

IL DL N. 73 DEL 2024: SUI TEMPI DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE SI PRENDONO IN GIRO GLI ITALIANI

Publicato in “Gazzetta Ufficiale” lo scorso 7 giugno, il **decreto-legge n. 73 del 2024**, recante “Misure urgenti per la **riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**”, è stato approvato dal Senato il 18 luglio e ora, il 24 luglio, dalla Camera dei deputati.

Si tratta dell'ennesimo decreto del Governo e del primo sulla Sanità. È stato presentato, certo non per caso, a pochi giorni dal recente voto delle elezioni europee e in effetti proprio di questo si tratta: **uno spot elettorale, voluto per dare l'idea che si stesse affrontando il drammatico problema delle liste d'attesa** – 10 milioni di prestazioni sanitarie inevase e 4 milioni di persone che rinunciamo a curarsi – quando invece **non è affatto così**.

In realtà non cambia nulla di sostanziale, perché siamo di fronte, come ha sottolineato nel suo intervento sulle questioni pregiudiziali il [deputato del PD-IDP Marco Furfaro](#), ad “**una scatola vuota priva di qualsiasi contenuto reale**, senza norme di sostanza né interventi strutturali”. Un **decreto vuoto**, dunque. Un pacchetto di norme che **non aggiunge un euro** alle già scarse risorse del Fondo sanitario nazionale e che **non prevede concretamente il finanziamento di nuove assunzioni di medici e personale**, unico modo vero per poter ridurre le liste d'attesa.

Non si può, infatti, pensare di far fronte ad una questione strutturale e complessa come questa limitandosi a chiedere a **chi già ora fa dei turni massacranti di lavorare più ore, compresa la domenica**. Peraltro un conto è riconoscere il valore del lavoro svolto dal personale del Servizio sanitario nazionale e aumentare le remunerazioni e un altro è prevedere, come si fa nel decreto all'articolo 7, una **defiscalizzazione dei compensi per le prestazioni aggiuntive** finanziata interamente **con i fondi del Servizio sanitario nazionale**: un vero e proprio **gioco delle tre carte**.

Non stanziando risorse adeguate, il Governo – lo stesso che ha voluto imporre la sciagurata riforma dell'autonomia differenziata, che se andasse a regime priverebbe i cittadini dell'uguale diritto alla salute – ha allora pensato bene di istituire presso il Ministero un **nuovo organismo di controllo, rigidamente centralizzato**, dell'attività delle aziende sanitarie e ospedaliere, in modo poi di **addebitare alle Regioni la responsabilità** della mancata risoluzione dei problemi. Non solo un decreto vuoto quindi, ma anche un **decreto “scarica barile”**.

Attorno a questa misura, contenuta nell'articolo 2 del decreto, si è aperto uno **scontro istituzionale tra Governo e Conferenza delle Regioni e delle Province autonome** – e

anche **all'interno della maggioranza** – che ha portato ad una **imbarazzata retromarcia**, alla solita toppa messa per coprire il buco, circoscrivendo i poteri del neo-istituito organismo. Resta comunque l'ennesima dimostrazione di un **livello di improvvisazione** che non sorprende più, ma resta **clamoroso**.

L'unico intervento che potrebbe essere condivisibile, quello relativo all'istituzione, con l'articolo 1, di una **Piattaforma nazionale** volta a superare i limiti del sistema di monitoraggio delle liste d'attesa, prevede però per la sua realizzazione **tempi molto lunghi** e una capacità di dialogo con le Regioni che per l'appunto sembra decisamente non esserci.

Siamo insomma di fronte, nel complesso, ad un decreto-legge che è una vera e propria **presa in giro degli italiani**, dei medici del Servizio sanitario nazionale e di tutti i lavoratori della Sanità.

È "l'ennesimo provvedimento", come ha sottolineato nel corso della sua **dichiarazione finale di voto la Segretaria nazionale del PD Elly Schlein**, "che non inciderà sulla lunghezza di quelle **liste d'attesa** che **impediscono di garantire il diritto alla salute previsto dalla nostra Costituzione**".

