



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 91

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: 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.

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31-7-2024 è stata pubblicata la legge indicata in oggetto di cui **si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse così come illustrate nel dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.**

Articolo 1 (Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa)

L'articolo 1, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal PNRR, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS viene pertanto autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma (comma 1).

Viene stabilito che, per la realizzazione di quanto previsto al comma 1, i dati del flusso informativo "Tessera sanitaria", di cui all'articolo 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 26, sono resi disponibili al Ministero della salute ed alla AGENAS con modalità da definirsi con il Protocollo di cui al comma 10 del citato articolo 50, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali (comma 2).

E' rimesso ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge in esame, sentita AGENAS e previo parere della Conferenza Stato-Regioni, l'adozione di specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione e di funzionamento della Piattaforma nazionale di cui al comma 1 e i criteri di interoperabilità tra la medesima Piattaforma e le piattaforme regionali (comma 3).

Viene poi specificato che la Piattaforma opera in coerenza con il "Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione", come sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2. della Missione 6 salute del PNRR. E' rimessa ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

in vigore del decreto in esame, la definizione delle modalità con cui il modello è reso disponibile alle Regioni ed alle province autonome (comma 4).

La Piattaforma persegue in particolare l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale (comma 5) in merito ad una serie di aspetti espressamente definiti (lettere da a) a g)).

Viene inoltre previsto (comma 6) che a fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. In relazione ai citati meccanismi di audit viene acquisito il preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni (così aggiunto dal Senato).

Viene inserita infine la clausola di invarianza degli oneri finanziari, disponendosi che dall'attuazione dell'articolo in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e che l'AGENAS provvede alle attività di cui all'articolo in esame con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 7).

Articolo 2 (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

L'articolo in titolo – oggetto di completa riformulazione durante l'esame al Senato - istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (di seguito denominato «Organismo»), destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della salute (comma 1).

Nel testo approvato dal Senato (comma 2) il potere di accesso alle strutture sanitarie dell'Organismo, a fini ispettivi, è circoscritto, non si prevedono più poteri istruttori esercitabili su segnalazione né si prevede che gli esiti delle verifiche costituiscono elementi di valutazione ai fini sanzionatori e premiali, ma si stabilisce che le risultanze dei controlli effettuati vengono comunicate alla nuova figura del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), prevista dal successivo comma 5. Resta ferma, nel testo approvato dal Senato, la possibilità di avvalimento del Comando Carabinieri per la tutela della salute, con la precisazione che tale avvalimento è possibile nello svolgimento delle funzioni proprie dell'Organismo.

L'Organismo è costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale; in relazione a tale previsione sono dettate disposizioni in tema di dotazione organica del Ministero della salute, conferimento di incarichi dirigenziali, reclutamento di personale, autorizzazioni di spesa, quantificazioni di oneri e relative coperture.

Nel testo approvato dal Senato si prevede, in particolare, l'istituzione, da parte delle regioni e delle province autonome, dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi delle liste d'attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede 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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

validità annuale. 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.

Articolo 3, commi 1-3, 4-11 e 12 (Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

L'articolo 3, detta disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo, al comma 1, l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale. Nel corso dell'esame al Senato sono state inserite alcune specifiche sulle modalità di accesso alle prestazioni, in particolare: a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza; b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico; c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale; d) accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

Il comma 2 stabilisce che, per l'attuazione di quanto previsto dal comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del D.Lgs n. 502/1992.

Il comma 3 stabilisce che l'implementazione di una piena interoperabilità del sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP, da parte delle strutture sanitarie private accreditate (così sostituito dal Senato), costituisce un nuovo specifico elemento di valutazione da parte delle regioni e delle province autonome nell'ambito delle procedure di rilascio per l'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e della relativa disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

Il comma 4 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano promuovano l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket.

Al successivo comma 4-*bis*, aggiunto durante l'esame al Senato, si prevede che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitari. Tale adempimento



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

costituisce elemento contrattuale qualificante.

Il comma 5 dispone l'attivazione da parte del CUP di un sistema di disdetta, finalizzato a ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministero della salute, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni.

Il comma 6 stabilisce che l'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, accertata definitivamente, costituisce illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lett. e), del Codice dei contratti pubblici, con conseguente esclusione dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'impossibilità per l'operatore economico di avvalersi dell'articolo 96, commi 2,3,4,5 e 6, del Codice dei contratti pubblici.

