

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 278

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SPERANZA, BERSANI, BOLDRINI, CONTE, EPIFANI, FASSINA, FORNARO, FRATOIANNI, MURONI, OCCHIONERO, PALAZZOTTO, PASTORINO, ROSTAN, STUMPO

Disposizioni in materia di finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Presentata il 23 marzo 2018

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge reca nuove disposizioni in materia sanitaria e si articola su tre assi fondamentali che riguardano essenzialmente l'abolizione del cosiddetto *superticket*, la rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e, infine, l'allentamento dei vicoli per l'assunzione del personale sanitario.

1. Abolizione del *superticket*.

Come noto, la legge finanziaria per il 2007 (legge n. 296 del 2006, articolo 1, comma 796, lettere *p*) e *p-bis*) ha introdotto per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro (cosiddetto *extra-ticket* regionale o *superti-*

cket), a carico degli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo.

La norma prevede che le regioni, in alternativa all'applicazione del *superticket*, possano adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, purché garantiscano il medesimo gettito.

Di fatto, però, la norma sul *superticket* non è mai stata attuata fino al 2011. Con provvedimenti successivi, infatti, il *superticket* era stato abolito per gli anni dal 2007 al 2011. È stato poi il Governo Berlusconi a reintrodurlo e renderlo operativo definitivamente con il decreto-legge n. 98 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111 del 2011.

Già durante il corso della XVII legislatura la nostra parte politica aveva chiesto e proposto con forza l'abolizione del *super-*

ticket, anche, da ultimo, con specifici emendamenti alla legge di bilancio per il 2018.

Il Governo, tuttavia, ha respinto le nostre richieste, provvedendo solamente a introdurre alcune norme che dovrebbero favorire le regioni a ridurre questa tassa.

La legge di bilancio per il 2018 (legge n. 205 del 2017, articolo 1, commi 804 e 805) approvata a fine dicembre dal Parlamento, ha infatti istituito un Fondo per la riduzione del *superticket*, con una dotazione annua di 60 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018 per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020.

La definizione dei criteri per la ripartizione del Fondo è demandata a un decreto del Ministro della salute, da adottare entro due mesi dall'entrata in vigore della citata legge di bilancio, di cui ad oggi non si vede traccia.

Nel riparto, peraltro, in modo del tutto confusionario la normativa attuale dispone che dovranno essere privilegiate le regioni in cui siano state adottate iniziative intese ad ampliare il numero dei soggetti esentati dal pagamento della quota fissa di 10 euro, ovvero in cui siano state introdotte misure alternative regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, con il rischio di provocare l'effetto inverso ed erogare fondi e risorse finanziarie a regioni che di fatto hanno già abbracciato la logica del superamento del *superticket*, non estendendo tali benefici alle regioni che non hanno ancora provveduto a intervenire in materia.

Sono cinque gli enti che non applicano il *superticket* (Valle d'Aosta, la provincia autonoma di Bolzano, Lazio, Basilicata, la provincia autonoma di Trento dal 1° giugno 2015 prevede una quota di 3 euro), otto regioni (Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna) applicano il *superticket*, mentre le restanti regioni applicano misure alternative alla quota fissa.

La regione Lazio lo ha abolito dal 1° gennaio 2017.

Le misure alternative sono articolate secondo diverse modalità: in cinque regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche,) la quota della ricetta è ri-

modulata in base al reddito familiare, in tre regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia) la rimodulazione è basata sul valore della ricetta.

Tuttavia, sono differenti sia le fasce di reddito applicate nelle regioni, sia le modalità di calcolo del reddito considerato (in alcune si utilizza il reddito familiare, in altre l'indicatore della situazione economica equivalente-ISEE), sia le fasce di valore delle ricette. Inoltre, alcune regioni prevedono *ticket* differenziati per alcune prestazioni ad alto costo (ad esempio TAC, RM, PET, chirurgia ambulatoriale).

Si sottolinea che, con riguardo alla compartecipazione al costo in ambito sanitario (*ticket* e *superticket*), sono forti le differenze tra le regioni. Differenze che sono ancora più evidenti se si considerano le prestazioni specialistiche ambulatoriali, per le quali la legge n. 537 del 1993 ha introdotto il pagamento fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta a carico di tutti i cittadini e rispetto alle quali, come già ricordato, il decreto-legge n. 98 del 2011 ha reintrodotto, per i non esenti, il pagamento di un'ulteriore quota fissa di 10 euro (*superticket*) (che era stata prevista dall'articolo 1, comma 796, lettera p), della legge n. 296 del 2006), consentendo però alle regioni di adottare, in alternativa, misure diverse che assicurino lo stesso gettito, aggiuntive rispetto alle misure eventualmente già vigenti nelle singole regioni.

