privato accreditato per l'esecuzione di interventi di chirurgia ortopedica a favore dei residenti espresso annualmente dall'Azienda USL negli ultimi anni è stato sempre aggiornato, attestandosi su una cifra superiore ai 2.600.000, come risulta, da ultimo, dalla nota dell'Azienda USL prot. n.110136 del 12 dicembre 2023;
- la stima del numero di interventi e della relativa spesa, considerato l'importo massimo a valere sullo 0,4% di cui sopra.

Riferisce che, con nota prot. n.48399 in data 21 maggio 2024, integrata con nota prot. n.63665 in data 5 luglio 2024 e rettificata con nota prot. n. 69949 del 25 luglio 2024, l'Azienda USL ha trasmesso il Piano Operativo Aziendale per il recupero delle Liste di attesa per l'anno 2024 con le prestazioni di ricovero ospedaliero non ancora erogate del 2020/2021, del 2022 e del 2023, dopo un puntuale e analitico processo di pulizia delle liste, eliminando sia le richieste già evase, sia le richieste non più necessarie per rivalutazione clinica, mobilità sanitaria o decesso, impegnandosi al completo recupero delle stesse entro la data del 31.12.2024 e comunicando che lo stato dei ricoveri chirurgici ancora in attesa e fuori tempo massimo rispetto alla codifica di urgenza, aggiornato alla data del 15 aprile 2024 è il seguente:

Anno di riferimento	ANCORA SOSPESI AL 15/04/2024
2020/2021	432
2022	450
2023	1295

Riferisce altresì che l'Azienda USL, con la citata nota prot. n. 63665 in data 5 luglio 2024, ha confermato la necessità di avvalersi, almeno nel breve periodo, del supporto della struttura privata accreditata, considerata la carenza cronica di personale ospedaliero, in particolare del comparto sanitario, che non consente di implementare il numero di posti letto di ricovero e delle sedute operatorie presso l'Ospedale regionale U. Parini per raggiungere efficacemente l'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati ed ha pertanto comunicato:

- una stima del numero degli interventi di chirurgia generale e di chirurgia ortopedica di pazienti in lista provenienti dalle liste d'attesa dell'Ospedale regionale U. Parini e dalla struttura sanitaria ISAV S.p.A. di Saint-Pierre, da affidare alla menzionata struttura privata accreditata per l'esecuzione di interventi di chirurgia ortopedica e, nel frattempo, accreditata anche per gli interventi di chirurgia generale, in forza degli atti sopra richiamati;
- una stima del costo complessivo degli interventi di chirurgia generale e di chirurgia ortopedica di pazienti in lista provenienti dalle liste d'attesa dell'Ospedale Parini da fare eseguire al soggetto privato accreditato entro la fine del 2024, per un ammontare massimo di Euro 326.971;
- la volontà di incrementare di euro 300.000 la spesa per interventi chirurgici di ortopedia a favore di residenti valdostani affidati al privato accreditato originariamente prevista in Euro 2.600.000 dall'allegato C della deliberazione della Giunta regionale 1105/2023.

Dà atto che, secondo quanto riferito dai competenti Uffici regionali, gli importi sopra indicati, per una somma complessiva di Euro 626.971, da destinare all'esecuzione di interventi chirurgici per lo smaltimento delle liste d'attesa attraverso il ricorso al soggetto privato accreditato, non rientrano nei limiti di spesa previsti dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 e definiti a livello regionale, anche in applicazione dell'articolo 39bis della legge regionale 5/2000, dall'allegato C della deliberazione della Giunta regionale n. 1105/2023, considerata la deroga prevista per il 2024 dall'articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023 per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, ma rientrano nello 0,4% di cui al comma 232 stesso.

Ritiene pertanto di procedere all'approvazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa (POLA) dei ricoveri chirurgici per l'anno 2024, ai sensi dell'articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023, Allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante, predisposto sulla base dei dati trasmessi dall'Azienda USL con le note sopra menzionate.

Ritiene opportuno stabilire che l'Azienda USL dovrà rendicontare, secondo le modalità comunicate dalle strutture regionali competenti a seguito dell'approvazione della presente deliberazione, l'attività di recupero delle prestazioni sopra rappresentate e l'utilizzo delle risorse, entro la data del 31 gennaio 2025.

Riferisce che il Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa (POLA) dei ricoveri chirurgici per l'anno 2024 è coerente con l'obiettivo strategico MA 3.5 del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022/2025, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n.2604 del 22 giugno 2023, ed è anche propedeutica all'obiettivo specifico indicato nella scheda n.21 del Piano Operativo Annuale (POA) 2024 del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022/2025, approvato con deliberazione della Giunta regionale n.622 del 3 giugno 2024.

## LA GIUNTA REGIONALE

preso atto di quanto riferito dall'Assessore alla sanità, salute, e politiche sociali, Carlo MARZI;

richiamata la propria deliberazione n. 1558 in data 28 dicembre 2023 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2024/2026 e delle connesse disposizioni applicative, come da ultimo adeguati con deliberazione della Giunta regionale n. 296 in data 25 marzo 2024;

considerato che i competenti uffici della Struttura programmazione socio-sanitaria e assistenza ospedaliera hanno verificato che eventuali maggiori oneri che possono derivare dalle disposizioni di cui alla proposta della presente deliberazione sono a carico del bilancio dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1545 in data 22 dicembre 2023;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla Dirigente della Struttura programmazione socio-sanitaria e assistenza ospedaliera, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla Sanità, salute e politiche sociali, Carlo MARZI;

ad unanimità di voti favorevoli,

### D E L I B E R A

1. di approvare il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa (POLA) dei ricoveri chirurgici per l'anno 2024, ai sensi dell'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante;
2. di stabilire che una parte del finanziamento già assegnato all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'anno 2024 per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 1105/2023, pari ad un importo massimo di euro 626.971,00, è da utilizzarsi, per il ricorso al soggetto privato accreditato, nell'ambito del POLA, di cui al punto 1, secondo le modalità ivi stabilite e da impiegarsi entro il 31 dicembre 2024, utilizzando la deroga e i limiti di spesa previsti dall'articolo 1, comma 232, della legge 213/2023;
3. di stabilire che le risorse di cui al punto 2 non sono pertanto da ricomprendersi nei tetti massimi di spesa di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1105, *Allegato C*, pur sempre garantendo l'Azienda USL della Valle d'Aosta il rispetto dell'equilibrio complessivo di bilancio;
4. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta rendiconti l'attuazione del POLA 2024 di cui al punto 1, secondo le modalità comunicate dalle strutture regionali competenti a seguito dell'approvazione della presente deliberazione, con riferimento all'attività di recupero delle prestazioni sopra rappresentate e al conseguente utilizzo delle risorse, entro la data del 31 gennaio 2025;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta nuove o maggiori spese a carico del bilancio regionale;
6. di dare atto che eventuali maggiori oneri derivanti dalla presente deliberazione trovano copertura nell'ambito e nei limiti del bilancio dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.





---

**PIANO OPERATIVO REGIONALE  
PER IL RECUPERO  
DELLE LISTE DI ATTESA DEI  
RICOVERI OSPEDALIERI  
2024**

---

## Premessa

La situazione della Valle d'Aosta rispetto alle prestazioni sospese a causa della pandemia e non erogate al 31 dicembre 2023 è quella di cui al monitoraggio del II semestre 2023 inviato al Ministero in data 15 marzo 2024 a seguito di rendicontazione aziendale e che le attività che risultano essere non completamente recuperate fanno riferimento unicamente ai ricoveri per interventi chirurgici programmati, in quanto le prestazioni di specialistica ambulatoriale compresa la diagnostica, e di screening, sono state completamente recuperate come da rendicontazione dell'Azienda USL.

Il presente documento aggiorna per la parte dei ricoveri ospedalieri la situazione di recupero delle liste di attesa dei precedenti Piani Operativi Regionali per il recupero delle Liste di Attesa (POLA) approvati, in successione:

- con la DGR n. 91 del 30/01/2022 *“Approvazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2022 redatto ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 e aggiornato dal D.L. 73/2021, prorogato dalla Legge n. 234/2021”*
- con la DGR n. 399 dell'11/04/2022, *“Approvazione dell'aggiornamento del Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2022, approvato con DGR 91/2022, in applicazione delle linee guida trasmesse dal Ministero della salute, in data 24 gennaio 2022. Modificazioni all'obiettivo 1.1 approvato con DGR n. 78/2022”*
- con la DGR n. 826 del 24/07/2023 *“Approvazione dell'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023 di cui all'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ai sensi del D.L. 198/2022 convertito con la legge n.14/2023”*

Il documento illustra gli esiti del monitoraggio dell'attività di recupero avvenuto nel corso dell'anno 2023 delle prestazioni non erogate nel biennio 2020/2021, di quelle del 2022 e di quelle generate, ma non erogate, nel corso del 2023.

Il presente Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa (POLA) descrive, inoltre, le analisi relative, rispettivamente, alla “domanda” e all’“offerta” di prestazioni, individuando le conseguenti azioni da adottare, finalizzate al recupero delle prestazioni arretrate e alla conseguente riduzione dei tempi di attesa delle stesse, oltre che al potenziamento preventivo dell’offerta per alcune determinate prestazioni con caratteristiche specifiche di criticità, anche tenendo conto delle nuove disposizioni di cui all’articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, come di seguito meglio illustrato.

## Il percorso condotto sul recupero delle prestazioni

Il presente POLA si coordina con il Piano Operativo dell'Azienda UsI per il recupero delle liste di attesa trasmesso alla Struttura regionale competente con nota Prot. aziendale n.48399 in data 21 maggio 2024, integrato con nota Prot. 63665 in data 5 luglio 2024 e rettificato con nota Prot. n. 69949 in data 25 luglio 2024.

Gli obiettivi del presente POLA sono ulteriormente avvalorati dalla DGR n. 1105/2023 recanti l’*“Approvazione di indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e assegnazione all’Azienda USL della Valle d’Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti, determinato con L.R. n.32/2022”* in merito a quanto disposto dai rispettivi allegati.

Gli obiettivi assegnati dalla suddetta DGR n. 1105/2023, finalizzati al contenimento delle liste di attesa e al governo della domanda sono di seguito descritti:

- Con riferimento alla DGR n. 1300 in data 18 ottobre 2021 con cui è stato recepito l’Accordo del 9 luglio 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” (Rep. Atti n. 100/CSR si prefigge di rendere efficiente la gestione dell’intero percorso del paziente chirurgico, incrementando anche strumenti di governance e di controllo, al fine di garantire maggiormente la

sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, ponendo particolare attenzione all'equità di accesso alle cure per tutti i cittadini e alle liste di attesa chirurgiche.