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

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

Al comma 9 è fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere l'attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, Legge n. 266/2005. In caso di mancato rispetto di tale divieto, ai fatti commessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, legge n. 266/2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

Il comma 10 prevede che, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 (Legge di bilancio per il 2024), attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Il comma 10-*bis*, inserito dal Senato, prevede che, ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal precedente comma, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi già previsti, nonché nel limite di spesa richiamato al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria possono consistere in: a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni; b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate; d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

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

Il comma 12 detta, infine, la clausola di invarianza finanziaria.

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

Il comma 11-*bis* dell'articolo 3 opera una revisione di una disciplina specifica che, nel testo vigente, consente alle aziende ospedaliero-universitarie, rientranti in una determinata tipologia, il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato con personale medico o sanitario laureato, da assumere con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale. La novella sopprime il limite temporale per i contratti in esame (e il connesso divieto di rinnovo dei medesimi), prevedendo la possibilità di assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari (ivi compresi i dirigenti medici). Restano ferme le condizioni che subordinano la possibilità in oggetto



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

alla sussistenza di esigenze assistenziali – a cui non si possa far fronte con l'organico funzionale dei professori e dei ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'azienda in oggetto – nonché al rispetto dei limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Articolo 4, commi 1 e 2-3 (*Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche*)

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

Il comma 1, al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie ed evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, prevede che, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3 (così precisato dal Senato), le visite mediche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. Spetta ai direttori regionali della sanità vigilare sull'attuazione di tale disposizione e trasmettere un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Lo svolgimento di tali attività rileva ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali di sanità.

Il comma 2 prevede che, presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza (tale ultima specifica è stata inserita nel corso dell'esame al Senato) un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tal fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

Il comma 3 stabilisce che per l'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Articolo 4, comma 1-bis (*Orari e giorni di apertura dei centri trasfusionali*)

Il comma 1-bis – inserito dal Senato - dell'articolo 4 prevede la possibilità di apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi. L'apertura straordinaria in oggetto può essere disposta dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale fino al conseguimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma e comunque nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Articolo 5 (*Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario*)

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In primo luogo, viene disposto - a decorrere dal 2024, e fino alla data di adozione dei decreti di cui al successivo comma 2 - l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale anzidetto autorizzati per l'anno 2023 ai sensi della normativa già vigente in materia. Detti valori di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

Si stabilisce inoltre che, su richiesta della regione, l'incremento può essere aumentato di un ulteriore importo sino al 5% dello stesso – pertanto fino al 15% del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente - compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN.

L'ulteriore incremento della misura massima del 5% viene autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale mediante decreto interministeriale Salute-MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (comma 1).

A decorrere dall'anno 2025 viene poi demandata ad uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni (comma 2).

Viene infine stabilito che fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN, di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (comma 3).

Articolo 6, comma 1 (*Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale*)

L'articolo 6, al comma 1, prevede iniziative per il potenziamento dell'offerta assistenziale e per il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia (regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027), iniziative da individuarsi attraverso un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Tale piano, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, previo parere della Conferenza Stato-regioni, è previsto a valere sulle risorse del Programma Nazionale predetto, e nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021 - 2027 e dei criteri di ammissibilità del medesimo Programma.

In particolare, il piano d'azione succitato - da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge - dovrà avere riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale e all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM), dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), dai Consulenti Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici.

Si ricorda che il DSM costituisce l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Le REMS sono strutture deputate ad accogliere le persone affette da disturbi mentali, autrici di reati, a cui viene applicata dalla magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'assegnazione a casa di cura e custodia.

Mediante il piano suddetto, precisa l'articolo in esame, devono essere individuate iniziative rivolte alle seguenti finalità:

- a) realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;**
- b) realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale, dei Consulenti familiari e dei Punti screening;**
- c) realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;**
- d) formazione degli operatori sanitari.**

Con riguardo alla **formazione degli operatori sanitari**, viene previsto che essa debba essere rivolta ai seguenti scopi:

- 1) sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e con gli enti del terzo settore;**
- 2) sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consulenti familiari;**
- 3) sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica;**
- 4) sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.**

Articolo 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

sanitario)

L'articolo 7, ai commi 1 e 2, assoggetta le prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del personale sanitario del comparto sanità a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%. I commi 3 e 4 recano la quantificazione degli oneri derivanti dai commi 1 e 2. Il comma 5 precisa le modalità di attuazione relative alla data di decorrenza dell'agevolazione, nonché all'accertamento, alla riscossione, alle sanzioni e al contenzioso. Il comma 6, modificato dal Senato, indica le fonti di copertura finanziaria degli oneri.

Gli articoli 7-bis e 8 recano, rispettivamente, la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, e la disposizione sull'entrata in vigore del decreto.

In conclusione, al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega il provvedimento indicato in oggetto (All. n. 1).

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

All.n.1

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005