La conseguenza è che l'importo del *ticket* che i cittadini sono tenuti a pagare per le prestazioni specialistiche ambulatoriali dipende in ciascuna regione:

dalle tariffe regionali delle singole prestazioni, fino al limite massimo di cui alla legge n. 537 del 1993 (36,15 euro) o previsto localmente;

dalle misure di compartecipazione aggiuntive eventualmente adottate;

dal decreto-legge n. 98 del 2011 (*superticket* o misure alternative).

Le principali stime sui mancati introiti conseguenti all'abolizione del *superticket* di 10 euro li quantificano in circa 600 milioni di euro a regime.

Con la presente proposta di legge, all'articolo 1, si provvede ad abolire definitivamente questo balzello e ai fini della copertura necessaria si utilizzano non solo le risorse già stanziata a legislazione vigente dalla legge di bilancio per il 2018, pari a 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 nell'arco del triennio 2018, 2019 e 2020, ma anche le maggiori entrate rivenienti dall'abolizione della deduzione forfetaria dei canoni di locazione, che è pari al 35 per cento per le cosiddette dimore storiche e da cui si ricava un gettito accertato di 545 milioni di euro annui a regime a decorrere dall'anno 2018 (545 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 + 60 milioni di euro annui già scontati ai sensi della legge di bilancio per il 2018 = 605 milioni di euro complessivi a decorrere dall'anno 2018).

2. Rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale.

La legge n. 232 del 2016, articolo 1, comma 392, aveva ridotto il finanziamento

per il SSN per il 2018 di 998 milioni di euro rispetto a quanto previsto solo pochi mesi prima, nel febbraio 2016, con intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito « Conferenza Stato-regioni ».

La presente proposta di legge ripristina il livello di finanziamento deciso con l'intesa.

Si prevede, inoltre, il livello del finanziamento per gli anni 2019 e 2020, con l'obiettivo di arrestare progressivamente la riduzione del rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo (PIL).

In base ai dati consuntivi regionali derivanti dal Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, che ha consolidato i dati della spesa sanitaria corrente dal 2008 al 2014 ricavati dai conti economici delle regioni, emerge il *trend* di variazione evidenziato nella seguente tabella sulla spesa sanitaria corrente:

TAB. 1 – Spesa sanitaria corrente – anni 2008-2014 (valori in miliardi di euro)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Valori assoluti	108,143	111,372	112,630	112,623	112,668	111,684	112,672
Var. per cento		2,99	1,13	-0,01	0,04	-0,87	0,88

(Fonte: elaborazione Agenas su dati del Ministero della salute)

In particolare, nel 2014, si registra un nuovo aumento del *trend* benché, come evidenziato anche nella relazione della Corte dei conti (Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica), l'incremento della spesa si sia mantenuto al di sotto del tasso di variazione del PIL nominale.

Sotto il profilo del finanziamento statale diretto alla spesa sanitaria corrente, la tabella che segue mostra gli importi definiti

da successivi provvedimenti, a partire dalle previsioni di razionalizzazione della spesa operate dal Patto per la salute 2010-2012 (attuato dall'articolo 2, commi 66-67, della legge n. 191 del 2009 – legge finanziaria 2010).

Come si evince dalle cifre, gli importi subiscono successive rideterminazioni in diminuzione dei valori, pur facendo registrare un progressivo incremento dei finanziamenti.

TAB. 2 – Finanziamento statale del SSN (in miliardi di euro)											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 e ss.
Patto per la salute 2010-2012 (attuato da articolo 2, commi 66-67 della legge n. 191 del 2009)	104,564	106,884	109,877								
Articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111 del 2011		106,905	107,961	109,294	110,786						
Intesa del 19 dicembre 2013				107,004							
Patto per la salute 2014-2016 (intesa 10 luglio 2014)					109,928	112,062	115,444				
Articolo 1, commi 555-557, della legge n. 190 del 2014, - attuazione Patto per la salute 2014-2016						112,062	115,444				
Decreto-legge n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 2015 (articoli da 9-bis a 9-novies) che attua l'intesa 26 febbraio 2015) e intesa del 23 dicembre 2015						109,715	113,092				
Articolo 1, comma 568, della legge n. 208 del 2015							111,00				