Pertanto, la DGR n. 1300/2021, al punto 2. del dispositivo, ha demandato all'Azienda USL della Valle d'Aosta l'attuazione di quanto previsto dall'Accordo del 9 luglio 2020, aggiornando le procedure ad oggi in essere nell'ambito del percorso del paziente chirurgico programmato, attraverso:

1. la definizione di una governance aziendale con funzioni di controllo e di governo del processo che predisponga un'analisi di impatto organizzativo e un cronoprogramma che stabilisca le fasi di attuazione;
2. l'identificazione delle funzioni e delle responsabilità dei singoli professionisti coinvolti nel processo riorganizzativo;
3. la messa a punto di una procedura informatizzata centralizzata per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri, come già stabilito con DGR n. 503/2019.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, ha ottemperato a tale richiesta, inviando, con nota prot. aziendale n. 68818 del 22 luglio 2024 alla struttura regionale competente gli atti aziendali di definizione della governance di cui al punto 1, delle funzioni e responsabilità di cui al punto 2 e lo stato dell'arte della procedura informatizzata di cui al punto 3.

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, con deliberazione del Direttore generale n. 520 del 13/10/2023 ha approvato il nuovo Atto aziendale che prevede, specificatamente per le liste di attesa dei ricoveri, che il coordinamento e la gestione di tali liste compete alla Direzione medica di Presidio.

### Esiti delle attività di monitoraggio Recupero delle prestazioni di ricovero

Gli esiti del monitoraggio dei due semestri dei ricoveri in lista anni **2020/2021**, trasmessi al Ministero competente, rispettivamente, per il I° semestre in data 25 agosto 2023 con Prot. 9498 e per il II° semestre in data 15 marzo 2024 con Prot.2112 sono di seguito rappresentati:

<b>RICOVERI 2020/2021</b>	<b>Fabbisogno iniziale</b>	<b>Recuperati/cancellati al 31.12 2023</b>	<b>% di recupero</b>	<b>Residuo 2020/2021</b>
Priorità A	18	15		3
Priorità B	327	176		151
Priorità C	479	249		230
Priorità D	674	468		206
<b>Totale</b>	<b>1498</b>	<b>908</b>		<b>60,61</b>

Gli esiti del monitoraggio per l'anno **2022** trasmessi al Ministero competente, rispettivamente, per il I° semestre in data 25 agosto 2023 con Prot. 9498 e per il II° semestre in data 15 marzo 2024 con Prot.2112, sono di seguito rappresentati:

<b>RICOVERI 2022</b>	<b>Fabbisogno iniziale</b>	<b>Recuperati/cancellati al 31.12 2023</b>	<b>% di recupero</b>	<b>Residuo 2022</b>
Priorità A	275	259		16
Priorità B	580	403		177
Priorità C da > 180 giorni	253	233		20
Priorità C da < 180 giorni	459	212		247
Priorità D da < 12 mesi	973	615 + 25*		358- 25*
Priorità D da >12 mesi	0	0		0
<i>DRG chir in Day surgery presso ISAV</i>	25*	-		0
<b>Totale</b>	<b>2.540</b>	<b>1747</b>		<b>68,7</b>

## Programma di recupero e miglioramento delle liste di attesa per l'anno 2024: la situazione delle prestazioni arretrate

L'Azienda USL della Valle d'Aosta, con nota Prot. aziendale n. 48399 in data 21 maggio 2024, integrato con nota Prot. 63665 in data 5 luglio 2024 e rettificato con nota Prot. n. 69949 in data 25 luglio 2024, ha proceduto, nell'anno 2024, all'aggiornamento delle prestazioni di ricovero programmato di area chirurgica con una ripartizione per anno di entrata in lista di attesa che è quella di seguito indicata, assicurando il pieno recupero dell'attività chirurgica pregressa dei complessivi 2.177 ricoveri entro la data del 31.12.2024.

Ricoveri 2020/2021	Ancora in lista	Ricoveri 2022	Ancora in lista	Ricoveri 2023	Ancora in lista
Priorità A	<b>3</b>	Priorità A	<b>8</b>	Priorità A	<b>150</b>
Priorità B	<b>137</b>	Priorità B	<b>120</b>	Priorità B	<b>345</b>
Priorità C	<b>138</b>	Priorità C da > 180 giorni	<b>192</b>	Priorità C da > 180 giorni	<b>414</b>
Priorità D	<b>154</b>	Priorità C da < 180 giorni	<b>0</b>	Priorità C da < 180 giorni	<b>7</b>
		Priorità D da > 12 mesi	<b>130</b>	Priorità D da > 12 mesi	<b>374</b>
		Priorità D da < 12 mesi	<b>0</b>	Priorità D da < 12 mesi	<b>5</b>
<b>Totale</b>	<b>432</b>	<b>Totale</b>	<b>450</b>	<b>Totale</b>	<b>1295</b>
<b>Totale complessivo 2.177</b>					

Per l'anno 2024 l'Azienda USL, avvalendosi anche dell'apposita convenzione annuale (DDG n.244 del 30/4/2024) con la struttura mono specialistica privata accreditata ISAV S.p.a. nel frattempo autorizzata anche per la chirurgia generale, ha predisposto il piano di recupero, inclusivo anche dei costi. In particolare, per l'ortopedia e la chirurgia generale si dichiara di recuperare, entro il 31.12.2024, attraverso il ricorso alla struttura mono specialistica di ortopedia privata accreditata utilizzando la deroga e i limiti di spesa previsti dall'art.1, comma 232, della legge n.213/2023 i seguenti ricoveri:

Prestazione	lista	N. interventi da erogare	Costo in Euro
DRG chirurgici 225 (piede)	Ortopedia Osp. regionale	30	46.983,60
DRG chirurgici 503 (ginocchio)	Ortopedia Osp. regionale	20	37.367,40
<b>Totale</b>	<b>Ortopedia Osp. regionale</b>	<b>50</b>	<b>84.351,00</b>

Modalità organizzativa	lista	N. interventi da erogare	Costo in Euro
Committenza da privato accreditato	Ortopedia Osp. regionale	50	<b>84.351,00</b>

Prestazione	lista	N. interventi da erogare	Costo in Euro
DRG chirurgici 160 (ernia ombelicale)	Chirurgia Osp.regionale	30	41.163.00
DRG chirurgici 162 (ernia inguinale)	Chirurgia Osp.regionale	70	81.760.00
DRG chirurgici 158 (emorroidectomia)	Chirurgia Osp.regionale	60	72.120.00
DRG chirurgici 267 (cisti pilonidale)	Chirurgia Osp.regionale	30	47.610.00
<b>Totale</b>	<b>Chirurgia Osp.regionale</b>	<b>190</b>	<b>242.620.00</b>

Modalità organizzativa	lista	N. interventi da erogare	Costo in Euro
Committenza a privato accreditato	Chirurgia Osp. regionale	190	<b>242.620.00</b>

Infine, per il contenimento della mobilità passiva, a seguito della volontà di incrementare di euro 300.000,00 la spesa per interventi chirurgici di ortopedia a favore di residenti valdostani affidati alla

struttura mono specialistica privata accreditata di ortopedia, ISAV S.p.a. di Saint-Pierre, originariamente prevista in euro 2.600.000 dall'allegato C della DGR n.1105/2023, assegnando una quota parte del finanziamento già trasferito all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'anno 2024 per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - ai sensi della medesima DGR n.1105/2023 - utilizzando la deroga e i limiti di spesa previsti dall'articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023, saranno recuperati entro il 31 dicembre 2024 i seguenti ulteriori ricoveri:

Prestazione	lista	In lista anno/ priorità	N. interventi da erogare	Costo in Euro
DRG chirurgici 223 (spalla e gomito)	ISAV	2023/B	4	7.027,08
DRG chirurgici 225 (piede)	ISAV	2023/B	4	6.264,48
DRG chirurgici 227 (tessuti molli)	ISAV	2023/B	4	5.576,28
DRG chirurgici 498 (artrodesi vertebrale)	ISAV	2023/B	9	103.587,75
DRG chirurgici 500 (DS collo e dorso)	ISAV	2023/B	5	8.253,75
DRG chirurgici 500 (RO collo e dorso)	ISAV	2023/B	5	17.074,80
DRG chirurgici 503 (ginocchio)	ISAV	2023/B	15	28.025,55
DRG chirurgici 544 (protesica anca e ginocchio)	ISAV	2023/B	15	123.276,15
<b>Totale</b>	ISAV		<b>61</b>	<b>299.085,15</b>

## Azioni e modalità da adottare

L'attività di pulizia e di aggiornamento delle liste costituisce un processo fondamentale per migliorare il processo di recupero e rendere più fluido il sistema e, di conseguenza, gestire con chiarezza ed efficienza il recupero delle liste.

La principale attività finalizzata al controllo e alla successiva analisi delle liste chirurgiche e ambulatoriali, consiste nella disaggregazione delle liste per Struttura e per nominativo del paziente, con l'indicazione della data di estrazione della stessa.

### **Governo della domanda:**

#### **I percorsi integrati di cura**

A seguito della DGR n. 70 del 25.01.2019 “*Recepimento del piano nazionale della cronicità di cui all'accordo della Conferenza permanente per il rapporto tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 15 settembre 2016 e istituzione di un tavolo di lavoro per la predisposizione delle linee di indirizzo regionali*”, l'Azienda USL della Valle d'Aosta ha avviato, a partire dal 2019, un percorso orientato alla presa in carico delle cronicità e al relativo potenziamento della risposta territoriale.

Anche in conformità alla successiva approvazione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con Decreto Ministero Salute del 12 marzo 2019 “*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*” – Allegato 1 – *Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)*”, l'Azienda USL ha previsto percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi (PDTA) che garantiscano la presa in carico del paziente cronico, realizzino l'integrazione tra professionisti e livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Nonostante ciò, la formalizzazione di tali protocolli e la condivisione con le strutture e gli specialisti del territorio è solo di recente avvio e prevede ancora fasi successive di implementazione e monitoraggio per una concreta applicazione.

### **Governo della domanda:**

#### **Il modello di analisi**

Al fine di individuare ed applicare le principali azioni di governo della domanda e/o di incremento dell'offerta, l'Azienda USL ha predisposto numerose attività per rendere maggiormente efficace l'analisi e il monitoraggio delle prestazioni critiche, come di seguito descritte.

