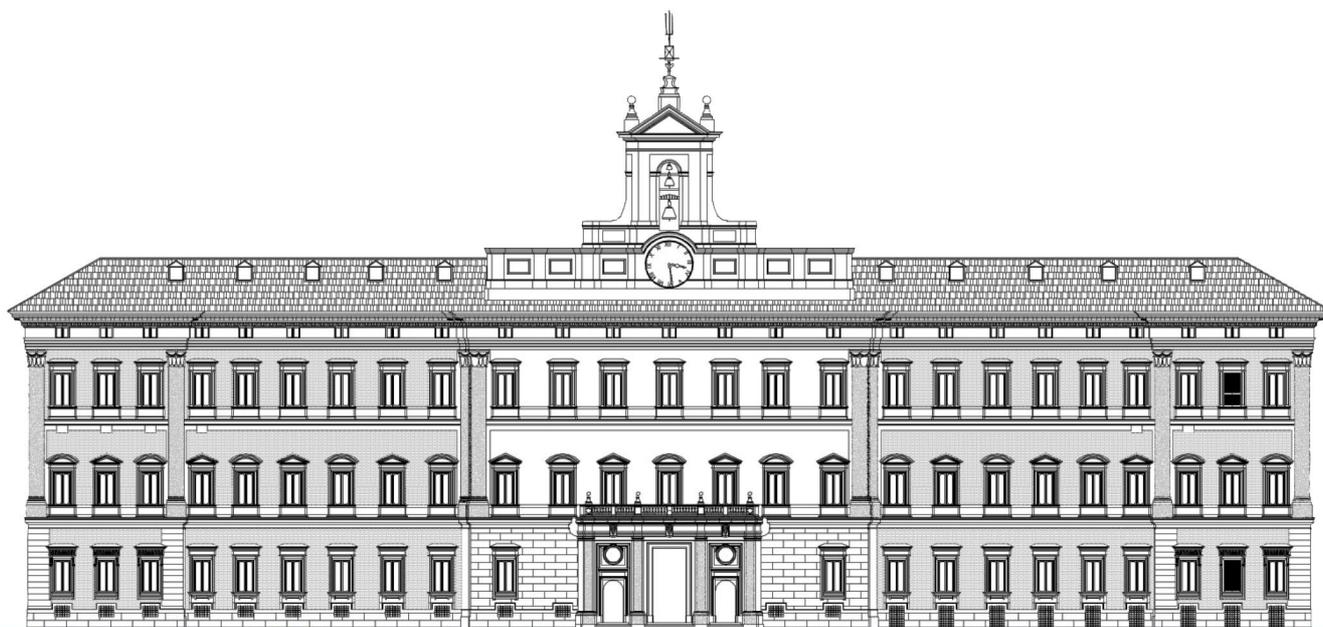




Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA



## Analisi degli effetti finanziari

A.C. 1298

Disposizioni concernenti il finanziamento,  
l'organizzazione e il funzionamento del Servizio  
sanitario nazionale nonché delega al Governo per il  
riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza  
sanitaria complementare

N. 82 – 21 maggio 2025



Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Analisi degli effetti finanziari

A.C. 1298

Disposizioni concernenti il finanziamento,  
l'organizzazione e il funzionamento del Servizio  
sanitario nazionale nonché delega al Governo per il  
riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza  
sanitaria complementare

N. 82 – 21 maggio 2025

*La verifica delle relazioni tecniche che corredano i provvedimenti all'esame della Camera e degli effetti finanziari dei provvedimenti privi di relazione tecnica è curata dal Servizio Bilancio dello Stato.*

*La verifica delle disposizioni di copertura è curata dalla Segreteria della V Commissione (Bilancio, tesoro e programmazione).*

*L'analisi è svolta a fini istruttori, a supporto delle valutazioni proprie degli organi parlamentari, ed ha lo scopo di segnalare ai deputati, ove ne ricorrano i presupposti, la necessità di acquisire chiarimenti ovvero ulteriori dati e informazioni in merito a specifici aspetti dei testi.*

### **SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO – Servizio Responsabile**

☎ 066760-2174 / 066760-9455 – ✉ [bs\\_segreteria@camera.it](mailto:bs_segreteria@camera.it)

### **SERVIZIO COMMISSIONI – Segreteria della V Commissione**

☎ 066760-3545 / 066760-3685 – ✉ [com\\_bilancio@camera.it](mailto:com_bilancio@camera.it)

