

Decreto legge 07/06/2024, n. 73

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

Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 giugno 2024, n. 132.

Preambolo

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli [articoli 77 e 87 della Costituzione](#);

Visto il [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](#)»;

Vista la [legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ([legge finanziaria 2005](#))», e in particolare l'[articolo 1](#), comma 172, che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

Vista la [legge 23 dicembre 2005, n. 266](#), recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» e, in particolare, l'[articolo 1](#), commi 280, 282 e 288;

Visto il [decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2019, n. 60](#), recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria» e, in particolare, l'[articolo 11](#), in relazione ai limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni;

Visto il [decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70](#), recante «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017](#), recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'[articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;

Visto il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2019- 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in 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](#) (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);

Visto il Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027 e approvato con decisione di esecuzione della Commissione europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022;

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 4 giugno 2024;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca e per la pubblica amministrazione;

il seguente decreto-legge:

Art. 1. Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa

In vigore dal 1 agosto 2024

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.[3]

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]

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.[3] [6]

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.[3] [7]

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;[4]
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;

[e) *produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche*;[5]]

- 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.[4]

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.[3]

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.

Note:

[3]Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[4]Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[5]Lettera soppressa dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[6]In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi [iD.M. 17 febbraio 2025](#).

[7]In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi [iD.M. 28 ottobre 2024](#).

Art. 2. Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria[8]

In vigore dal 1 agosto 2024

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](#), scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al quarto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area dei funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, ai sensi dell'[articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127](#), in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dall'anno 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

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

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

6. In caso di mancata individuazione del RUAS entro il termine di cui al primo periodo del comma 5 o

nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS. Tali poteri sostitutivi sono attivati previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. A tali fini, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di audit svolte dalla stessa Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1.^[9]

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.

Note:

^[8] Articolo così sostituito dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

^[9] In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il [D.P.C.M. 25 giugno 2025](#).

Art. 3. Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni^[10]

In vigore dal 1 agosto 2024

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.^[11]

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](#).^[11]

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](#).^[12]

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.^[12]

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](#).^[11]

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.^[13]

8. Nell'ambito della gestione delle patologie cronicodegenerative 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. E' 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.^[11]

10-bis. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni del 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.^[12]

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]

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]

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

Note:

^[10]Rubrica così modificata dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

^[11]Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

^[12]Comma inserito dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

^[13]Comma così sostituito dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

Art. 4. Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e aperture straordinarie dei centri trasfusionali^[14]

In vigore dal 1 agosto 2024

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.^[15]

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.^[16]

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.^[15]

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](#).

Note:

[14]Rubrica così modificata dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[15]Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[16]Comma inserito dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

Art. 5. Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario^[18]

In vigore dal 1 agosto 2024

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.^{[17] [19]}

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.^{[17] [19] [20]}

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](#).

Note:

[17]Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[18]In deroga a quanto disposto dal presente articolo vedi l'[art. 1, comma 368, L. 30 dicembre 2024, n. 207](#).

[19]La [Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-21 luglio 2025, n. 114](#) (Gazz. Uff. 23 luglio 2025, n. 30 – Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del secondo periodo del presente comma.

[20] La Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno - 21 luglio 2025, n. 114 (Gazz. Uff. 23 luglio 2025, n. 30 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 2, primo periodo, come convertito, promosse, in riferimento agli artt. 3, 5, 32, 97, 117, commi terzo, quarto e sesto, e 119 della Costituzione.

Art. 6. Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale

In vigore dal 1 agosto 2024

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'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza con lo stesso, il piano d'azione di cui al primo periodo individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale 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:[21]

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:[22]

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:[23]

2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari:[23]

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:[23]

4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.[25]

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.[24]

Note:

[21]Alinea così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[22]Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[23]Numero così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[24] Comma aggiunto dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[25]Per la definizione del piano d'azione previsto dal presente comma vedi il [D.M. 20 febbraio 2025](#).

Art. 7. Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario [n.d.r.: Per la nuova disciplina, a decorrere dal 1° gennaio 2026, cfr. art. 35, D.Lgs. n. 33/2025][28] [29]

In vigore dal 1 agosto 2024

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.[26]
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;[27]
 - 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](#);[27]

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.[27]

Note:

[26]Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[27]Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

[28]Per l'abrogazione del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2026, vedi l'[art. 241, comma 1, lett. vvv\) del Testo unico allegato al D.Lgs. 24 marzo 2025, n. 33](#).

[29]A norma dell'[art. 241, comma 2, del Testo unico allegato al D.Lgs. 24 marzo 2025, n. 33](#) quando leggi, regolamenti, decreti, o altre norme o provvedimenti, fanno riferimento a disposizioni espressamente abrogate dall'[art. 241, comma 1, del medesimo Testo unico](#), il riferimento si intende alle corrispondenti disposizioni del suddetto Testo unico, come riportate da ciascun articolo.

Art. 7-bis. Clausola di salvaguardia[30]

In vigore dal 1 agosto 2024

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.

Note:

[30]Articolo inserito dalla [legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107](#).

Art. 8. Entrata in vigore

In vigore dal 8 giugno 2024

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.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.