- Monitoraggio dei tempi di attesa, analisi delle prestazioni critiche e definizione degli interventi correttivi (governo della domanda, definizione dell'offerta, aumento o riduzione dei volumi dell'offerta, miglioramento dell'appropriatezza, percorsi di tutela, liste di galleggiamento, attivazione di convenzioni con il privato accreditato).
- Supporto ai medici prescrittori (MMG, PLS, specialisti ospedalieri) per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, attraverso la promozione e all'utilizzo dei modelli RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) prodotti da AGENAS, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione a seconda delle priorità a livello regionale. Il modello RAO definisce tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base di indicazioni cliniche esplicite, mediante "parole chiave" per ciascun gruppo di priorità clinica, omogeneo per l'attesa attribuita al paziente in lista. Le parole chiave cliniche e i corrispondenti limiti massimi di attesa sono definiti con il coinvolgimento partecipato dei MMG, PLS, specialisti ospedalieri e convenzionati e Cittadinanza Attiva. Il modello prevede inoltre la sistematica valutazione della concordanza fra medico prescrittore e lo specialista e il continuo aggiornamento delle "parole chiave". Anche attraverso l'acquisizione di un sistema di valutazione ex post dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei prescrittori.
- Supporto ai medici prescrittori (MMG, PLS, specialisti ospedalieri) attraverso la pubblicazione sull'Intranet aziendale – sezione Procedure validate – Appropriatezza prescrittiva di raccomandazioni finalizzate all'adozione delle corrette indicazioni dei principali terapie, prescrizioni di farmaci, procedure ed esami diagnostici); il modello consentirà anche di effettuare confronti / benchmark nell'ambito dei professionisti ospedalieri, territoriali e dell'Azienda nel suo complesso.

### **Governo della domanda:**

#### **Il CUP aziendale e la gestione delle agende**

Da circa un ventennio ossia dagli anni 2.000, l'Azienda USL utilizza come principale strumento di prenotazione della specialistica ambulatoriale i CUP aziendali, (ad eccezione delle prestazioni in accesso diretto e in agende autogestite dai reparti specialistici), per cui la maggioranza delle prenotazioni sono veicolate da un unico sistema aziendale, mediante il sistema informativo gestionale aziendale "Trak Care". Il sistema CUP aziendale consente:

- Una ottimale gestione delle prenotazioni, delle disdette, della saturazione delle agende e degli slot temporali disponibili.
- Miglior gestione del c.d. "overbooking", con conseguente aumento del numero di prenotazioni per prestazione al giorno e saturazione delle disponibilità, in base alle persone prenotate che non si sono presentate. Tale flessibilità di prenotazione consente di utilizzare con maggiore efficienza le risorse disponibili aumentando la disponibilità d'offerta. Il pagamento della prestazione da parte dell'utente non presentato senza preventiva disdetta, minimizza il sottoutilizzo e aumenta l'efficienza dell'offerta.

L'Azienda USL, per una gestione uniforme dell'offerta di prestazioni su tutto il territorio, ha previsto nel proprio Atto aziendale una apposita Struttura complessa amministrativa (S.C. Coordinamento amministrativo delle aree della Prevenzione, Territoriale e Ospedaliera) per il monitoraggio ed il governo delle liste d'attesa mediante i CUP, che si avvale di un apposito Ufficio centralizzato di governo delle agende denominato "Governo CUP".

Al "Governo CUP" sono affidati i seguenti compiti:

- Creazione e soppressione delle agende di prenotazione (CUP ed autogestite);
- Monitoraggio continuo del livello di saturazione delle agende con successivo adeguamento, in base alle priorità;
- Rimodulazione delle agende di prenotazione, riconvertendo le disponibilità della singole priorità nelle classi di priorità con la domanda più alta, per tipologia di prestazione specialistica;



- Rimodulazione dell'offerta attraverso la ri-configurazione delle agende di prenotazione sul gestionale “Trak Care” (es. i posti disponibili con determinate priorità, se non utilizzati entro un certo tempo, devono essere trasformati in altre priorità);
- Predisposizione delle agende delle 1° visite e dei controlli per tutte le prestazioni, separando i 1° accessi dagli accessi successivi e monitorando i rispettivi tempi di attesa;
- Presa in carico del cittadino da parte del sistema di prenotazione mediante la predisposizione delle liste di attesa di galleggiamento in cui vengono inseriti i pazienti che non potendo ottenere una prenotazione, onde evitare uno stillicidio di chiamate, viene direttamente contattato dal CUP Istituzionale per la successiva prenotazione entro i tempi previsti dalle classi di priorità (B e D).

Attività da implementare:

- Migliore correttezza dell'indicazione sulla ricetta di “1° accesso” o “accesso successivo”: è necessario che i medici prescrittori compilino correttamente le ricette dematerializzate per i 1° accessi e per i controlli;
- Attivazione di nuove modalità organizzative dei punti unici di accesso, sulla scorta del modello “PUA” (Punto Unico di Accesso) di cui al Decreto Ministero della Salute 10 luglio 2007 e s.m.i. Il PUA è collocato in un unico luogo fisico dove si concretizza la collaborazione tra i comparti sociale e sanitario, per individuare percorsi e risposte adeguate e globali alla situazione di bisogno del cittadino. La finalità è offrire un unico punto di accesso multi specialistico all'utenza con informazioni su prestazioni erogabili, modalità e tempi di accesso e ridurre i tempi di attesa e di spostamento, in particolare per le persone con problemi sanitari e sociosanitari complessi.
- Rimodulare le attività di back office CUP (controllo e monitoraggio giornaliero delle agende, delle liste e dei tempi di attesa, controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, presa in carico e tutela del cittadino che è in corso attraverso i percorsi di tutela, quali le istanze e le liste di galleggiamento);
- Promozione dell'utilizzo della ricetta DEMA da parte di tutte le categorie dei medici, per facilitare la prescrizione e la prenotazione delle visite di controllo e degli esami di 2° livello, onde evitare di reinviare il paziente al MMG.

### **Governo della domanda:**

#### **Il recupero dell'appropriatezza**

Sono state individuate le seguenti azioni:

Assegnazione alla Strutture erogatrici l'obiettivo di applicazione del modello RAO, con validazione dell'erogato mediante la valutazione delle congruità della classe, analisi della casistica, valutazione della % di concordanza delle classi RAO e restituzione degli esiti ai prescrittori e agli erogatori mediante specifici report.

- Promozione e monitoraggio dell'applicazione dei PDTA aziendali da parte dei medici prescrittori;
- Predisposizione di un sistema di controllo dell'appropriatezza prescrittiva basato su appropriati indicatori, attraverso l'utilizzo di un gestionale ad hoc che permetta di monitorare le prestazioni inappropriate attraverso una reportistica specifica che metta in evidenza ai prescrittori, alla Direzione Sanitaria e al Gruppo di lavoro sulle liste di attesa le anomalie e le incongruenze prescrittive sulla base del quesito diagnostico e prescrizione e relative condizioni di erogabilità (il software acquistato è Clinika di Artex SPA).
- Promozione di incontri e/o giornate formative / informative sulle tematiche specifiche relative all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali per MMG/PLS e Operatori CUP

### **Governo della domanda:**

#### **La riorganizzazione del percorso chirurgico elettivo:**

#### **l'Ufficio centralizzato di pre ricovero**

Con DGR 1.300 del 18 ottobre 2021, la Regione Valle d'Aosta ha approvato l'accordo Stato Regioni del 9 luglio 2020 "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" e ha dato mandato all'Azienda USL di programmarne l'applicazione e di rendicontarne gli esiti entro il 31/03/2022.

Con riferimento alla DGR 78 del 31/01/2022, obiettivo di mandato 1.3 per l'anno 2022 (confermato anche per il 2024 dalla DGR 1.105/2023, allegato B, punto 4 Area Ospedaliera- sottopunto 4.1 "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"), dal 2022 è iniziata l'attivazione di un percorso unificato di pre-ricovero per pazienti chirurgici, che è stato progressivamente implementato fino a tutt'oggi.

In particolare la regolamentazione del percorso chirurgico programmato è finalizzata a garantire la trasparenza, la correttezza e l'equità delle liste di attesa in base a espliciti criteri di gravità e di urgenza di cui alla normativa vigente e a gestire e a monitorare le attività del percorso chirurgico, dalla visita specialistica, fino al ricovero ospedaliero e all'eventuale fase di riabilitazione post – ricovero.

Uno degli strumenti essenziali adottati per raggiungere i molteplici obiettivi del percorso chirurgico programmato è stata l'istituzione e l'implementazione del c.d. Ufficio Centralizzato di Pre – ricovero, ubicato presso l'ospedale U. Parini e gestito dalla S.C. Direzione Medica di Presidio.

L'Ufficio Centralizzato di pre-ricovero è ubicato presso idonei locali, al piano terreno dell'Ospedale U. Parini, è dotato di personale amministrativo e sanitario dedicato, è aperto tutti i giorni feriali con orario 8,00 – 16,00. L'attività dell'Ufficio riguarda l'organizzazione, la gestione e il controllo delle varie liste di attesa relative a tutte le tipologie di intervento chirurgico programmato, in regime ordinario e diurno (day surgery e ambulatoriale) dell'Azienda USL.

### **la Gestione dell'offerta:**

#### **le azioni generali poste in essere**

Al fine di colmare almeno parzialmente l'attuale gap tra domanda ed offerta di prestazioni (in particolare quelle relative ai ricoveri programmati), derivante dalle carenze degli anni precedenti, l'Azienda USL ha attivato anche per il 2024 una serie di azioni, già avviate nel 2021 – 2022- 2023, compatibilmente con le risorse disponibili di personale sanitario, ossia:

- Potenziamento dell'orario degli ambulatori ospedalieri e territoriali ed in particolare degli orari degli ambulatori di competenza chirurgica;
- Implementazione del numero degli slot di tutte le agende di prenotazione, in particolare quelle relative alla diagnostica ed alla specialistica pre - ricovero (viste anestesilogiche, visite cardiologiche, e simili);
- Ri-programmazione delle prestazioni specialistiche e delle agende dei ricoveri programmati in base alle classi di priorità;
- Continuo monitoraggio delle liste di attesa, in particolare quelle relative ai ricoveri programmati;
- Pubblicazione di avvisi pubblici per incarichi libero professionali e specialisti ACN, di discipline mediche e chirurgiche;
- Prosecuzione ed incremento delle convenzioni in essere tra Azienda USL e strutture private accreditate regionali (Istituto Radiologico Valdostano (I.R.V. s.r.l.) e Technos Medica s.r.l.) ed extra regionali quali Koellicher e Aziende Sanitarie per le prestazioni di radiologia e di specialistica ambulatoriale.
- Implementazione del numero delle sedute operatorie c/o Ospedale Umberto Parini e programmazione di una quota di sedute in regime di LPA;
- Prosecuzione ed implementazione delle convenzioni annuali con la Clinica ISAV di Saint Pierre, per gli interventi chirurgici ortopedici e per gli interventi di chirurgia generale in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario.
- Sperimentazione di un nuovo modello organizzativo di degenza ospedaliero in regime settimanale
- ("Week Surgery" sperimentale) relativo ai ricoveri programmati di bassa e media complessità, con ammissioni il lunedì e le dimissioni entro il venerdì successivo.



