

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1850

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BONETTI, RICHETTI, BENZONI, D'ALESSIO, GRIPPO, SOTTANELLI,  
CARFAGNA, CASTIGLIONE, ENRICO COSTA, ONORI, PASTORELLA,  
ROSATO, RUFFINO**

Disposizioni per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, la riduzione delle liste di attesa, nonché in materia di personale del Servizio sanitario nazionale e di entrata in vigore delle tariffe di riferimento per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica

*Presentata l'8 maggio 2024*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è ormai in una crisi strutturale che potrebbe diventare irreversibile, con profonde ricadute sulla qualità e sull'aspettativa di vita di milioni di persone, mettendo a rischio la tenuta sociale del Paese.

Secondo le stime più aggiornate, mancano 40.000 medici, tra medici ospedalieri e medici di medicina generale, e 65.000 infermieri (dati dell'associazione sindacale Anaa Assomed). Ci sono ancora almeno dieci milioni di prestazioni urgenti in arretrato e i tempi di attesa sono inaccettabili: a titolo esemplificativo, si arriva ad aspettare fino a ventiquattro mesi per una

mammografia. La situazione in cui versano gli ospedali italiani denota forti criticità: di fatti, sono dotati solo di 3,1 posti letto ogni 1.000 abitanti, a differenza di quanto avviene in Germania (8 posti letto ogni 1.000 abitanti) o in Francia (5 posti letto ogni 1.000 abitanti), e 261 ospedali pubblici sono stati chiusi negli ultimi vent'anni.

Oltretutto, con l'invecchiamento progressivo della popolazione il numero di prestazioni richieste sarà sempre maggiore: l'Italia si conferma il Paese con l'indice di vecchiaia più alto dell'Unione europea, con un rapporto di 187,6 anziani ultrasessantenni ogni cento giovani di età inferiore a quattordici anni. La media dell'UE

è pari a 138,4, ossia quasi 50 punti in meno.

In questa situazione, la spesa pubblica *pro capite* italiana in sanità è inferiore alla metà di quella tedesca e nel 2025 il finanziamento dell'SSN sarà pari al 6,2 per cento del prodotto interno lordo (PIL), una percentuale inferiore a quella di vent'anni fa. Non è possibile pensare di riportare l'SSN a un livello di prestazioni accettabile continuando a definanziarlo.

In base agli ultimi dati dell'Istituto nazionale di statistica, in Italia ogni anno 4,5 milioni di cittadini rinunciano a curarsi a causa della lunghezza dei tempi di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie nel settore pubblico: la quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6 per cento dell'intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7 per cento dell'anno precedente. Ogni anno, circa 2 milioni di persone si indebitano per curarsi. La spesa privata in sanità, cosiddetta « *out of pocket* », ha toccato i 40 miliardi di euro: quasi un terzo della spesa pubblica per la sanità, tenuto conto che nel 2023 le risorse del Fondo sanitario nazionale ammontano a circa 129 miliardi di euro.

L'attuale processo di gestione delle liste di attesa prevede che i pazienti che non ricevono un appuntamento in ospedale nei tempi previsti possano, secondo la legge, chiedere di ricevere la prestazione in regime di *intramoenia* o presso strutture private accreditate, chiedendo successivamente all'azienda sanitaria locale (ASL) di competenza il rimborso di quanto pagato in eccedenza rispetto all'importo del *ticket*. Questo sistema presenta alcune criticità: le modalità di prenotazione e rimborso non sono omogenee nel territorio nazionale, inoltre il paziente deve anticipare il pagamento, potendo richiedere solo in una fase successiva il rimborso all'ASL attraverso complesse procedure amministrative, sempre a condizione che i fondi non siano esauriti, tenuto conto che le risorse stanziolate dalle regioni per il rimborso di tali prestazioni sono spesso insufficienti.

Si rilevano, inoltre, ulteriori criticità relative al personale sanitario legate alle condizioni di lavoro che rendono poco attrattivo il lavoro nell'SSN: i medici e gli infermieri italiani, infatti, hanno un salario inferiore, rispettivamente di 70.000 e 20.000 euro, rispetto ai colleghi tedeschi. Non si tratta di un caso isolato: anche in Spagna, in Francia, nel Regno Unito, in Belgio e in Olanda i professionisti sanitari sono pagati di più che in Italia, con condizioni lavorative migliori di quelle offerte dal nostro Paese. La conseguenza è che, negli ultimi vent'anni, oltre 180.000 professionisti sanitari hanno scelto di lavorare all'estero: si tratta di una « fuga di cervelli » che, oltre a provocare evidenti problemi di mancanza di personale, comporta una perdita di competenze ed eccellenze nel nostro Paese. Occorre, quindi, rendere nuovamente attrattivo l'SSN, riconoscendo a chi lavora negli ospedali italiani una retribuzione congrua e allineata alla media dei grandi Paesi europei, anche attraverso adeguati aumenti delle previsioni finanziarie destinate al personale del comparto sanità.