Se si volesse davvero agire per risolvere questa emergenza, si dovrebbe percorrere **l'unica strada possibile**, quella indicata dalla **proposta di legge** presentata proprio dalla Segretaria **Elly Schlein** [vedi **dossier n. 112 del 26 giugno 2024**], che si basa, come da lei stessa ricordato in Aula, su "**due semplici priorità**": aumentare gradualmente le **risorse destinate alla Sanità pubblica**, fino a raggiungere la media europea del **7,5% del Pil** ed **eliminare il tetto di spesa per il personale fissato nel 2009 dal Governo Berlusconi** di cui facevano parte le forze dell'attuale maggioranza e diversi suoi esponenti, a cominciare dalla Presidente del Consiglio Meloni, allora Ministra.

Così, e solo così, si potrebbe promuovere un **grande piano di assunzioni di medici, infermieri e tecnici** necessari per **abbattere le liste d'attesa** e **rilanciare il Sistema sanitario nazionale**, investendo innanzitutto nella sanità territoriale.

Come ha ancora osservato **Elly Schlein nella sua dichiarazione finale di voto**, servono "**nuove assunzioni. E stipendi più alti**, perché i nostri medici sono tra i meno pagati d'Europa. **Altrimenti** è evidente che tra personale ridotto all'osso, mancato ricambio generazionale, incremento del precariato, condizioni di lavoro sempre più dure, sarà **impossibile fermare la 'grande fuga' dal Sistema sanitario nazionale**... E dal punto di vista dei cittadini, con ospedali obsoleti e insicuri, 100 mila posti letto che mancano, Pronto soccorso al collasso e per l'appunto liste d'attesa ormai interminabili, **continuerà un'altra "fuga": quella di chi, potendoselo permettere, si rivolge al privato**".

Questo provvedimento non fa assolutamente nulla di quel che servirebbe fare ed è il motivo per cui anche alla Camera il **voto del Gruppo PD-IDP** è stato **fermamente contrario**.

Detto ciò, ecco ad ogni modo le **principali misure** contenute nel decreto.

Per ulteriori approfondimenti si rinvia ai lavori parlamentari del disegno di legge del Governo “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” (Approvato dal Senato) [AC 1975](#) e ai relativi dossier dei Servizi Studi della Camera e del Senato.

Assegnato alla XII Commissione Affari sociali.

ISTITUZIONE DELLA PIATTAFORMA NAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA (ART. 1)

Allo scopo, per lo meno dichiarato, di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, si istituisce **presso l’Agenas** (l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) la **Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa**, di cui si avvale il Ministero della Salute, diretta a realizzare l’interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna Regione e Provincia autonoma. L’Agenas viene pertanto autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

Si stabilisce che i **dati del flusso informativo “Tessera sanitaria”** siano resi disponibili al Ministero della Salute ed all’Agenas con modalità da definirsi, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) e ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali.

È rimesso a un decreto del Ministro della Salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione di questo decreto-legge, sentita l’Agenas e previo parere della Conferenza Stato-Regioni, l’**adozione di specifiche linee guida** per definire i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale e i criteri di interoperabilità tra la Piattaforma stessa e le piattaforme regionali.

Viene poi specificato che la Piattaforma opera **in coerenza con il “Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione”**, come sviluppato nell’ambito del Sub-investimento 1.3.2. della Missione 6 salute del PNRR, rimettendo a un decreto del Ministro della Salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, la definizione delle modalità con cui il modello è reso disponibile alle Regioni e alle Province autonome.

La Piattaforma persegue in particolare l’obiettivo di garantire l’efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito a una serie di aspetti espressamente definiti, prevedendo che a fronte di **inefficienze o anomalie** emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l’Agenas possa attuare **meccanismi di audit nei confronti delle Regioni** nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

Viene inserita infine la **clausola di invarianza degli oneri finanziari**, disponendosi che dall’attuazione dell’articolo in esame non debbano derivare nuovi o maggiori oneri per la

finanza pubblica e che l'Agenas provveda alle attività con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

ORGANISMO DI VERIFICA E CONTROLLO SULL'ASSISTENZA SANITARIA (ART. 2)