## **la Gestione dell'offerta:** **la Telemedicina**

Rispetto al settore della Telemedicina, la materia è disciplinata da indicazioni nazionali (Piano Nazionale di Telemedicina, finanziato dal PNRR) e regionali (DGR n.376 del 17/04/2023 e DGR n.723 del 23/06/2023), nell'ambito del piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6 “Salute” – Componente 1 – Investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” - sub misura di investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”.

A questo riguardo, l'Azienda USL, in qualità di soggetto attuatore individuato dalla Regione Valle d'Aosta, promuove e sostiene le iniziative finalizzate a soddisfare i bisogni delle patologie prevalentemente croniche con gli strumenti della telemedicina per prestazioni sanitarie eseguibili da remoto, con varie modalità di erogazione: videochiamata, teleassistenza domiciliare, teleconsulto specialistico, tele monitoraggio, telesorveglianza e telecontrollo, da parte dei medici di assistenza primaria e medici specialisti ospedalieri.

In tale contesto l'Azienda USL ha attivato progetti specifici che dovranno svilupparsi progressivamente nel 2024 e negli anni successivi. In particolare dalla fine del 2023 è stato attivato, mediante la piattaforma “Pohema”, un percorso di follow-up di pazienti con K mammario in terapia ormonale adiuvante, orientato principalmente a misurare l'aderenza alla terapia. Inoltre, è in fase di elaborazione un percorso di telemedicina per i pazienti con lo scompenso cardiaco, cui farà seguito un percorso clinico per la gestione dei pazienti con BPCO.

Infine, è programmata l'attivazione di un tavolo con l'Assessorato e le Associazioni dei titolari delle Farmacie territoriali del SSR, per l'erogazione di alcuni esami che le farmacie offrono attualmente in regime privatistico, servendosi dei centri di tele refertazione.

## **I Finanziamenti**

La legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”, e in particolare l'art. 1, comma 232, dispone che “Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste dai commi da 218 a 222 del presente articolo e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dal comma 233 del presente articolo. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma 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”.

Tenuto conto che, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 405/2024, le somme di cui ai commi 218, 219 e 220 sono state destinate ad affrontare la carenza di personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza, per le attività di recupero delle liste d'attesa potrà conseguentemente essere utilizzata, come previsto dal suddetto comma 232, 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.

Stante che la Regione provvede al finanziamento del servizio sanitario regionale con oneri a carico del proprio bilancio, ai sensi dell'articolo 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, il predetto livello di finanziamento indistinto per la Valle d'Aosta corrisponde a un fabbisogno che, stimato sull'anno 2024, si attesta complessivamente a Euro 271.314.841,00, da cui il valore del suddetto 0,4% corrisponde a un limite massimo di risorse pari a Euro 1.085.259,36, da individuarsi nell'ambito del finanziamento per l'anno 2024 già assegnato all'Azienda USL della Valle d'Aosta, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 1105/2023, per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Infine, il Piano per la Libera Professione Aziendale (LPA) per l'anno 2024, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 271 in data 20 maggio 2024, ha approvato le attività da remunerarsi in tale regime con le risorse economiche stanziare dalla DGR n.1105/2023.

### **Il Cronoprogramma**

Il Cronoprogramma delle attività di recupero ed erogazione dei ricoveri chirurgici in lista di attesa, per l'anno 2024, di cui alcune già poste in essere, è di seguito rappresentato:

<b>Fase</b>	<b>Giu.</b>	<b>Lug.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Sett.</b>	<b>Ott.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dic.</b>
Analisi e aggiornamento liste di attesa aziendali programmabili							
Predisposizione POLA							
Approvazione POLA con DGR							
Programma sedute operatorie							
Monitoraggio liste di attesa ricoveri programmati e verifica attuazione POLA							

### **Conclusioni**

Il Piano operativo 2024 potrà essere attuato a partire dalla programmazione delle sedute operatorie aggiuntive, in concomitanza con l'approvazione del Piano LPA per l'anno 2024 e compatibilmente con le risorse umane disponibili a effettuare orario aggiuntivo e alle effettive assunzioni previste dal Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) per l'anno in corso.

Anche per l'anno 2024, si conferma pertanto la scelta aziendale di ricondurre e finanziare alcune attività di ricovero chirurgico programmato alla struttura privata accreditata ISAV S.p.a con la quale l'Azienda USL ha avviato degli accordi specifici per l'erogazione di tali interventi chirurgici in regime di ricovero ordinario e day surgery.

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 31 luglio 2024

SI PUBBLICA TUTTI I  
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO  
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima**, oltre alla **Serie Generale**, pubblica cinque **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1<sup>a</sup> **Serie speciale**: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2<sup>a</sup> **Serie speciale**: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3<sup>a</sup> **Serie speciale**: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4<sup>a</sup> **Serie speciale**: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5<sup>a</sup> **Serie speciale**: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda**, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

## AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale*, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

## SOMMARIO

### LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 29 luglio 2024, n. 107.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. (24G00125). . . . . Pag. 1

### DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero dell'agricoltura,  
della sovranità alimentare  
e delle foreste

DECRETO 7 giugno 2024.

Rettifica dell'allegato al decreto 10 aprile 2024. Piano strategico nazionale per la PAC 2023-2027 - Intervento SRF.01 produzioni vegetali - campagna assicurativa 2023. (24A03955) Pag. 5

DECRETO 23 luglio 2024.

Modifica del disciplinare di produzione della denominazione «Terra d'Otranto» registrata come denominazione di origine protetta ai sensi del regolamento (CE) n. 644/1998 della Commissione del 20 marzo 1998. (24A03956) . . . . . Pag. 7

Presidenza  
del Consiglio dei ministri

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

DECRETO 17 luglio 2024.

Ripartizione del contingente complessivo dei distacchi sindacali retribuiti autorizzabili, nel triennio 2022-2024, nell'ambito del personale non direttivo e non dirigente del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, a seguito del decreto 16 maggio 2024. (24A04022) . . . . . Pag. 10



## Art. 3.

*Classificazione ai fini della fornitura*

La classificazione ai fini della fornitura del medicinale «Sotyktu» (deucravacitinib) è la seguente: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - dermatologo (RRL).

## Art. 4.

*Disposizioni finali*

La presente determina ha effetto dal giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà notificata alla società titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Roma, 9 luglio 2024

*Il Presidente:* NISTICÒ

24A03934

## TESTI COORDINATI E AGGIORNATI

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

AVVERTENZA:

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

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

## Art. 1.

*Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa*

1. Al fine di governare le liste di attesa *delle prestazioni sanitarie*, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 - Salute, *componente 1*, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

2. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, i dati del flusso informativo *del sistema Tessera Sanitaria (TS)* di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della *ricetta del Servizio sanitario nazionale (SSN)* dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottate specifiche linee guida per definire *i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali.*

4. La Piattaforma di cui al comma 1 opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della *Missione 6 - Salute, componente 1*, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.





5. La Piattaforma di cui al comma 1 persegue l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- c) verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- e) soppressa;
- f) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti di attesa omogenea (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

6. A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di audit nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. *In relazione ai meccanismi di audit previsti al primo periodo, è acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.*

7. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'AGENAS provvede alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

#### Riferimenti normativi:

— Si riporta il testo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante «Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici» convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 ottobre 2003, n. 229, Supplemento ordinario:

«Art. 50 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie). — 1. Per potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica, il Ministero dell'economia e delle finanze, con decreto adottato di concerto con il ministero della salute e con la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, definisce i parametri della Tessera sanitaria (TS); il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la progressiva consegna della TS, a partire dal 1° gennaio 2004, a tutti i soggetti già titolari di codice fiscale nonché ai soggetti che fanno richiesta di attribuzione del codice fiscale ovvero ai quali lo stesso è attribuito d'ufficio. La TS reca in ogni caso il codice fiscale del titolare, anche in codice a barre nonché in banda magnetica, quale unico requisito necessario per l'accesso alle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN).

1-bis. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la consegna della tessera sanitaria a tutti i soggetti destinatari, indicati al comma 1, entro il 31 marzo 2006.

2. Il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, entro il 15 dicembre 2003 approva i modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, ne cura

la successiva stampa e distribuzione alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed ai policlinici universitari, che provvedono ad effettuare la consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni, da tale momento responsabili della relativa custodia. I modelli equivalgono a stampati per il fabbisogno delle amministrazioni dello Stato.

3. Il modello di ricetta è stampato su carta filigranata ai sensi del decreto del Ministro della sanità 11 luglio 1988, n. 350, e, sulla base di quanto stabilito dal medesimo decreto, riproduce le nomenclature e i campi per l'inserimento dei dati prescritti dalle vigenti disposizioni in materia. Il vigente codice a barre è sostituito da un analogo codice che esprime il numero progressivo regionale di ciascuna ricetta; il codice a barre è stampato sulla ricetta in modo che la sua lettura ottica non comporti la procedura di separazione del tagliando di cui all'articolo 87 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Sul modello di ricetta figura in ogni caso un campo nel quale, all'atto della compilazione, è riportato sempre il numero complessivo dei farmaci ovvero degli accertamenti specialistici prescritti ovvero dei dispositivi di assistenza protesica e di assistenza integrativa. Nella compilazione della ricetta è sempre riportato il solo codice fiscale dell'assistito, in luogo del codice sanitario.

4. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzate dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, in numero definito, secondo le loro necessità, e comunicano immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica.

5. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura il collegamento, mediante la propria rete telematica, delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei policlinici universitari di cui al comma 4, delle farmacie, pubbliche e private, dei presidi di specialistica ambulatoriale, delle strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa e degli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari, di seguito denominati, ai fini del presente articolo, "strutture di erogazione di servizi sanitari". Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, sono stabiliti i parametri tecnici per la realizzazione del software certificato che deve essere installato dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, in aggiunta ai programmi informatici dagli stessi ordinariamente utilizzati, per la trasmissione dei dati di cui ai commi 6 e 7; tra i parametri tecnici rientra quello della frequenza temporale di trasmissione dei dati predetti.

5-bis. Per le finalità di cui al comma 1, a partire dal 1° luglio 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze rende disponibile il collegamento in rete dei medici del SSN di cui al comma 2, in conformità alle regole tecniche concernenti il Sistema pubblico di connettività ed avvalendosi, ove possibile, delle infrastrutture regionali esistenti, per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 149, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro delegato per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, da emanare, entro il 30 aprile 2007, ai sensi del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri della salute e del lavoro e della previdenza sociale, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le regole tecniche concernenti i dati di cui al presente comma e le modalità di trasmissione. Ai fini predetti, il parere del Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione è reso entro il 31 marzo 2007; in mancanza, il predetto decreto può essere comunque emanato. Con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono emanate le ulteriori disposizioni attuative del presente comma.