La presente proposta di legge consta di sette articoli.

Nel dettaglio, l'articolo 1, comma 1, prevede che, qualora non sia possibile effettuare le visite specialistiche e le prestazioni strumentali o in regime di ricovero già citate presso le strutture pubbliche entro i termini previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, l'assistito avente un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a 50.000 euro ha diritto di ricevere tali prestazioni presso una struttura sanitaria accreditata ovvero, in mancanza di disponibilità, presso una struttura sanitaria privata autorizzata, alla tariffa prevista per una prestazione analoga nella struttura ospedaliera pubblica.

Il comma 2 disciplina le modalità operative attraverso le quali tale possibilità viene garantita agli assistiti dal centro unico di prenotazione (CUP). Tale meccanismo è particolarmente significativo per i pazienti a basso reddito in quanto consente loro di non dover anticipare il pagamento alla struttura sanitaria accreditata o sanitaria privata autorizzata e di non dover successivamente espletare la procedura amministrativa per il rimborso, eliminando allo

stesso tempo l'incertezza relativa al rimborso stesso.

Il comma 3 stabilisce che, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, le regioni e le province autonome aggiornano gli accordi vigenti con le strutture sanitarie accreditate al fine di aumentare il numero di prestazioni rimborsabili e stipulano analoghi accordi con le strutture sanitarie private autorizzate; si prevede, inoltre, che le tariffe previste da tali accordi non possano essere inferiori a quelle individuate dal decreto del Ministro della salute 23 giugno 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 4 agosto 2023, concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, le regioni e le province autonome sono tenute ad adeguare la propria normativa in materia di CUP al fine di inserire nelle relative agende di prenotazione le strutture e le prestazioni sanitarie previste dagli accordi stipulati e di aggiornare i sistemi operativi informatici e telefonici dei medesimi CUP, prevedendo sistemi di identificazione e autocertificazione della situazione economica degli assistiti (commi 4 e 5).

Infine, il comma 6 prevede che l'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa pubblici una relazione trimestrale sugli effetti delle disposizioni della presente legge per quanto concerne la riduzione delle liste di attesa, il numero di prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate e autorizzate nonché l'utilizzo delle risorse da parte di ciascuna regione e provincia autonoma.

Per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti dall'articolo 1 e consentire alle aziende sanitarie locali di rimborsare le strutture sanitarie private accreditate e autorizzate per le prestazioni erogate, è autorizzata la spesa complessiva di 3 miliardi di euro per il biennio 2024-2025. Tale somma è ripartita sulla base dei dati relativi al numero di prestazioni sanitarie in lista attesa per ciascuna regione e provincia autonoma forniti dall'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, previa intesa

da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Tali risorse sono stanziare in misura aggiuntiva rispetto al tetto di spesa già stabilito per l'acquisto delle prestazioni sanitarie da privato.

La stima di tali oneri si basa sull'ipotesi prudenziale che, secondo quanto certificato dalla Corte dei conti, le prestazioni in lista di attesa al 31 dicembre 2022 fossero circa 10 milioni.

Per rendere efficiente tutto il processo è inoltre necessario intervenire sul sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie; attualmente, infatti, in alcune regioni tale sistema è frammentato a livello di singola azienda sanitaria locale o singola struttura sanitaria, determinando inefficienza allocativa e disagi ai pazienti.

Per tale ragione l'articolo 2 prevede che, al fine di procedere all'armonizzazione dei sistemi CUP attraverso la definizione di caratteristiche minime e uniformi a livello nazionale, nonché di rendere possibile la prenotazione di prestazioni sanitarie presso varie tipologie di strutture, comprese quelle non accreditate, per i diversi regimi di erogazione (prestazioni SSN, libera professione intramoenia e intramoenia allargata) e per le differenti modalità di accesso (ricovero ordinario, *day hospital*, specialistica ambulatoriale eccetera), nell'ambito di ciascun bacino territoriale operi un solo CUP avente caratteristiche uniformi ai sensi delle Linee guida nazionali per il sistema CUP del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 27 ottobre 2009. A tal fine, sulla base dei criteri forniti dal Ministero della salute, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nonché in attuazione del citato Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ciascuna regione e provincia autonoma individua, entro i successivi sessanta giorni, bacini territoriali omogenei dal punto di vista demografico nonché del numero e della tipologia di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e autorizzate e provvede, entro ulteriori novanta giorni, alla riorganizzazione dei CUP stessi.

