

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1975-A

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

il 18 luglio 2024 (v. stampato Senato n. 1161)

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(MELONI)

E DAL MINISTRO DELLA SALUTE

(SCHILLACI)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

(GIORGETTI)

CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI EUROPEI, IL SUD, LE POLITICHE DI COESIONE E IL PNRR

(FITTO)

CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

(CALDEROLI)

CON IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

(BERNINI)

NOTA: Il presente stampato contiene i pareri espressi dal Comitato per la legislazione e delle Commissioni permanenti I (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni), II (Giustizia), VI (Finanze), VII (Cultura, scienza e istruzione), XI (Lavoro pubblico e privato) e XIV (Politiche dell'Unione europea). La XII Commissione permanente (Affari sociali), il 19 luglio 2024, ha deliberato di riferire favorevolmente sul disegno di legge, nel testo trasmesso dal Senato. In pari data, la Commissione ha chiesto di essere autorizzata a riferire oralmente. Per il testo del disegno di legge si veda lo stampato n. 1975.

E CON IL MINISTRO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

(ZANGRILLO)

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

*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica
il 18 luglio 2024*

(Relatore: **CIOCCHETTI**)

PARERE DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE

Il Comitato per la legislazione,

esaminato il disegno di legge n. 1975 e rilevato che:

sotto il profilo della specificità, dell'omogeneità e dei limiti di contenuto previsti dalla legislazione vigente:

il provvedimento, originariamente composto da 8 articoli per un totale di 40 commi, risulta incrementato, a seguito dell'esame del Senato, a 9 articoli, per un totale di 48 commi; esso appare riconducibile, anche sulla base del preambolo, alla finalità della riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie; potrebbe essere approfondita la riconducibilità alla finalità descritta dell'articolo 3, commi 3-*bis* (possibilità per le regioni e le province autonome di attribuire un punteggio aggiuntivo nei propri concorsi per la partecipazione al servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da COVID-19) e 11-*bis* (assunzioni con contratto a tempo indeterminato di dirigenti sanitari da parte di aziende ospedaliero-universitarie); dell'articolo 6, comma 1-*bis* (riprogrammazione da parte della Regione Calabria di risorse stanziata per la ristrutturazione edilizia e l'adeguamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico) e dell'articolo 7 (imposta sostitutiva sui compensi per prestazioni aggiuntive del personale sanitario);

con riferimento al requisito dell'immediata applicazione delle misure previste dai decreti-legge, di cui all'articolo 15 comma 3 della legge n. 400 del 1988, si segnala che dei 48 commi 8 richiedono l'adozione di provvedimenti attuativi; in particolare, è prevista l'adozione di 1 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 6 decreti ministeriali e 2 provvedimenti di altra natura; in 10 casi è previsto il coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali;

sotto il profilo della semplicità, chiarezza e proprietà della formulazione:

il comma 5 dell'articolo 2 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscano, con « specifica disposizione regionale » l'unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa; al riguardo, potrebbe risultare oggetto di approfondimento l'utilizzo dell'attributo « regionale » dato che la norma fa riferimento anche alle province autonome;

il comma 4-*bis* dell'articolo 3, nel prevedere che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie, specifica che tale adempimento costituisce un elemento contrattuale qualificante; al riguardo, potrebbe essere oggetto di ulteriore approfondimento se con tale specificazione si intenda fare riferimento agli accordi contrattuali richiamati al comma 2, cioè quelli

previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 (accordi sottoscritti tra regioni e aziende sanitarie locali, da un lato, e strutture pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari);

il comma 11 dell'articolo 3 rimette ad un protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano la definizione dei criteri generali cui dovranno attenersi specifici piani operativi regionali finalizzati al recupero delle liste di attesa; al riguardo, si ricorda che la Conferenza Stato-regioni già comprende, al suo interno, una rappresentanza del Governo nazionale; potrebbe quindi essere oggetto di approfondimento se non si intenda fare piuttosto riferimento a un'intesa o un accordo da raggiungere in sede di Conferenza Stato-regioni;

il comma 3 dell'articolo 4 prevede che all'attuazione delle misure di prolungamento, anche nelle giornate di sabato e di domenica, delle fasce orarie per l'erogazione delle visite mediche e specialistiche si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge n. 213 del 2023 (si tratta delle risorse che, fino allo 0,4 per cento del finanziamento statale del fabbisogno sanitario per il 2024, sono destinate alla riduzione dei tempi delle liste di attesa); in proposito, potrebbe essere oggetto di approfondimento il coordinamento della disposizione con quanto stabilito dal precedente comma 11 dell'articolo 3 che prevede che tali risorse non possano essere utilizzate per finalità diverse rispetto a quelle stabilite dal comma 10 del medesimo articolo 3 (che richiede il rispetto da parte delle strutture sanitarie dei tempi di attesa stabiliti dal piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 anche attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato);

l'analisi tecnico-normativa (ATN) e l'analisi di impatto della regolamentazione (AIR) sul testo originario del provvedimento sono state trasmesse al Senato in data 2 luglio 2024, dopo l'avvio del suo esame in sede referente, avvenuto il 12 luglio 2024,

formula, per la conformità ai parametri stabiliti dagli articoli 16-bis e 96-bis del Regolamento, la seguente osservazione:

sotto il profilo della semplicità, chiarezza e proprietà della formulazione:

valuti la Commissione di merito, per le ragioni esposte in premessa, l'opportunità di approfondire la formulazione dell'articolo 2, comma 5, dell'articolo 3, commi 4-*bis* e 11, e dell'articolo 4, comma 3.