5-ter. Per la trasmissione telematica dei dati delle ricette di cui al comma 5-bis, con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, è definito un contributo da



riconoscere ai medici convenzionati con il SSN, per l'anno 2008, nei limiti di 10 milioni di euro. Al relativo onere si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12.

6. Le strutture di erogazione di servizi sanitari effettuano la rilevazione ottica e la trasmissione dei dati di cui al comma 7, secondo quanto stabilito nel predetto comma e in quelli successivi. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, stabilisce, con decreto pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, le regioni e le date a partire dalle quali le disposizioni del presente comma e di quelli successivi hanno progressivamente applicazione. Per l'acquisto e l'installazione del software di cui al comma 5, secondo periodo, alle farmacie private di cui al primo periodo del medesimo comma è riconosciuto un contributo pari ad euro 250, sotto forma di credito d'imposta fruibile anche in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, successivamente alla data nella quale il Ministero dell'economia e delle finanze comunica, in via telematica alle farmacie medesime avviso di corretta installazione e funzionamento del predetto software. Il credito d'imposta non concorre alla formazione del reddito imponibile ai fini delle imposte sui redditi, nonché del valore della produzione dell'imposta regionale sulle attività produttive e non rileva ai fini del rapporto di cui all'articolo 63 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. Al relativo onere, valutato in 4 milioni di euro per l'anno 2004, si provvede nell'ambito delle risorse di cui al comma 12.

7. All'atto della utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di farmaci, sono rilevati otticamente i codici a barre relativi al numero progressivo regionale della ricetta, ai dati delle singole confezioni dei farmaci acquistati nonché il codice a barre della TS; sono comunque rilevati i dati relativi alla esenzione. All'atto della utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di prestazioni specialistiche ovvero dei dispositivi di assistenza protesica e di assistenza integrativa, sono rilevati otticamente i codici a barre relativi al numero progressivo regionale della ricetta nonché il codice a barre della TS; sono comunque rilevati i dati relativi alla esenzione nonché inseriti i codici del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ovvero i codici del nomenclatore delle prestazioni di assistenza protesica ovvero i codici del repertorio dei prodotti erogati nell'ambito dell'assistenza integrativa. In ogni caso, è previamente verificata la corrispondenza del codice fiscale del titolare della TS con quello dell'assistito riportato sulla ricetta; in caso di assenza del codice fiscale sulla ricetta, quest'ultima non può essere utilizzata, salvo che il costo della prestazione venga pagato per intero. In caso di utilizzazione di una ricetta medica senza la contestuale esibizione della TS, il codice fiscale dell'assistito è rilevato dalla ricetta. Per la rilevazione dalla ricetta dei dati di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo, è riconosciuto per gli anni 2006 e 2007 un contributo, nei limiti di 10 milioni di euro, da definire con apposita convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le associazioni di categoria interessate. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità erogative. Al relativo onere si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12. Il Ministero dell'economia e delle finanze può prevedere periodi transitori, durante i quali, in caso di riscontro della mancata corrispondenza del codice fiscale del titolare della tessera sanitaria con quello dell'assistito riportato sulla ricetta, tale difformità non costituisce impedimento per l'erogazione della prestazione e l'utilizzazione della relativa ricetta medica ma costituisce anomalia da segnalare tra i dati di cui al comma 8.

8. I dati rilevati ai sensi del comma 7 sono trasmessi telematicamente al Ministero dell'economia e delle finanze, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica, anche per il tramite delle associazioni di categoria e di soggetti terzi a tal fine individuati dalle strutture di erogazione dei servizi sanitari; il software di cui al comma 5 assicura che gli stessi dati vengano rilasciati ai programmi informatici ordinariamente utilizzati dalle strutture di erogazione di servizi sanitari, fatta eccezione, relativamente al codice fiscale dell'assistito, per le farmacie, pubbliche e private e per le strutture di erogazione dei servizi sanitari non autorizzate al trattamento del codice fiscale dell'assistito. Il predetto software assicura altresì che in nessun caso il codice fiscale dell'assistito possa essere raccolto o conservato in ambiente residente, presso le farmacie, pubbliche e private, dopo la conferma della sua ricezione telematica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

8-bis. La mancata o tardiva trasmissione dei dati nel termine di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata.

8-ter. Per le ricette trasmesse nei termini di cui al comma 8, la mancanza di uno o più elementi della ricetta di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata.

8-quater. L'accertamento della violazione di cui ai commi 8-bis e 8-ter è effettuato dal Corpo della Guardia di finanza, che trasmette il relativo rapporto, ai sensi dell'articolo 17, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689, alla direzione provinciale dei servizi vari competente per territorio, per i conseguenti adempimenti. Dell'avvenuta apertura del procedimento e della sua conclusione viene data notizia, a cura della direzione provinciale dei servizi vari, alla competente ragioneria provinciale dello Stato.

8-quinquies. Con riferimento alle ricette per le quali non risulta associato il codice fiscale dell'assistito, rilevato secondo quanto previsto dal presente articolo, l'azienda sanitaria locale competente non procede alla relativa liquidazione, fermo restando che, in caso di ricette redatte manualmente dal medico, il farmacista non è responsabile dalla mancata rispondenza del codice fiscale rilevato rispetto a quello indicato sulla ricetta che farà comunque fede a tutti gli effetti.

9. 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. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, adottato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabiliti i dati che le regioni, nonché i Ministeri e gli altri enti pubblici di rilevanza nazionale che li detengono, trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica, nei trenta giorni successivi alla data di emanazione del predetto provvedimento, per realizzare e diffondere in rete, alle regioni e alle strutture di erogazione di servizi sanitari, l'allineamento dell'archivio dei codici fiscali con quello degli assistiti e per disporre le codifiche relative al prontuario farmaceutico nazionale e al nomenclatore ambulatoriale nonché al nomenclatore delle prestazioni di assistenza protesica e al repertorio dei prodotti erogati nell'ambito dell'assistenza integrativa.

10. Al Ministero dell'economia e delle finanze non è consentito trattare i dati rilevati dalla TS degli assistiti; allo stesso è consentito trattare gli altri dati di cui al comma 7 per fornire periodicamente alle regioni gli schemi di liquidazione provvisoria dei rimborsi dovuti alle strutture di erogazione di servizi sanitari. Gli archivi di cui al comma 9 sono resi disponibili all'accesso esclusivo, anche attraverso interconnessione, alle aziende sanitarie locali di ciascuna regione per la verifica ed il riscontro dei dati occorrenti alla periodica liquidazione definitiva delle somme spettanti, ai sensi delle disposizioni vigenti, alle strutture di erogazione di servizi sanitari. Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, da emanare entro il 31 marzo 2007, sono definiti i dati, relativi alla liquidazione periodica dei rimborsi erogati alle strutture di erogazione di servizi sanitari, che le aziende sanitarie locali di ogni regione trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze, nonché le modalità di trasmissione. 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 trasmissione.

10-bis. Fuori dai casi previsti dal presente articolo, i dati delle ricette resi disponibili ai sensi del comma 10 rilevano a fini di responsabilità, anche amministrativa o penale, solo previo riscontro del documento cartaceo dal quale gli stessi sono tratti.

11. L'adempimento regionale, di cui all'articolo 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003, 2004 e 2005, si considera rispettato dall'applicazione delle disposizioni del presente articolo. Tale adempimento s'intende rispettato anche nel caso in cui le regioni e le province autonome dimostrino di avere realizzato direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli





realizzati in attuazione del presente articolo. Con effetto dal 1° gennaio 2004, tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN relativo agli anni 2004 e 2005, è ricompresa anche l'adozione di tutti i provvedimenti che garantiscono la trasmissione al Ministero dell'economia e delle finanze, da parte delle singole aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, dei dati di cui al comma 4.

12. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2003. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

13. Con decreti di natura non regolamentare del Ministro per l'innovazione e le tecnologie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro dell'interno e con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le modalità per il successivo e progressivo assorbimento, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato, della TS nella carta di identità elettronica o nella carta nazionale dei servizi di cui all'articolo 52, comma 9, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

13-bis. Il contributo di cui al comma 6 è riconosciuto anche alle farmacie pubbliche con le modalità indicate dallo stesso comma. Al relativo onere, valutato in euro 400.000,00 per l'anno 2005, si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12.»

— Il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 22 giugno 2022, n. 144.

## Art. 2.

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

1. Al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, è istituito presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato «Organismo», che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge le funzioni già attribuite al predetto Sistema, assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere c), e), g), h) e l), del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 189 del 16 agosto 2006, che continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dallo stesso decreto. Le attività dell'Organismo sono realizzate con programmi annuali secondo quanto previsto dall'articolo 2 del decreto di cui al primo periodo.

2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle

agende di prenotazione, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale, di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente, la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di quattro dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria, alla cui copertura si provvede anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali di cui al primo periodo possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali di cui all'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area dei funzionari del vigente contratto collettivo nazionale - Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 165 del 2001, scorporamento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al quarto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area dei funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dall'anno 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.



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

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a individuare il RUAS, a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale, e al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati. Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema

di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. A tali fini, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di audit svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.

7. Dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede, per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e, a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Riferimenti normativi:

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005 n. 266, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 29 dicembre 2005, n. 302, Supplemento ordinario:

«288. Presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, è realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che si avvale delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), di cui all'articolo 2 del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37, ed a cui sono ricondotte le attività di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, del sistema di garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, del sistema di monitoraggio configurato dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nonché del Comitato di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definite le modalità di attuazione del SiVeAS.»

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 31 dicembre 2004, n. 306, Supplemento ordinario:

«172. Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n. 37, è 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 ed è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.»





— Si riporta il testo dell'articolo 19, comma 6, e dell'articolo 30, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 maggio 2001, n. 106, Supplemento ordinario:

«Art. 19 (*Incarichi di funzioni dirigenziali*). — (*Omissis*).

6. Gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all'articolo 23 e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, a tempo determinato ai soggetti indicati dal presente comma. La durata di tali incarichi, comunque, non può eccedere, per gli incarichi di funzione dirigenziale di cui ai commi 3 e 4, il termine di tre anni, e, per gli altri incarichi di funzione dirigenziale, il termine di cinque anni. Tali incarichi 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. Il trattamento economico può essere integrato da una indennità commisurata alla specifica qualificazione professionale, tenendo conto della temporaneità del rapporto e delle condizioni di mercato relative alle specifiche competenze professionali. Per il periodo di durata dell'incarico, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni, con riconoscimento dell'anzianità di servizio. La formazione universitaria richiesta dal presente comma non può essere inferiore al possesso della laurea specialistica o magistrale ovvero del diploma di laurea conseguito secondo l'ordinamento didattico previgente al regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.

(*Omissis*).»