L'articolo 3, comma 1, disciplina il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, anche ai fini dell'incremento delle risorse destinate alla contrattazione collettiva del comparto sanità, prevedendo un aumento che consenta il raggiungimento di una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale al 2028, con un incremento graduale percentuale pari allo 0,21 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Il comma 2 prevede, nelle more della definizione di nuovi trattamenti salariali nell'ambito del contratto collettivo nazionale di lavoro di riferimento, un incremento delle risorse destinate ai miglioramenti economici per il personale del comparto sanità di ulteriori 500 milioni di euro per ciascun anno dal 2026 al 2028.

L'articolo 4 interviene ai fini del riconoscimento del lavoro in corsia come lavoro usurante. Vengono previste, inoltre, ulteriori risorse a favore del personale operante nei servizi di pronto soccorso nonché il riconoscimento di giorni di ferie aggiuntivi, all'interno dei contratti collettivi nazionali di lavoro, per il personale dei servizi di emergenza-urgenza. Per la medesima categoria di personale, con un'età superiore a sessant'anni, si introduce la possibilità di esonero dal lavoro notturno.

L'articolo 5 interviene in materia di rafforzamento del personale medico e infermieristico. In particolare, sono prorogati fino al 31 dicembre 2026: il conferimento, da parte delle aziende e degli enti dell'SSN, di incarichi a tempo determinato ai medici specializzandi iscritti al corso della scuola di specializzazione, nelle modalità previste con apposito decreto del Ministero della Salute (comma 1); l'assunzione di incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale per i laureati in medicina e chirurgia abilitati e l'assunzione, durante il percorso formativo, di incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di

libera scelta convenzionati con l'SSN per i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria (comma 2); il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo ai medici specializzandi e di incarichi a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie, agli operatori socio-sanitari e ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione (comma 3); il conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione (comma 4). Il comma 5 consente inoltre la partecipazione ai concorsi per l'accesso a posizioni dirigenziali nell'SSN nella disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza al personale medico che abbia maturato, nei termini previsti e purché in possesso di specifici requisiti, almeno due anni di servizio, anche non continuativo, con specifiche tipologie contrattuali presso i servizi di emergenza-urgenza dell'SSN, compresi i servizi del numero di emergenza sanitaria 118. Infine, il comma 6 rende strutturale la possibilità, per i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi, di assumere, volontariamente e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri dell'SSN, fino a dieci ore settimanali.

L'articolo 6, al fine di assicurare più ampi livelli essenziali di assistenza sanitaria, prevede che con decreto del Ministro della salute sia stabilito il termine perentorio per l'entrata in vigore delle disposizioni in materia di tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, da ultimo prorogato al 1° aprile 2025 dal decreto del Ministro della salute 31 marzo 2024, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 101 del 2 maggio 2024.

Infine, l'articolo 7 reca le disposizioni finanziarie.

## PROPOSTA DI LEGGE

### Art. 1.

*(Misure straordinarie e urgenti per la riduzione delle liste d'attesa)*

1. Al fine di ridurre le liste d'attesa, fino al 31 dicembre 2025, qualora non sia possibile effettuare le visite specialistiche e le prestazioni strumentali o in regime di ricovero previste nell'Allegato B annesso al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di seguito denominato « Piano », presso le strutture pubbliche ed entro i termini previsti dallo stesso Piano, l'assistito avente un indicatore della situazione economica equivalente inferiore a 50.000 euro ha diritto a ricevere tali prestazioni presso una struttura sanitaria accreditata o una struttura sanitaria privata autorizzata con applicazione della tariffa prevista per una prestazione analoga in una struttura sanitaria pubblica.

2. Ai fini di cui al comma 1, nel caso in cui il centro unico di prenotazione (CUP) non registri disponibilità per le prestazioni di cui al medesimo comma 1 presso le strutture sanitarie pubbliche del bacino di appartenenza entro i termini previsti dal Piano, propone all'assistito di effettuare le visite specialistiche o le prestazioni strumentali o in regime di ricovero previste nel citato Allegato B annesso al Piano tramite il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria o presso una struttura sanitaria accreditata ovvero, in mancanza di disponibilità, presso una struttura sanitaria privata autorizzata.