## INDICE

<b>PREMESSA .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>ANALISI DEGLI EFFETTI FINANZIARI .....</b>	<b>- 4 -</b>
ARTICOLO 1 .....	- 4 -
DISPOSIZIONI PER IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	- 4 -
ARTICOLO 2 .....	- 7 -
MISURE PER L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE .....	- 7 -
ARTICOLO 3 .....	- 10 -
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	- 10 -
ARTICOLO 4 .....	- 13 -
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FORME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....	- 13 -
ARTICOLO 5 .....	- 19 -
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E STIPULAZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE .....	- 19 -
ARTICOLO 6 .....	- 21 -
DISPOSIZIONI PER LA TRACCIABILITÀ E L'ECONOMICITÀ DELLA SPESA SANITARIA .....	- 21 -
ARTICOLO 7 .....	- 24 -
MODIFICHE AL DECRETO LEGISLATIVO 4 AGOSTO 2016, N. 171, IN MATERIA DI NOMINA DEI DIRETTORI GENERALI, DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DEI DIRETTORI SANITARI .....	- 24 -
ARTICOLO 8 .....	- 28 -
DISPOSIZIONI PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA.....	- 28 -
ARTICOLO 9 .....	- 33 -
DISPOSIZIONI PER IL POTENZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA.....	- 33 -
ARTICOLO 10.....	- 36 -
DISPOSIZIONI PER LA DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	- 36 -
ARTICOLO 11.....	- 39 -
DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E OSPEDALIERO .....	- 39 -
ARTICOLO 12.....	- 40 -



## *Informazioni sul provvedimento*

---

<b>A.C.</b>	<b>1298</b>
<b>Titolo:</b>	<b>Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare</b>
<b>Iniziativa:</b>	parlamentare
<b>Iter al Senato:</b>	no
<b>Relazione tecnica (RT):</b>	assente
<b>Relatori per la Commissione di merito:</b>	Ciancitto (FDI) e Quartini (M5S)
<b>Commissione competente:</b>	XII (Affari sociali)

---

### PREMESSA

La proposta di legge, di iniziativa parlamentare, ha ad oggetto norme concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché una delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare. Il provvedimento, composto da 12 articoli, è stato assegnato in sede referente alla XII Commissione (Affari sociali) il 4 ottobre 2023.

Il provvedimento non è corredato di reazione tecnica né di prospetto riepilogativo. Nel corso dell'esame in sede referente è stato deliberato lo svolgimento di un'attività conoscitiva nel cui ambito sono state alcune audizioni informali. Di tali contributi si dà conto, per i profili di competenza, nel presente dossier.

Poiché durante l'esame in sede referente non sono state approvate proposte emendative, il provvedimento è stato trasmesso alle Commissioni competenti per i pareri nel suo testo originario.

Si esaminano di seguito le norme che presentano profili di carattere finanziario.

# ANALISI DEGLI EFFETTI FINANZIARI

## ARTICOLO 1

### Disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale

**Le norme** stabiliscono che, a decorrere dall'anno 2024, l'incidenza minima della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo (PIL) sia pari all'8 per cento annuo e che, in ogni caso, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia aumentato su base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in caso di riduzione del PIL (comma 1).

Le norme, inoltre, modificano l'articolo 1, comma 34, primo periodo della legge 23 dicembre 1996, n. 662, riguardante i criteri di riparto della quota capitaria del Fondo sanitario nazionale.

L'articolo 1, comma 34, primo periodo della legge n. 662 del 1996 prevede che il CIPE (ora CIPESS), stabilisce i pesi da attribuire nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale ai seguenti elementi: popolazione residente; frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni; indicatori epidemiologici territoriali.

Il Fondo sanitario nazionale, fino al 2023, veniva ripartito esclusivamente con i criteri stabiliti dal decreto legislativo n. 68 del 2011: il 60 per cento in base a una quota capitaria semplice (non pesata) e il 40 per cento in base a quote capitarie pesate per tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari. Con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le Regioni, recepito con il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022. In particolare, dal 2023, al criterio capitario, parzialmente pesato per tenere conto della distribuzione per fasce d'età, sono stati affiancati parametri relativi alla mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socioeconomiche. Tali criteri sono applicati all'1,5 per cento del totale delle risorse da ripartire, mentre il restante 98,5 per cento continua ad essere ripartito con le modalità previste dal decreto legislativo n. 68 del 2011.

La novella aggiunge ai criteri di ripartizione sopra riportati indicatori "ambientali, socioeconomici e culturali", stabilendo che sia attribuito un peso, non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria, all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dal l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), che tenga conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione incidenti sui costi delle prestazioni sanitarie (comma 2).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame prevedono che, a decorrere dal 2024, la spesa sanitaria sia pari ad almeno l'8 per cento del

PIL annuo e che, in ogni caso, il finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale debba crescere annualmente in misura almeno doppia rispetto al tasso di inflazione, anche in caso di diminuzione del PIL (comma 1). Le norme, inoltre, aggiornano i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale: oltre a fattori come età, sesso, mortalità e indicatori epidemiologici, previsti a legislazione vigente, viene disposta l'introduzione di nuovi indicatori ambientali, socioeconomici e culturali. È previsto, infine, che la ripartizione di almeno il 50 per cento della quota capitaria del Fondo sanitario nazionale sia legata all'indice di deprivazione economica calcolato dall'ISTAT, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche regionali che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie (comma 2).