«Art. 30 (*Passaggio diretto di personale tra amministrazioni*). —

1. Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento. È richiesto il previo assenso dell'amministrazione di appartenenza nel caso in cui si tratti di posizioni dichiarate motivatamente infungibili dall'amministrazione cedente o di personale assunto da meno di tre anni o qualora la mobilità determini una carenza di organico superiore al 20 per cento nella qualifica corrispondente a quella del richiedente. È fatta salva la possibilità di differire, per motivate esigenze organizzative, il passaggio diretto del dipendente fino ad un massimo di sessanta giorni dalla ricezione dell'istanza di passaggio diretto ad altra amministrazione. Le disposizioni di cui ai periodi secondo e terzo non si applicano al personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale e degli enti locali con un numero di dipendenti a tempo indeterminato non superiore a 100, per i quali è comunque richiesto il previo assenso dell'amministrazione di appartenenza. Al personale della scuola continuano ad applicarsi le disposizioni vigenti in materia. Le amministrazioni, fissando preventivamente i requisiti e le competenze professionali richieste, pubblicano sul proprio sito istituzionale, per un periodo pari almeno a trenta giorni, un bando in cui sono indicati i posti che intendono ricoprire attraverso passaggio diretto di personale di altre amministrazioni, con indicazione dei requisiti da possedere. In via sperimentale e fino all'introduzione di nuove procedure per la determinazione dei fabbisogni standard di personale delle amministrazioni pubbliche, per il trasferimento tra le sedi centrali di differenti ministeri, agenzie ed enti pubblici non economici nazionali non è richiesto l'assenso dell'amministrazione di appartenenza, la quale dispone il trasferimento entro due mesi dalla richiesta dell'amministrazione di destinazione, fatti salvi i termini per il preavviso e a condizione che l'amministrazione di destinazione abbia una percentuale di posti vacanti superiore all'amministrazione di appartenenza.

1.1. Per gli enti locali con un numero di dipendenti compreso tra 101 e 250, la percentuale di cui al comma 1 è stabilita al 5 per cento; per gli enti locali con un numero di dipendenti non superiore a 500, la predetta percentuale è fissata al 10 per cento. La percentuale di cui al comma 1 è da considerare all'esito della mobilità e riferita alla dotazione organica dell'ente.

1-bis. L'amministrazione di destinazione provvede alla riqualificazione dei dipendenti la cui domanda di trasferimento è accolta, eventualmente avvalendosi, ove sia necessario predisporre percorsi specifici o settoriali di formazione, della Scuola nazionale dell'amministrazione. All'attuazione del presente comma si provvede utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

1-ter. La dipendente vittima di violenza di genere inserita in specifici percorsi di protezione, debitamente certificati dai servizi sociali del comune di residenza, può presentare domanda di trasferimento ad altra amministrazione pubblica ubicata in un comune diverso da quello di residenza, previa comunicazione all'amministrazione di appartenenza. Entro quindici giorni dalla suddetta comunicazione l'amministrazione di appartenenza dispone il trasferimento presso l'amministrazione indicata dalla dipendente, ove vi siano posti vacanti corrispondenti alla sua qualifica professionale.

1-quater. A decorrere dal 1° luglio 2022, ai fini di cui al comma 1 e in ogni caso di avvio di procedure di mobilità, le amministrazioni provvedono a pubblicare il relativo avviso in una apposita sezione del Portale unico del reclutamento di cui all'articolo 35-ter. Il personale interessato a partecipare alle predette procedure invia la propria candidatura, per qualsiasi posizione disponibile, previa registrazione nel Portale corredata del proprio curriculum vitae esclusivamente in formato digitale. Dalla presente disposizione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

1-quinquies. Per il personale non dirigenziale delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, delle autorità amministrative indipendenti e dei soggetti di cui all'articolo 70, comma 4, i comandi o distacchi sono consentiti esclusivamente nel limite del 25 per cento dei posti non coperti all'esito delle procedure di mobilità di cui al presente articolo. La disposizione di cui al primo periodo non si applica ai comandi o distacchi obbligatori, previsti da disposizioni di legge, ivi inclusi quelli relativi agli uffici di diretta collaborazione, nonché a quelli relativi alla partecipazione ad organi, comunque denominati, istituiti da disposizioni legislative o regolamentari che prevedono la partecipazione di personale di amministrazioni diverse, nonché ai comandi presso le sedi territoriali dei ministeri, o presso le Unioni di comuni per i Comuni che ne fanno parte.

2. Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'articolo 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti. Ai fini del presente comma non si applica il terzo periodo del primo comma dell'articolo 2103 del codice civile. Con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, previa consultazione con le confederazioni sindacali rappresentative e previa intesa, ove necessario, in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, possono essere fissati criteri per realizzare i processi di cui al presente comma, anche con passaggi diretti di personale tra amministrazioni senza preventivo accordo, per garantire l'esercizio delle funzioni istituzionali da parte delle amministrazioni che presentano carenze di organico. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano ai dipendenti con figli di età inferiore a tre anni, che hanno diritto al congedo parentale, e ai soggetti di cui all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, con il consenso degli stessi alla prestazione della propria attività lavorativa in un'altra sede.

2.1. Nei casi di cui ai commi 1 e 2 per i quali sia necessario un trasferimento di risorse, si applica il comma 2.3.

2.2. I contratti collettivi nazionali possono integrare le procedure e i criteri generali per l'attuazione di quanto previsto dai commi 1 e 2. Sono nulli gli accordi, gli atti o le clausole dei contratti collettivi in contrasto con le disposizioni di cui ai commi 1 e 2.

2.3. Al fine di favorire i processi di cui ai commi 1 e 2, è istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo destinato al miglioramento dell'allocazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, con una dotazione di 15 milioni di euro



per l'anno 2014 e di 30 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015, da attribuire alle amministrazioni destinatarie dei predetti processi. Al fondo confluiscono, altresì, le risorse corrispondenti al cinquanta per cento del trattamento economico spettante al personale trasferito mediante versamento all'entrata dello Stato da parte dell'amministrazione cedente e corrispondente riassegnazione al fondo ovvero mediante contestuale riduzione dei trasferimenti statali all'amministrazione cedente. I criteri di utilizzo e le modalità di gestione delle risorse del fondo sono stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. In sede di prima applicazione, nell'assegnazione delle risorse vengono prioritariamente valutate le richieste finalizzate all'ottimale funzionamento degli uffici giudiziari che presentino rilevanti carenze di personale e conseguentemente alla piena applicazione della riforma delle province di cui alla legge 7 aprile 2014, n. 56. Le risorse sono assegnate alle amministrazioni di destinazione sino al momento di effettiva permanenza in servizio del personale oggetto delle procedure di cui ai commi 1 e 2.

2.4. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2.3, pari a 15 milioni di euro per l'anno 2014 e a 30 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015, si provvede, quanto a 6 milioni di euro per l'anno 2014 e a 9 milioni di euro a decorrere dal 2015 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3, comma 97, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, quanto a 9 milioni di euro a decorrere dal 2014 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge del 3 ottobre 2006, n. 262 convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2006, n. 286 e quanto a 12 milioni di euro a decorrere dal 2015 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 527, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. A decorrere dall'anno 2015, il fondo di cui al comma 2.3 può essere rideterminato ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 31 dicembre 2009, n. 196. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione del presente articolo.

2-bis. Le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio. Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza; il trasferimento può essere disposto anche se la vacanza sia presente in area diversa da quella di inquadramento assicurando la necessaria neutralità finanziaria.

2-ter. L'immissione in ruolo di cui al comma 2-bis, limitatamente alla Presidenza del Consiglio dei ministri e al Ministero degli affari esteri, in ragione della specifica professionalità richiesta ai propri dipendenti, avviene previa valutazione comparativa dei titoli di servizio e di studio, posseduti dai dipendenti comandati o fuori ruolo al momento della presentazione della domanda di trasferimento, nei limiti dei posti effettivamente disponibili.

2-quater. La Presidenza del Consiglio dei ministri, per fronteggiare le situazioni di emergenza in atto, in ragione della specifica professionalità richiesta ai propri dipendenti può procedere alla riserva di posti da destinare al personale assunto con ordinanza per le esigenze della Protezione civile e del servizio civile, nell'ambito delle procedure concorsuali di cui all'articolo 3, comma 59, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, e all'articolo 1, comma 95, della legge 30 dicembre 2004, n. 311".

2-quinquies. Salvo diversa previsione, a seguito dell'iscrizione nel ruolo dell'amministrazione di destinazione, al dipendente trasferito per mobilità si applica esclusivamente il trattamento giuridico ed economico, compreso quello accessorio, previsto nei contratti collettivi vigenti nel comparto della stessa amministrazione.

2-sexies. Le pubbliche amministrazioni, per motivate esigenze organizzative, risultanti dai documenti di programmazione previsti all'articolo 6, possono utilizzare in assegnazione temporanea, con le modalità previste dai rispettivi ordinamenti, personale di altre amministrazioni per un periodo non superiore a tre anni, fermo restando quanto già previsto da norme speciali sulla materia, nonché il regime di spesa eventualmente previsto da tali norme e dal presente decreto.»

— Si riporta il testo dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997 n. 127, recante «Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 17 maggio 1997, n. 127, Supplemento ordinario:

«Art. 17 (Ulteriori disposizioni in materia di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo). — *Omissis.*

14. Nel caso in cui disposizioni di legge o regolamentari dispongano l'utilizzazione presso le amministrazioni pubbliche di un contingente di personale in posizione di fuori ruolo o di comando, le amministrazioni di appartenenza sono tenute ad adottare il provvedimento di fuori ruolo o di comando entro quindici giorni dalla richiesta.»

— Si riporta il testo dell'articolo 4-bis del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635, recante «Approvazione del regolamento per l'esecuzione del testo unico 18 giugno 1931, n. 773, delle leggi di pubblica sicurezza», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 26 giugno 1940, n. 149, Supplemento ordinario:

«Art. 4-bis. — In deroga a quanto previsto dall'articolo 43 del testo unico della legge sugli ufficiali ed agenti di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 31 agosto 1907, n. 690, il prefetto, in attuazione delle direttive del Ministro dell'interno, ed a richiesta delle amministrazioni interessate, provvede all'attribuzione della qualità di agente di pubblica sicurezza alle guardie telegrafiche e di strade ferrate, ai cantonieri di cui all'articolo 12 del codice della strada emanato con decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni e integrazioni, e agli altri agenti destinati all'esecuzione ed all'osservanza di speciali leggi e regolamenti, che risultino:

- a) essere maggiorenni;
- b) essere in possesso del diploma di scuola media inferiore;
- c) non avere subito condanna a pena detentiva per delitto non colposo e non essere stato sottoposto a misura di prevenzione;
- d) avere il godimento dei diritti civili e politici.