3. Ai fini di cui al presente articolo, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome aggiornano gli accordi vigenti con le strutture sanitarie accreditate e stipulano appositi accordi con le strutture sanitarie private autorizzate. Le tariffe previste da tali accordi non possono essere inferiori a quelle individuate dal decreto del Ministro della salute 23 giugno

2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 4 agosto 2023, recante definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

4. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e province autonome adeguano la propria normativa in materia di sistemi CUP al fine di inserire le strutture e le prestazioni sanitarie previste dagli accordi di cui al comma 3 nelle agende di prenotazione.

5. Ai fini dell'accesso al beneficio di cui al comma 1, entro il medesimo termine di cui al comma 4, le regioni e le province autonome adeguano i sistemi operativi informatici e telefonici dei rispettivi CUP prevedendo sistemi di identificazione e autocertificazione della situazione economica degli assistiti, secondo quanto previsto dal testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

6. A decorrere dal novantesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge e fino al 31 dicembre 2026, l'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa pubblica una relazione trimestrale concernente gli effetti delle disposizioni di cui al presente articolo sulla riduzione delle liste di attesa, sul numero di prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate e autorizzate e sull'utilizzo delle risorse di cui al comma 7 da parte di ciascuna regione e provincia autonoma.

7. Ai fini dell'attuazione delle misure e degli interventi di cui al presente articolo e per consentire alle aziende sanitarie locali di rimborsare le strutture sanitarie private accreditate e autorizzate per le prestazioni erogate ai sensi del medesimo articolo sulla base degli accordi di cui al comma 3, è autorizzata la spesa di 1.000 milioni di euro per l'anno 2024 e di 2.000 milioni di euro per l'anno 2025. Tale somma è ripartita tra le regioni e le province autonome sulla base dei dati sul rispettivo numero di prestazioni in lista di attesa forniti dall'Os-

servatorio nazionale sulle liste di attesa, previa intesa da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

#### Art. 2.

*(Armonizzazione dei sistemi CUP nell'ambito di bacini territoriali omogenei)*

1. Al fine di procedere all'armonizzazione dei sistemi CUP attraverso la definizione di caratteristiche minime e uniformi a livello nazionale, nonché per rendere possibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie presso varie tipologie di strutture, comprese quelle non accreditate, per regimi di erogazione e per modalità di accesso differenziati, nell'ambito di ciascun bacino territoriale individuato ai sensi del comma 2 opera un solo CUP unificato avente le caratteristiche individuate dalle Linee guida nazionali per il sistema CUP.

2. Sulla base dei criteri forniti dal Ministero della salute entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge nonché in attuazione di quanto previsto dal Piano di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, ciascuna regione e provincia autonoma individua, entro i successivi sessanta giorni, bacini territoriali omogenei dal punto di vista demografico, del numero e della tipologia di strutture sanitarie pubbliche nonché private accreditate e autorizzate e, entro i successivi novanta giorni, provvede alla riorganizzazione dei rispettivi CUP.

#### Art. 3.

*(Disposizioni per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard e per l'incremento delle risorse destinate alla contrattazione collettiva del comparto sanità)*

1. A decorrere dall'anno 2024, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della

legge 29 dicembre 2022, n. 197, è incrementato su base annua dello 0,21 per cento del prodotto interno lordo (PIL) nominale nazionale per ciascuno degli anni dal 2025 al 2028 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

2. Al fine di allineare il trattamento economico del personale medico e infermieristico operante nelle strutture sanitarie italiane a quello previsto per il personale medico e infermieristico nei principali Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, per il triennio contrattuale 2025-2027, nelle more della definizione degli oneri posti a carico del bilancio statale per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le risorse destinate ai miglioramenti economici per il personale del comparto sanità sono incrementate di 500 milioni di euro per ciascun anno dal 2026 al 2028.

#### Art. 4.

*(Misure a favore del personale operante nei servizi di pronto soccorso)*

1. Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso, all'articolo 1, comma 526, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, le parole: « e, con decorrenza dal 1° gennaio 2024, di complessivi 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità » sono sostituite



dalle seguenti: « dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024, di complessivi 200 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità e, con decorrenza dal 1° gennaio 2025, di complessivi 400 milioni di euro annui, di cui 120 milioni di euro per la dirigenza medica e 280 milioni di euro per il personale del comparto sanità ».

2. Ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, dopo la lettera *d*) dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67, è aggiunta la seguente:

« *d-bis*) personale della dirigenza medica e del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso ».