TAB. 2 – Finanziamento statale del SSN (in miliardi di euro)											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 e ss.
Intesa 11 febbraio 2016 (in attuazione del comma 680 dell'articolo 1 della legge n. 208 del 2015)									113,063	114,998	
Articolo 1, comma 392, della legge n. 232 del 2016								113,000	114,000	115,000	n.d.
Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 5 giugno 2017 (in attuazione del comma 680 dell'articolo 1 della legge n. 208 del 2015)									113,396	114,396	-

Inizialmente, gli importi del finanziamento statale al SSN, a partire dal 2010, sono stati fissati dalla citata legge finanziaria per il 2010 (legge n.191 del 2009) a 104,564 miliardi di euro nel 2010, 106,884 miliardi di euro nel 2011 e 109,877 miliardi di euro nel 2012 (il 2,8 per cento in più rispetto al livello del 2011).

L'articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011 ha in seguito ridefinito, da una parte, il finanziamento statale del 2011 e del 2012, portandoli, rispettivamente, a 106,905 miliardi di euro e 107,961 miliardi di euro e, dall'altra, rideterminando in riduzione il finanziamento rispetto alla legislazione vigente per gli anni 2013 e 2014, rispettivamente, di 2,5 e 5,45 miliardi di euro. Per tali anni, il livello di finanziamento si riduce pertanto, rispettivamente a 109,294 miliardi di euro e a 110,786 miliardi di euro.

Con riferimento al 2013, inoltre, l'intesa del 19 dicembre 2013 ha ulteriormente rideterminato in riduzione il livello della spesa statale, portandolo a 107,004 miliardi di euro. Precedentemente, peraltro, il decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, cosiddetto *spending review*, all'articolo 15, comma 22, aveva stabilito una riduzione della spesa statale di 900 milioni di euro nel 2012, 1.800 milioni di euro nel 2013, 2.000 milioni di euro nel 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dal 2015.

In proposito, la tabella che segue evidenzia le principali riduzioni che hanno riguardato il finanziamento statale del SSN dal 2012; dal 2015, in particolare, a causa del contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica, le riduzioni sono state concordate con una serie di atti a livello di Conferenza Stato-regioni:

TAB. 3 – Principali riduzioni – previste del FSN (in miliardi di euro)									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 e ss.
Articolo 17, commi 1-3, del decreto-legge n. 98 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111 del 2011		2,500	5,450						
Art. 15, comma 22, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012	0,900	1,800	2,000	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100
Art. 46, comma 6, del decreto-legge n. 66 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 89 del 2014, come recepito dall'intesa 26 febbraio 2015				2,350	2,350	2,350	2,350	2,350	2,350
Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 5 giugno 2017 (in attuazione del comma 680 dell'articolo 1 della legge n. 208 del 2015)						0,423	0,604	0,604	0,604

Il nuovo Patto per la salute 2014-2016, attuato dai commi 555-557 dell'articolo 1 della legge n. 190 del 2011, intervenendo, tra gli altri, sul fronte della spesa statale al SSN, ne ha ulteriormente ridotto il livello per il 2014, portandolo a 109,928 miliardi di euro. Per i successivi due anni ha, inoltre, definito una spesa di 112,062 miliardi di euro per il 2015 e 115, 444 miliardi di euro per il 2016.

Peraltro, il decreto-legge n. 66 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 89 del 2014, all'articolo 46, comma 6, ha stabilito una riduzione permanente del finanziamento statale al SSN pari a 2,35 miliardi di euro a decorrere dal 2015.

Ulteriori provvedimenti sono successivamente intervenuti riducendo la spesa statale dal 2015: il decreto-legge n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 2015, in attuazione dell'in-

tesa 26 febbraio 2015 e, successivamente, l'intesa 23 dicembre 2015, hanno abbassato la spesa statale per il 2015 a 109,715 miliardi di euro. Per il 2016, il livello ulteriormente ridotto a 113,092 miliardi di euro per tenere conto del predetto taglio di 2,35 miliardi, è stato rideterminato a 111,000 miliardi di euro dalla legge di stabilità 2016 (articolo 1, comma 568, della legge n. 208 del 2015).

L'ammontare del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, come stabilito nell'intesa 11 febbraio 2016, è stato inoltre determinato, rispettivamente, in 113,063 miliardi di euro e a 114,998 miliardi di euro.