Si istituisce presso il Ministero della Salute l'**Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della Salute. Nel testo originario, poi soppresso nel corso dell'esame al Senato, questo Organismo era chiamato a vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. L'Organismo, sempre in base al testo originario, era dotato del potere di accedere, a fini ispettivi, a una serie di strutture sanitarie e di poteri istruttori finalizzati a corrispondere a segnalazioni di criticità; gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo, in grado di avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, avrebbero costituito elementi di valutazione del Ministero della Salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale. Nel **testo approvato dal Senato il potere di accesso è stato circoscritto**: non si prevedono più poteri istruttori esercitabili su segnalazione né si prevede che gli esiti delle verifiche costituiscano elementi di valutazione ai fini sanzionatori e premiali, ma si stabilisce che le **risultanze dei controlli** effettuati vengano **comunicate alla nuova figura del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS)**. Resta ferma la possibilità di avvalersi del Comando Carabinieri per la tutela della salute. L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale; sono dettate disposizioni in tema di dotazione organica del Ministero della Salute, conferimento di incarichi dirigenziali, reclutamento di personale, autorizzazioni di spesa, quantificazioni di oneri e relative coperture. Sempre al Senato sono state introdotte disposizioni integrative che prevedono l'istituzione, da parte delle Regioni e delle Province autonome, dell'**Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa**, a cui compete individuare il RUAS.

PER L'ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (ART. 3, CO. 1-3, 4-11 E 12)

Si introducono disposizioni per l'implementazione del **sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie**, prevedendo l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale. Nel corso dell'esame al Senato sono state inserite alcune **specifiche sulle modalità di accesso alle prestazioni**, in particolare: a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza; b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico; c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le

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

Si stabilisce che per l'attuazione di quanto sopra previsto, 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 n. 502 del 1992. Si stabilisce anche che l'implementazione di una piena interoperabilità del sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP, da parte delle strutture sanitarie private accreditate, costituisce un **nuovo specifico elemento di valutazione** da parte delle Regioni e delle Province autonome nell'ambito delle procedure di **rilascio per l'accreditamento istituzionale** ai sensi dell'articolo 8-*quater* dello stesso decreto legislativo e della relativa disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della salute del 19 dicembre 2022. Si prevede che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano promuovano l'attivazione di **soluzioni digitali** per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, e che gli erogatori pubblici e quelli privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali debbano **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. Si dispone anche l'attivazione da parte del CUP di un **sistema di disdetta**, finalizzato a ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità da remoto, e **sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione**, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministero della Salute, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni.

Si stabilisce che l'**inadempienza contrattuale** da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una Regione, accertata definitivamente, costituisca **illecito professionale grave** ai sensi dell'art. 95, co. 1, lett. e), del Codice dei contratti pubblici, con conseguente esclusione dalle gare avviate in qualsiasi Regione e l'impossibilità per l'operatore economico di avvalersi dell'art. 96, co. 2-6 del Codice dei contratti pubblici. Sono disciplinate le **ipotesi in cui l'assistito**, anche se esente, che **non si presenta nel giorno previsto**, senza giustificata disdetta, salvo casi di forza maggiore o impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento per la prestazione prenotata e non usufruita.

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

È fatto **divieto** alle **aziende sanitarie e ospedaliere** di **sospendere o chiudere l'attività di prenotazione** di cui all'art. 1, co. 282, della legge n. 266 del 2005. In caso di mancato rispetto di tale divieto, ai fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del

presente decreto si applicano le sanzioni previste dall'art. 1, co. 284 della legge stessa, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le **direzioni generali aziendali sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste** nei limiti delle risorse di cui all'art. 1, co. 232 e 233 della Legge di Bilancio per il 2024, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione, 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. Ai fini dell'attuazione di queste disposizioni, le **misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti**, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria possono consistere in: a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni; b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate; d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

VALUTAZIONE IN CONCORSI PUBBLICI DELLA PARTECIPAZIONE AL SERVIZIO NAZIONALE DI SUPPORTO TELEFONICO E TELEMATICO DURANTE L'EMERGENZA COVID-19 (ART. 3, CO. 3-BIS)

Si prevede che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possano riconoscere, nei bandi per i **concorsi pubblici per il reclutamento del personale** presso le amministrazioni territoriali, un **punteggio aggiuntivo** a favore dei soggetti che abbiano partecipato allo svolgimento del **servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da Covid-19**.