3. Al decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, sono apportate le seguenti modificazioni:

*a*) all'articolo 10, dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« *3-bis*. I contratti collettivi nazionali del comparto sanità del Servizio sanitario nazionale o del comparto sanità privata individuano i giorni aggiuntivi di ferie da riconoscere al personale dei servizi di emergenza-urgenza ».

*b*) all'articolo 11, comma 2, dopo il primo periodo è inserito il seguente: « I contratti collettivi nazionali del comparto sanità del Servizio sanitario nazionale o del comparto sanità privata prevedono la possibilità per il personale dei servizi di emergenza-urgenza di età superiore a sessant'anni di essere escluso dall'obbligo di effettuare lavoro notturno ».

#### Art. 5.

*(Disposizioni in materia di rafforzamento del personale medico e infermieristico)*

1. Al fine di affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri

del Servizio sanitario nazionale e di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e fino al 31 dicembre 2026, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono disporre il conferimento di incarichi a tempo determinato ai medici specializzandi iscritti al relativo corso della scuola di specializzazione. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità applicative delle disposizioni di cui al presente comma, con particolare riferimento al percorso formativo degli specializzandi, da svolgere con le necessarie garanzie di sicurezza nelle aree cliniche individuate specificatamente per lo svolgimento di tali incarichi, anche al fine di garantire che i medesimi medici specializzandi svolgano le proprie mansioni con il minor rischio possibile per i pazienti e che la loro responsabilità sia proporzionata alle attività svolte e alle competenze acquisite.

2. All'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, le parole: « 31 dicembre 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2026 ».

3. All'articolo 1, comma 268, lettera *a*), della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le parole: « anche per gli anni 2022, 2023 e 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « anche per gli anni dal 2022 al 2026 » e le parole: « 31 dicembre 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2026 ».

4. All'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, le parole: « 31 dicembre 2024 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2026 ».

5. Il personale medico che, al 30 aprile 2024, abbia maturato, nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2014 e il 30 aprile 2024, presso i servizi di emergenza-urgenza del Servizio sanitario nazionale, compresi i servizi del numero di emergenza sanitaria « 118 », almeno due anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, contratti di collaborazione co-

ordinata e continuativa, contratti di convenzione o altre forme di lavoro flessibile ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività, equivalente ad almeno due anni di servizio del personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso i predetti servizi, è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, purché in possesso di un diploma di specializzazione, anche in altra disciplina, e dell'attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale.

6. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: « Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale » sono soppresse e le parole: « 8 ore settimanali » sono sostituite dalle seguenti: « 10 ore settimanali ».

#### Art. 6.

*(Disposizioni in materia di tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica)*

1. Nelle more della previsione di adeguati incrementi tariffari e dei relativi finanziamenti, al fine di assicurare i più ampi e innovativi livelli essenziali d'assistenza sanitaria, evitando disparità assistenziali in danno dei cittadini, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, è stabilito il termine perentorio, in ogni caso non superiore a ulteriori trenta giorni, dell'entrata in vigore delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto del Ministro della salute 23 giugno 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 4 agosto 2023.

#### Art. 7.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Gli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1,

della presente legge, a partire dal livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e tenuto conto delle previsioni di crescita del PIL tendenziale e programmatico sono valutati, in termini incrementali rispetto al finanziamento 2023, in 4.000 milioni di euro per l'anno 2023, in 8.000 milioni di euro per l'anno 2024, in 12.000 milioni di euro per l'anno 2025, in 16.000 milioni di euro per l'anno 2026 e in 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027. A tali oneri si si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, vengono individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

2. Gli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui agli articoli 1, 2, 3, comma 2, 4, 5 e 6 sono valutati in 1.000 milioni per l'anno 2024, in 2.200 milioni per l'anno 2025, in 700 milioni di euro per ciascun anno dal 2026 al 2028 e in 200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029. A tali oneri si provvede attraverso le minori spese derivanti da interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica. A tale fine, entro il 31 luglio 2024, sono approvati provvedimenti regolamentari e amministrativi che assicurino minori spese pari a 1.500 milioni di euro per l'anno 2024, a 2,200 milioni per l'anno 2025, a 700 milioni di euro per ciascun anno dal 2026 al 2028 e a 200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029. Qualora le suddette misure non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati dal presente comma, entro il 15 settembre 2024, con decreto del Presi-

dente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte eventuali e ulteriori riduzioni dell'importo delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, tali da assicurare maggiori entrate pari agli importi di cui al presente comma, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, del diritto all'istruzione, dei contribuenti più deboli e delle famiglie.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



\*19PDL0089900\*