Successivamente, la legge di bilancio 2017 (articolo 1, comma 392, della legge n. 232 del 2016) ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo

a 113 miliardi di euro per il 2017 e a 114 miliardi di euro per il 2018. Per il 2019 il livello del finanziamento è stato fissato in 115 miliardi di euro.

In ultimo, il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 5 giugno 2017, a causa del mancato contributo delle autonomie speciali agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale, stabilendo ulteriori riduzioni: 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro a decorrere dal 2018. Pertanto, il Fondo sanitario nazionale risulta pari a 113.936 milioni di euro nel 2018 (invece di 114.000 milioni) e a 114.396 milioni di euro nel 2019 (invece dei 115.000 milioni definiti dalla legge di bilancio per il 2017).

Si ricorda, da ultimo, che la legge di bilancio per il 2018 (legge n. 205 del 2017) all'articolo 1, comma 435, ha disposto un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato finalizzato all'aumento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria, per un importo pari a 30 milioni di euro nel 2019, 35 milioni di euro nel 2020, 40 milioni di euro nel 2021, 43 milioni di euro nel 2022, 55 milioni di euro nel 2023, 68 milioni di euro nel 2024, 80 milioni di euro nel 2025 e 86 milioni di euro a decorrere dal 2026.

A tale fine, il comma 1 dell'articolo 2 della presente proposta di legge dispone che per l'anno 2018 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è rideterminato in 114.998 milioni di euro, in coerenza con quanto indicato dall'intesa sancita in sede della Conferenza Stato-regioni dell'11 febbraio 2016 (repertorio atti n. 21/CSR), in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge n. 208 del 2015. Per gli anni 2019 e 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è rideterminato rispettivamente in 116.500 milioni di euro e in 118.000 milioni di euro.

Alla copertura degli oneri che discendono da tale disposizione, pari a 998 milioni di euro nell'anno 2018, 1.500 milioni

di euro nell'anno 2019 e 3.000 milioni di euro nell'anno 2020, si provvede attraverso quota parte delle maggiori entrate rivenienti:

1) da una riduzione all'82 per cento della quota di interessi passivi ammessi in deduzione ai fini dell'imposta sul reddito delle società (IRES) e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) nel settore creditizio e finanziario (banche, assicurazioni, società di gestione del risparmio - SGR e società di intermediazione mobiliare - SIM);

2) nonché, a decorrere dal 2019, dalla rimodulazione della percentuale del prelievo erariale unico sui giochi e in particolare sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera *a*), del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto n. 773 del 1931.

La prima fonte di copertura determina la riduzione della quota di interessi passivi deducibile:

dal 100 per cento all'82 per cento per le banche ai fini dell'IRES e dell'IRAP;

dal 96 per cento all'82 per cento per le assicurazioni e i fondi di investimento (SGR) ai fini dell'IRES e dell'IRAP;

all'82 per cento per le SIM.

Elaborando i dati indicati nelle relazioni tecniche, gli effetti di maggior gettito dell'IRES possono essere indicati in circa 2 miliardi di euro nel 2018 e in 2,5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2019.

La seconda fonte di copertura di copertura da cui deriva un gettito di 500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020 prevede che la percentuale del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera *a*), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, come rideterminata dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge n. 50 del 2017, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 96 del 2017, sia fissata in misura pari al 20 per cento dell'ammontare delle somme giocate, mentre oggi è fissata al 6 per cento.

3. Allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario.

Sempre all'articolo 2 della presente proposta di legge si interviene per ottenere un allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario.

Come più volte discusso con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze e dagli stessi riconosciuto, alcuni dei vincoli imposti al personale dipendente con l'intento di contenere la spesa complessiva producono effetti perversi sulla spesa del SSN perché costringono le aziende a ricorrere a personale esterno (ad esempio attraverso l'acquisizione di personale intermedio da società interinali o attraverso l'acquisto di servizi dall'esterno) il cui costo unitario è superiore – a parità di qualifica e di impegno lavorativo – a quello del personale dipendente.

Ne è riprova la forte e continua riduzione della spesa per il personale dipendente (dal 2010 al 2016, la spesa per il personale dipendente si è ridotta di 2,3 miliardi di euro rispetto al 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40.000 persone in meno), riduzione di fatto in parte controbilanciata dall'aumento della spesa per l'acquisto di servizi dall'esterno e per l'acquisizione di lavoro precario.