Sono fatti salvi gli ulteriori requisiti richiesti per l'accesso allo specifico impiego per il quale è richiesta la qualità di agente di pubblica sicurezza.

All'atto dell'attribuzione della qualità di agente di pubblica sicurezza, l'interessato è tenuto a prestare giuramento, in deroga all'articolo 231 del decreto legislativo 19 febbraio 1998, n. 51, davanti al prefetto o suo delegato, con la seguente formula: «Giuro di essere fedele alla Repubblica italiana e al suo Capo, di osservare lealmente le leggi dello Stato e delle regioni e di adempiere alle funzioni affidatemi con coscienza e diligenza e con l'unico intento di perseguire il pubblico interesse».

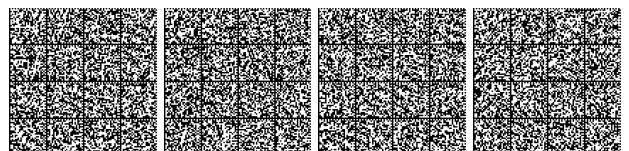
L'attribuzione della qualità di agente di pubblica sicurezza è revocata, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, qualora venga a mancare taluno dei requisiti prescritti, ed è sospesa nei casi in cui la legge prevede la sospensione dal servizio o, comunque, quando nei confronti dell'interessato è adottato un provvedimento restrittivo della libertà personale.

Le disposizioni del presente articolo, si osservano in tutti i casi in cui disposizioni di legge o di regolamento rimettono all'autorità amministrativa il riconoscimento della qualità di agente di pubblica sicurezza, fatte salve le disposizioni in vigore per la polizia municipale.»

— Si riporta il testo dell'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007 n. 244, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 28 dicembre 2007, n. 300, Supplemento ordinario:

«Art. 2. — *Omissis.*

361. 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 tuttora pendenti, è autorizzata la spesa di 180 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2008.»





## Art. 3.

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

1. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale, secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

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

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

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

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

2. Ai fini di cui al comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in coerenza con le previsioni di cui all'allegato B al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, recante «Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 31 dicembre 2022.

3. L'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private *accreditate*, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e del predetto decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

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

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

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

5. Il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

6. L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, costituisce illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lettera e), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36. L'esclusione è disposta dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'operatore economico non può avvalersi della possibilità prevista dall'articolo 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6, del codice di cui al decreto legislativo n. 36 del 2023.

7. *Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.*

8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

9. È fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. In caso di violazione di tale divieto, per i fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della legge n. 266 del 2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.



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

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

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

b) *riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;*

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

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

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

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

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

*Riferimenti normativi:*

— Si riporta il testo degli articoli 8-*quater* e 8-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 1992, n. 305, Supplemento ordinario:

«Art. 8-*quater* (Accreditamento istituzionale). — 1. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro 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 di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accREDITAMENTO ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accREDITAMENTO e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-*quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accREDITAMENTO dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;





c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter*;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. 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 con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.»

«Art. 8-*quinquies* (Accordi contrattuali). — 1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

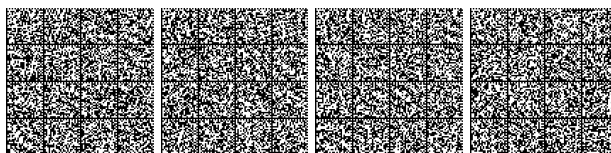
b) indirizzo per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

1-*bis*. I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-*quater*, comma 7.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1 e con le modalità di cui al comma 1-*bis*, la regione e le unità sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e



private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*;

e-*bis*) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

2-*bis*. - 2-*ter*.

2-*quater*. 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, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. 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, e successive modificazioni, 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, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-*bis*).

2-*quinqües*. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accredimento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.»

— Si riporta il testo dell'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante «Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020 n. 176, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 28 ottobre 2020, n. 269, Edizione straordinaria:

«Art. 20 (Istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria). — 1. Il Ministero della salute svolge attività di tracciamento dei contatti e sorveglianza sanitaria nonché di informazione e accompagnamento verso i servizi di prevenzione e assistenza delle competenti aziende sanitarie locali. A tal fine, il Ministero della salute attiva un servizio nazionale di supporto telefonico e telematico alle persone risultate positive al virus SARS-Cov-2, che hanno avuto contatti così come definiti dalla circolare del Ministero della salute n. 18584 del 29 maggio 2020, e successivi aggiornamenti, con soggetti risultati

positivi o che hanno ricevuto una notifica di allerta attraverso l'applicazione «Immuni» di cui all'articolo 6 del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2020, n. 70.

2. Il Ministro della salute può delegare la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del servizio di cui al comma 1 al commissario straordinario per l'emergenza di cui all'articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, oppure provvedervi con proprio decreto.

3. Per le finalità del presente articolo è autorizzata la spesa di 1.000.000 di euro per l'anno 2020 e 3.000.000 di euro per l'anno 2021. Ai predetti oneri si provvede ai sensi dell'articolo 34.

3-*bis*. Dal 1° gennaio 2021 e fino al termine di cui all'articolo 6, comma 6, del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2020, n. 70, le attività dirette a garantire lo sviluppo, l'implementazione e il funzionamento della piattaforma e dell'applicazione «Immuni», di cui all'articolo 6 del medesimo decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28, sono realizzate dalla competente struttura per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione della Presidenza del Consiglio dei ministri.»

— Si riporta il testo degli articoli 95, comma 1, lettera e) e 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, recante «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», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 31 marzo 2023, n. 77, Supplemento ordinario:

«Art. 95 (Cause di esclusione non automatica). — 1. La stazione appaltante esclude dalla partecipazione alla procedura un operatore economico qualora accerti:

(*Omissis*);

e) che l'offerente abbia commesso un illecito professionale grave, tale da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità, dimostrato dalla stazione appaltante con mezzi adeguati. All'articolo 98 sono indicati, in modo tassativo, i gravi illeciti professionali, nonché i mezzi adeguati a dimostrare i medesimi.

(*Omissis*).»

«Art. 96 (Disciplina dell'esclusione). — (*Omissis*).

2. L'operatore economico che si trovi in una delle situazioni di cui all'articolo 94, a eccezione del comma 6, e all'articolo 95, a eccezione del comma 2, non è escluso se si sono verificate le condizioni di cui al comma 6 del presente articolo e ha adempiuto agli oneri di cui ai commi 3 o 4 del presente articolo.

3. 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.

4. 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.

5. In nessun caso l'aggiudicazione può subire dilazioni in ragione dell'adozione delle misure di cui al comma 6.

6. Un operatore economico che si trovi in una delle situazioni di cui all'articolo 94, a eccezione del comma 6, e all'articolo 95, a eccezione del comma 2, può fornire prova del fatto che le misure da lui adottate sono sufficienti a dimostrare la sua affidabilità. Se tali misure sono ritenute sufficienti e tempestivamente adottate, esso non è escluso dalla procedura d'appalto. A tal fine, l'operatore economico dimostra 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. Le misure adottate dagli operatori economici sono valutate 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.

(*Omissis*).»





— Si riporta il testo dell'articolo 1, commi 282 e 284, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 29 dicembre 2005, n. 302, Supplemento ordinario:

«*Omissis.*

282. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 27 maggio 2002.

«*Omissis.*

284. Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283.

«*Omissis.*»

— Si riporta il testo dell'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 2023, n. 303, Supplemento ordinario:

«232. Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste dai commi da 218 a 222 del presente articolo e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dal comma 233 del presente articolo. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma 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.

233. Al fine di concorrere all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'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, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.»

— Si riporta il testo dell'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante «Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 12 gennaio 2000, n. 8, Supplemento ordinario, come modificato dalla presente legge:

«Art. 5 (Norme in materia di personale). — (Omissis).

15. Le aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale di cui al comma 1, possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, della disciplina prevista dagli articoli da 15 a 15-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità. È fatto divieto all'università di assumere personale medico o sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali. Nelle aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), anche se costituite in via definitiva nella forma ivi prevista dopo il periodo di sperimentazione, il personale medico, veterinario e sanitario già assunto con le modalità stabilite per la dirigenza medica e sanitaria del Servizio sanitario nazionale e nel

rispetto dell'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, conserva, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'inquadramento giuridico ed economico nell'ambito della contrattazione collettiva della dirigenza dell'area sanità (ex area IV del Servizio sanitario nazionale).».

#### Art. 4.

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

1. Al fine di garantire il rispetto *dei tempi* di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

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

2. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tale fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

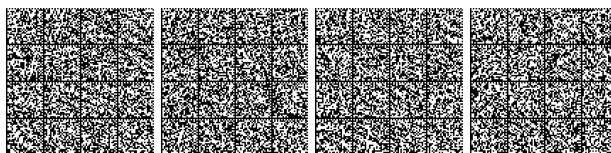
3. All'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Riferimenti normativi:

— Si riporta il testo dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 27 ottobre 2005, n. 251:

«Art. 6 (Principi generali per l'organizzazione delle attività trasfusionali). — (Omissis);

b) viene adottato uno schema tipo per la stipula di convenzioni con le associazioni e federazioni di donatori di sangue per permettere la partecipazione delle stesse alle attività trasfusionali. Lo schema tipo di



convenzione individua anche le tariffe di rimborso delle attività associative uniformi su tutto il territorio nazionale. Viene comunque garantita alle associazioni e federazioni di donatori di sangue la più ampia partecipazione alla definizione dell'accordo ed alla programmazione regionale e locale delle attività trasfusionali;

(*Omissis*).».

— Si riporta il testo dell'all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 1992, n. 305, Supplemento ordinario:

«Art. 15-*quinquies* (*Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari*). — (*Omissis*).

3. 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. La disciplina contrattuale nazionale definisce 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 équipe; 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.».

— Per il testo dell'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, vedasi nei riferimenti normativi all'articolo 3.

#### Art. 5.

##### *Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario*

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

2. A decorrere dall'anno 2025, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

3. Fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

#### *Riferimenti normativi:*

— Si riporta il testo dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria», convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 2 maggio 2019, n. 101:

«Art. 11 (*Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale*). — 1. A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2022 l'incremento





di cui al quarto periodo è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva.

2. Ai fini del comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, 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. La predetta spesa è considerata al netto degli 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 ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto.

4. Le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano con riferimento a quanto previsto dal presente articolo. Le regioni indirizzano e coordinano la spesa dei propri enti del servizio sanitario in conformità a quanto è previsto dal comma 1.

4.1. Resta ferma l'autonomia finanziaria delle regioni e delle province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

4-bis.

4-ter. All'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al quinto periodo:

1) le parole: "il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica," sono soppresse;

2) le parole: "per il medesimo periodo" sono sostituite dalle seguenti: "fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica";

b) al sesto periodo, le parole: "del blocco automatico del turn over e" sono soppresse;

c) al settimo periodo, le parole: "dei predetti vincoli" sono sostituite dalle seguenti: "del predetto vincolo".