ASSUNZIONI DI DIRIGENTI SANITARI DA PARTE DI AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE (ART. 3, CO. 11-BIS)

Si opera una revisione della disciplina che consente alle aziende ospedaliero-universitarie, rientranti in una determinata tipologia, il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato con personale medico o sanitario laureato, da assumere con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale: si sopprime il limite temporale per i contratti in esame (e il connesso divieto del loro rinnovo) prevedendo la **possibilità di**

assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari (compresi i dirigenti medici). Restano ferme le condizioni che subordinano la possibilità in oggetto alla sussistenza di esigenze assistenziali – a cui non si possa far fronte con l'organico funzionale dei professori e dei ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'azienda in oggetto – e al rispetto dei limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

POTENZIAMENTO OFFERTA ASSISTENZIALE PER VISITE DIAGNOSTICHE E SPECIALISTICHE (ART. 4, CO. 1-3)

Si dettano disposizioni sul potenziamento dell'**offerta assistenziale** in relazione alle **visite diagnostiche e specialistiche**. Al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie ed evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, si prevede che le visite mediche e specialistiche siano effettuate **anche nei giorni di sabato e domenica**, e che la **fascia oraria** per l'erogazione di tali prestazioni possa essere **prolungata**. Spetta ai direttori regionali della sanità vigilare sull'attuazione della disposizione e trasmettere un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della Salute. Si prevede anche che presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera sia in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che quest'ultima 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 tal fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

ORARI E GIORNI DI APERTURA DEI CENTRI TRASFUSIONALI (ART. 4, CO. 1-BIS)

Si prevede la possibilità di **apertura straordinaria dei centri trasfusionali** nelle **ore pomeridiane** e nei **giorni festivi**. L'apertura straordinaria può essere disposta da enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale fino al conseguimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma e comunque nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

SUPERAMENTO DEL TETTO DI SPESA PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE SANITARIO (ART. 5)

Si dispone in tema di **superamento del tetto di spesa** già previsto per il **personale del Servizio sanitario nazionale**. In primo luogo viene disposto, a partire dal 2024, l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale autorizzati per il 2023 ai sensi della normativa già vigente in materia. Questi valori di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del **10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente**. Si stabilisce inoltre che, su richiesta della Regione, l'incremento possa essere aumentato di un ulteriore importo fino al 5% dello stesso – pertanto fino al 15% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente – compatibilmente con la programmazione regionale in materia di

assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN. L'ulteriore incremento della misura massima del 5% viene autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale mediante decreto interministeriale Salute-MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2025 viene poi demandata ad uno o più decreti del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle Regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le Regioni, sulla base di tale metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

PER IL POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE E IL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (ART. 6, CO. 1)

Si prevedono iniziative per il **potenziamento dell'offerta assistenziale** e per il rafforzamento **dei Dipartimenti di salute mentale** nelle regioni **Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia** (regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027). Tali iniziative sono da individuarsi attraverso un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio.

FACOLTÀ DI RIPROGRAMMAZIONE DELLA QUOTA RESIDUA DI RISORSE GIÀ ASSEGNATE ALLA REGIONE CALABRIA (ART. 6, CO. 1-BIS)

Si autorizza la **Regione Calabria** a **riprogrammare la quota residua di alcune risorse**, nel limite di un importo massimo pari a 19.732.858,87 euro, già assegnate alla regione nella prima fase di attuazione della normativa in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

IMPOSTA SOSTITUTIVA SU PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DEL PERSONALE SANITARIO (ART. 7)

Si assoggettano le **prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del personale sanitario** del comparto Sanità a una **imposta sostitutiva** dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%. Si precisano le modalità di attuazione relative alla data di decorrenza dell'agevolazione, nonché all'accertamento, alla riscossione, alle sanzioni e al contenzioso.