È pertanto necessario rivedere alcuni vincoli, puntando più al governo della spesa complessiva che a quello della spesa per il personale dipendente, nel rispetto di alcuni principi generali che vanno definiti con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Si ricorda che per rispettare le direttive europee sui turni di lavoro si stima, ad esempio, che bisognerebbe assumere circa 15.000 infermieri.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Abolizione della quota fissa sulla ricetta).

1. Nelle more della revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni di cui all'articolo 8 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 approvato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, al fine di contenere gli effetti distorsivi e le iniquità del sistema in vigore sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296:

1) alla lettera *p*), le parole: « le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro. Per » sono soppresse;

2) la lettera *p-bis*) è abrogata;

b) all'articolo 17, comma 6, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, il secondo periodo è soppresso;

c) all'articolo 8, comma 16, terzo periodo, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, le parole: « i disoccupati » sono sostituite dalle seguenti: « i non occupati ».

2. I commi 804 e 805 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, sono abrogati.

3. Sono abolite la quota fissa sulla ricetta di 10 euro di cui all'articolo 1, comma 796, lettera *p*), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e ogni altra forma di compartecipazione al costo delle prestazioni adottate in luogo della medesima dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano.

4. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* al quale concorre lo Stato è incrementato di 600 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, cui si provvede mediante le maggiori entrate rivenienti dall'attuazione di quanto previsto dal comma 5.

5. Il terzo periodo del comma 4-*bis* dell'articolo 37 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è soppresso.

ART. 2.

(Rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale e allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario).

1. Per l'anno 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è rideeterminato in 114.998 milioni di euro, in coerenza con quanto indicato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 11 febbraio 2016 (repertorio atti n. 21/CSR), in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Per gli anni 2019 e 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è rideeterminato rispettivamente in 116.500 milioni di euro e in 118.000 milioni di euro.

2. Nell'ambito del finanziamento programmato del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, nonché di avviare un rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali:

a) all'articolo 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, le parole: « al 2020 » sono sostituite dalle seguenti: « al 2017 »;

b) nelle more del completamento delle procedure per la predisposizione e la verifica dei piani di cui all'articolo 1, comma 541, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale sono autorizzati a bandire, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, da destinare all'adeguamento del personale dipendente operante nei servizi d'emergenza-urgenza, terapia intensiva e subintensiva, riabilitazione, centri trapianti e di alta specialità, nonché assistenza domiciliare, a condizione che gli oneri derivanti siano recuperati per almeno il 50 per cento tramite la riduzione, in via permanente e strutturale, delle spese sostenute, da parte dei medesimi enti, per l'acquisizione di lavoro a tempo determinato e di lavoro temporaneo, nonché per l'acquisizione di servizi sanitari intermedi di diagnosi, cura e assistenza. Le assunzioni sono attuate nel rispetto del finanziamento programmato e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, pari a 998 milioni di euro nell'anno 2018, a 1.500 milioni di euro nell'anno 2019 e a 3.000 milioni di euro nell'anno 2020, si provvede attraverso quota parte delle maggiori entrate rivenienti dall'attuazione di quanto previsto dai commi da 4 a 9.

4. La lettera b) del comma 84 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, è abrogata. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il primo periodo del comma 5-bis dell'articolo 96 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, riacquista efficacia nel testo vigente prima della data di entrata in vigore della citata legge n. 205 del 2017.

5. All'articolo 96 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 5 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Gli interessi passivi so-

stenuti dai soggetti indicati nel primo periodo sono deducibili nel limite dell'82 per cento del loro ammontare »;

b) al comma 5-*bis*, le parole: « 96 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « 82 per cento ».

6. Al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 6:

1) al comma 8, dopo il primo periodo è inserito il seguente: « Gli interessi passivi concorrono alla formazione del valore della produzione nella misura dell'82 per cento del loro ammontare »;

2) al comma 9, le parole: « del 96 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « dell'82 per cento »;

b) al comma 2 dell'articolo 7, le parole: « del 96 per cento » sono sostituite dalle seguenti: « dell'82 per cento ».

7. Le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 si applicano a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017.

8. Le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 rilevano ai fini della determinazione dell'acconto dell'imposta sul reddito delle società e dell'acconto dell'imposta regionale sulle attività produttive dovuti per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017.

9. A decorrere dal 1° gennaio 2020 la percentuale del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, come da ultimo rideterminata dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96, è fissata in misura pari al 20 per cento dell'ammontare delle somme giocate.