4-quater. Dopo il comma 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, è inserito il seguente:

"2-bis. Nell'elenco nazionale di cui al comma 2 è istituita un'apposita sezione dedicata ai soggetti idonei alla nomina di direttore ge-

nerale presso gli Istituti zooprofilattici sperimentali, aventi i requisiti di cui all'articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106".

4-quinquies. All'articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, dopo le parole: "sicurezza degli alimenti" sono aggiunte le seguenti: "e, specificamente, in possesso dei seguenti requisiti: a) età non superiore a sessantacinque anni; b) diploma di laurea rilasciato ai sensi dell'ordinamento previgente alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale; c) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore della sanità pubblica veterinaria nazionale ovvero internazionale e della sicurezza degli alimenti, o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; d) master o specializzazione di livello universitario in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti".

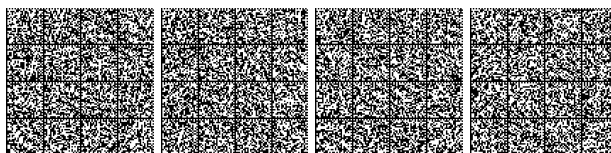
5. Nelle more della formazione della sezione dell'elenco di cui all'articolo 1, comma 2-bis, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, introdotto dal comma 4-quater del presente articolo, e comunque entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, i direttori generali degli istituti zooprofilattici sperimentali sono nominati ai sensi dell'articolo 11, comma 5, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, sulla base dei requisiti di cui al citato articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo n. 106 del 2012, come modificato dal comma 4-quinquies del presente articolo.

5-bis. Nelle more della revisione dei criteri di selezione dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando, per le regioni non sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, quanto previsto dall'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, nelle regioni commissariate ai sensi del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la rosa dei candidati è proposta secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Entro i medesimi limiti temporali, per le regioni sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, il presidente della regione effettua la scelta, nell'ambito della predetta graduatoria di merito, anche prescindendo, previa adeguata motivazione, dal relativo ordine. Previo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, la disciplina prevista dal primo periodo del presente comma per le regioni commissariate può essere estesa alle regioni sottoposte ai piani di rientro.».

## Art. 6.

### *Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale*

1. Per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definito, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma, nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021-2027 e dei criteri di ammissibilità del citato Programma, un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'uti-



lizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e *in coerenza con lo stesso*, il piano d'azione di cui al primo periodo individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici, le iniziative finalizzate:

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

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

c) alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;

d) alla formazione degli operatori sanitari per:

1) la sperimentazione dei progetti *terapeutico-riabilitativi* personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione *con i* servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;

2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi *diagnostico-terapeutici* assistenziali specifici per i Consultori familiari;

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

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

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

#### Riferimenti normativi:

— Si riporta il testo dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante «Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 22 dicembre 2011, n. 297:

«Art. 3-ter (*Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*). — 1. Il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi è disciplinato ai sensi dei commi seguenti.

2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori 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.

3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;

b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;

c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

4. Dal 31 marzo 2015 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale. Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari.

6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui





all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione. Il programma, oltre agli interventi strutturali, prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi di cui al comma 5, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia. A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le province autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-*quinquies* del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5 e dal terzo periodo del comma 6, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede:

a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero degli affari esteri;

b) quanto a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 e a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero della giustizia.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

8.1. Fino al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

8-bis. Entro il 30 novembre 2013 il Ministro della salute e il Ministro della giustizia comunicano alle competenti Commissioni parlamentari lo stato di attuazione dei programmi regionali, di cui al comma 6, relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e in

particolare il grado di effettiva presa in carico dei malati da parte dei dipartimenti di salute mentale e del conseguente avvio dei programmi di cura e di reinserimento sociale.

9. Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi.

10. A seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, l'Agenzia del demanio e le regioni ove gli stessi sono ubicati».

— Si riporta il testo dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 14 marzo 1988, n. 61, Supplemento ordinario:

«Art. 20. — 1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di euro 34.000 miliardi. Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato grado strutturale;

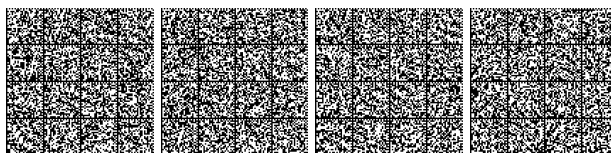
c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extra-ospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;



h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro 4 mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione.

5-bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso.

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988.».

## Art. 7.

### *Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario*

1. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità - triennio

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

2. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

3. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 sono valutati in 72,8 milioni di euro per l'anno 2024, 131,5 milioni di euro per l'anno 2025, 135,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 135,6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

4. Gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2 sono valutati in 15,6 milioni di euro per l'anno 2024, 28,8 milioni di euro per l'anno 2025, 30 milioni di euro per l'anno 2026 e 29,9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

5. Le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

6. Agli oneri di cui ai commi 3 e 4, valutati in 88,4 milioni di euro per l'anno 2024, 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, si provvede:

a) quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute;

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

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

d) quanto a 32 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;



e) quanto a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato 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.

#### Riferimenti normativi:

— Il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale - n. 59 dell'11 marzo 2024.

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 218, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 2023, n. 303, Supplemento ordinario:

«Art. 1 (Risultati differenziali. Norme in materia di entrata e di spesa e altre disposizioni. Fondi speciali). — (Omissis).

218. Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2016-2018, del 19 dicembre 2019, prevista dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si applica fino al 31 dicembre 2026 ed è estesa, dall'anno 2024 all'anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.»

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 2023, n. 303, Supplemento ordinario:

«Art. 1 (Risultati differenziali. Norme in materia di entrata e di spesa e altre disposizioni. Fondi speciali). — (Omissis).

219. Per le medesime finalità di cui al comma 218, le disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si applicano fino al 31 dicembre 2026 e sono estese, dall'anno 2024 all'anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021, dal personale sanitario di tale comparto operante presso i medesimi aziende ed enti del SSN. Per le predette attività la tariffa oraria può essere aumentata fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.»

— Si riporta il testo dell'articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 31 dicembre 2009, n. 303, Supplemento ordinario:

«Art. 34-ter (Accertamento e riaccertamento annuale dei residui passivi). — (Omissis).

5. In esito al riaccertamento di cui al comma 4, in apposito allegato al Rendiconto generale dello Stato è quantificato per ciascun Ministero l'ammontare dei residui passivi perenti eliminati. Annualmente, successivamente al giudizio di parifica della Corte dei conti, con la legge di bilancio, le somme corrispondenti agli importi di cui al periodo precedente possono essere reiscritte, del tutto o in parte, in bilancio su base

pluriennale, in coerenza con gli obiettivi programmati di finanza pubblica, su appositi Fondi da istituire con la medesima legge, negli stati di previsione delle amministrazioni interessate.»

— Si riporta il testo dell'articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 29 dicembre 2000, n. 302, Supplemento ordinario:

«Art. 148 (Utilizzo delle somme derivanti da sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato). — 1. Le entrate derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato sono destinate ad iniziative a vantaggio dei consumatori, salvo quanto previsto al secondo periodo del comma 2.

*Omissis.*»

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 31 dicembre 2018, n. 302, Supplemento ordinario:

«Art. 1 (Risultati differenziali. Norme in materia di entrata e di spesa e altre disposizioni. Fondi speciali). — (Omissis).

«436. Per il triennio 2019-2021 gli oneri posti a carico del bilancio statale per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico sono determinati in 1.100 milioni di euro per l'anno 2019, in 1.750 milioni di euro per l'anno 2020 e in 3.375 milioni di euro annui a decorrere dal 2021.»

— Per il testo dell'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, vedasi nei riferimenti normativi all'articolo 2.

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 2023, n. 303, Supplemento ordinario:

*Omissis.*

246. Una quota delle risorse incrementali di cui al comma 217, pari a 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 310 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, è destinata 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 23 dicembre 1996, n. 662.»

## Art. 7 - bis

### Clausola di salvaguardia

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

## Art. 8.

### Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

24A04088







\* 4 5 - 4 1 0 1 0 0 2 4 0 7 3 1 \*

€ 1,00



Notifica invio comunicazione tramite pec:

- Il documento e' stato inviato ai seguenti destinatari:
  - FEDERCONSUMATORI VALLE D'AOSTA - AOSTA / federconsumatori.vda@pec.it
  - CGIL - CONFEDERAZIONE GENERALE ITALIANA DEL LAVORO - AOSTA / segretariocgilvda@pec.it
  - A.V.C.U. - ASSOCIATION VALDOTAINE CONSOMMATEURS ET USAGERS - AOSTA / avcu@legalmail.it
  - SAVT - SINDACATO AUTONOMO VALDOSTANO TRAVAILLEURS - AOSTA / savt@legalmail.it
  - CODACONS - AOSTA / codacons.vda@pec.it
  - ADICONSUM VALLE D'AOSTA - ASSOCIAZIONE ITALIANA DIFESA CONSUMATORI E AMBIENTE - SAINT-CHRISTOPHE / adiconsumvalledaosta@pcert.postecert.it
  - U.I.L. - AOSTA / cspaosta@pecert.uil.it
  - CISL - CONFEDERAZIONE ITALIANA SINDACATI LAVORATORI - SAINT-CHRISTOPHE / segreteria@pec.cislvda.it
  - ADOC - ASSOCIAZIONE PER LA DIFESA E L'ORIENTAMENTO DEI CONSUMATORI - AOSTA / adocvda@pec.it
  - CSV ONLUS - COORDINAMENTO SOLIDARIETA' VALLE D'AOSTA - AOSTA / coordinamentosolidarieta@legalmail.it
- Data invio: 04/10/2024
- Amministrazione mittente: REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA - REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA - 72 - DIPARTIMENTO SANITÀ E SALUTE (ahl4zkv/r\_vda)
- Protocollo in uscita: ahl4zkv/2024/0007491
- Oggetto: Trasmissione alle Organizzazioni Sindacali e Associazioni in indirizzo pd n. 5139/2024 concernente la nomina dei componenti dell'Osservatorio regionale sulle liste di attesa di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 503 del 19 aprile 2019, corredato da ulteriore documentazione
- Documenti allegati:
  - TRAMMISSIONE PD 5139\_2024 ASSOCIAZIONI OOSSEDEF\_SIGNED.PDF
  - DELIBERACOPERTINA\_2024\_919.PDF
  - DELIBERATESTO\_2024\_919.PDF
  - L\_107\_2024\_LISTE\_ATTESA\_GU\_N\_178\_DEL\_31\_7\_2024.PDF
  - REP ATTI 28CSR DEL 21 FEBBRAIO 2019\_PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA TRIENNIO 2019 2021.PDF