PARERE DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

Il Comitato permanente per i pareri della I Commissione,

esaminato il disegno di legge C. 1975, di 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;

rilevato che:

il decreto-legge in conversione è composto da 8 articoli, il primo dei quali, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma;

l'articolo 2 istituisce l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della salute che può esercitare il potere di accesso, a fini ispettivi, a una serie di strutture sanitarie per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione;

l'articolo 3 detta 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;

l'articolo 4 detta disposizioni sul potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche;

l'articolo 5 dispone in tema di superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale;

l'articolo 6 reca ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, autorizzando inoltre la regione Calabria a riprogrammare la quota residua di alcune risorse;

l'articolo 7 interviene in materia di imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario;

l'articolo 7-bis introduce la clausola di salvaguardia mentre l'articolo 8 interviene in materia di entrata in vigore del provvedimento;

ritenuto che:

per quanto attiene al rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite:

il provvedimento appare prevalentemente riconducibile alla competenza concorrente in materia di tutela della salute (articolo 117,

terzo comma, della Costituzione) mentre, con riferimento all'articolo 7, istitutivo di un'imposta sostitutiva, assume rilievo anche la competenza esclusiva statale in materia di sistema tributario (articolo 177, secondo comma, lettera e));

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

il provvedimento prevede forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali, in particolare:

all'articolo 1, comma 3, si richiede il parere della Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato ad adottare le linee guida per la realizzazione e il funzionamento della piattaforma nazionale delle liste di attesa;

all'articolo 1, comma 6, è previsto il parere della Conferenza Stato-regioni sui meccanismi di *audit* che l'AGENAS può attuare nei confronti delle regioni con finalità di verifica del funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa;

all'articolo 2, comma 6, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri chiamato a definire le modalità e le procedure per l'esercizio, da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, dei poteri sostitutivi nei confronti delle regioni;

all'articolo 3, comma 5, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato a definire gli indirizzi per l'individuazione di sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie;

all'articolo 3, comma 11, è previsto un protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei criteri generali cui dovranno attenersi specifici piani operativi regionali finalizzati al recupero delle liste di attesa;

all'articolo 5, comma 1, è prevista l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato ad autorizzare l'incremento del finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto dalla disposizione;

all'articolo 5, comma 2, sono previste intese in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione, rispettivamente, del decreto del Ministro della salute sulla metodologia per il fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale e dei decreti del Ministro

della salute sui piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale;

all'articolo 6, comma 1, è previsto il parere in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini dell'adozione del decreto del Ministro della salute chiamato a definire il piano d'azione per il rafforzamento delle capacità di erogazione dei servizi sanitari e per l'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

PARERE DELLA II COMMISSIONE PERMANENTE

(GIUSTIZIA)

La II Commissione,

esaminato per le parti di competenza il disegno di legge C. 1975, di conversione del decreto-legge n. 73 del 2024 recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, già approvato dal Senato;

osservato che:

l'articolo 1, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal PNRR, istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS) la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, autorizzando pertanto tale Agenzia al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma;

l'articolo 3, comma 9, fa divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere l'attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, della legge n. 266 del 2005 e prevede che, in caso di mancato rispetto di tale divieto, ai fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto in esame, 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;

l'articolo 4, prevede il potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e le aperture straordinarie dei centri trasfusionali e precisa che lo svolgimento di tali attività rileva ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali di sanità;

l'articolo 7, introduce un'imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitarie precisando che per il loro accerta-

mento, riscossione, per le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi, esprime

PARERE FAVOREVOLE

—————
—————

PARERE DELLA VI COMMISSIONE PERMANENTE

(FINANZE)

PARERE FAVOREVOLE

—————
—————

PARERE DELLA VII COMMISSIONE PERMANENTE

(CULTURA, SCIENZA E ISTRUZIONE)

PARERE FAVOREVOLE

—————
—————

PARERE DELLA XI COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO PUBBLICO E PRIVATO)

La XI Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il disegno di legge C. 1975, approvato dal Senato della Repubblica, che dispone la 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;

preso atto che l'articolo 2 reca 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, in ragione dell'istituzione presso il Ministero della salute dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale;

valutato che l'articolo 3 amplia 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, in presenza 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 le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale;

osservato che l'articolo 4 mira ad assicurare che, presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, sia assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale;

segnalato che l'articolo 5 dispone in tema di superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale, demandando a decreti ministeriali 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,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

PARERE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA)

La XIV Commissione,

esaminato il disegno di legge in titolo, di conversione del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza delle prestazioni sanitarie (C. 1975 Governo, approvato dal Senato);

considerato che esso contribuisce a ridefinire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale il nucleo delle garanzie minime previste a tutela del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini;

condivisa pienamente l'esigenza d'istituire presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), in linea con il PNRR, la « Piattaforma nazionale delle liste di attesa », diretta a realizzare l'interoperabilità tra le liste di attesa relative a ciascuna regione;

avuto riguardo alle misure concernenti il potenziamento dell'offerta sanitaria, tra cui, in particolare, il superamento dei limiti assunzionali di personale sanitario e la definizione di un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari nel Mezzogiorno, a valere sulle risorse del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, approvato dalla Commissione europea con la decisione C(2022) 8051 del 4 novembre 2022, nell'ambito della politica di coesione, cofinanziato dal Fondo sociale europeo plus (FSE+) e dal Fondo europeo per lo sviluppo regionale (FESR);

ritenuto che il provvedimento non presenta profili di criticità in ordine alla compatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea ed è pienamente coerente con gli obiettivi generali dell'Unione europea della salute per il periodo 2021-2027,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

PAGINA BIANCA



19PDL0100700