In proposito, si rileva innanzitutto che il raggiungimento dell'8 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale, in base ai dati contenuti nel Documento di Finanza pubblica 2025 (Sezione II), richiederebbe una spesa sanitaria aggiuntiva - ottenuta applicando al suddetto PIL la differenza tra i punti percentuali di spesa sanitaria sul PIL previsti dal DFP 2025 per gli anni dal 2025 al 2027 e quelli derivanti dalla proposta di legge in esame - pari a 37 miliardi di euro per il 2025, 36 miliardi di euro per il 2026 e 39 miliardi di euro per il 2027, come risulta dalla tabella che segue:

<b>Incremento spesa sanitaria (miliardi di euro)</b>			
<b>Anni</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
PIL nominale tendenziale da DFP 2025 (A)	2.256,11	2.323,48	2.383,97
Spesa sanitaria/PIL da DFP 2025 (B)	6,40%	6,40%	6,40%
Spesa sanitaria/PIL da A.C. 1298 (C)	8,00%	8,00%	8,00%
Differenza in punti percentuali (C-B = D)	1,60%	1,60%	1,60%
<b>Quantificazione spesa sanitaria aggiuntiva (D*A=E)</b>	<b>37,12</b>	<b>36,06</b>	<b>39,08</b>

La norma in esame prevede, quindi, da un lato, un livello della spesa sanitaria pari almeno all'8 per cento del PIL (da intendersi come PIL nominale, sebbene non sia espressamente indicato nella norma) – per un onere medio nel triennio 2025-2027 di circa 37,4 miliardi annui - dall'altro, una crescita del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato a un tasso pari al doppio del tasso di inflazione.

Al riguardo, si rileva che, considerato che il fabbisogno sanitario nazionale è quota parte della spesa sanitaria, per il primo anno, la crescita del fabbisogno sanitario ipotizzata dal testo,

verrebbe integralmente assorbita da quella della spesa sanitaria, nel senso che una parte della crescita della spesa sanitaria prevista sarebbe costituita proprio dall'incremento ipotizzato del fabbisogno sanitario<sup>1</sup>. Per gli anni successivi, invece, ipotizzando che il meccanismo di crescita del fabbisogno non si arresti - anche alla luce del dato testuale della disposizione in esame che prevede che tale incremento si verifichi "in ogni caso" - il meccanismo medesimo comporterebbe un onere aggiuntivo che porterebbe la spesa sanitaria al di sopra dell'8 per cento, posto che quest'ultimo valore rappresenta la soglia minima della spesa sanitaria prevista. Ai fini della quantificazione di tale onere ulteriore, appare necessario che venga chiarito quale sia l'indice di variazione dei prezzi da applicare. In questo quadro, risulta comunque necessario aggiornare la decorrenza delle disposizioni per adeguarle al nuovo esercizio finanziario.

In merito al comma 2, che introduce tra i criteri di ripartizione del Fondo sanitario specifici indicatori ambientali, socioeconomici e culturali, si rileva che, in linea teorica, la revisione dei suddetti criteri di ripartizione non incide sul livello complessivo delle risorse del Fondo. Essa riguarda, infatti, esclusivamente la distribuzione di tali risorse tra i diversi Sistemi sanitari regionali. Sarebbe tuttavia opportuno acquisire una valutazione da parte del Governo in merito alle conseguenze di questa redistribuzione. In particolare, andrebbe chiarito se e in quale misura i nuovi criteri possano compromettere la capacità delle Regioni penalizzate dalla nuova distribuzione prevista di garantire le prestazioni sanitarie previste per legge. Secondo le stime dell'Ufficio parlamentare di bilancio<sup>2</sup>, il nuovo criterio inciderebbe sulla distribuzione di circa 11 miliardi di euro tra le Regioni.

Si rammenta che la quota attualmente ripartita seguendo criteri relativi a condizioni socioeconomiche è pari allo 0,75 per cento delle risorse da ripartire, mentre la proposta di legge in esame aumenterebbe detta quota

---

<sup>1</sup> Tale incremento è stimabile in circa 1,7 miliardi nel 2025, partendo dal livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per il 2024 pari a 134 miliardi di euro, come ricostruito dall'[Audizione della Corte dei Conti](#) sul disegno di legge di bilancio 2025, e utilizzando come misura dell'inflazione l'Indice armonizzato dei prezzi al consumo dalle ultime proiezioni macroeconomiche della Banca d'Italia ([Bollettino Economico n. 2/2025](#), 7 aprile 2025), pari a 1,60 per cento nel 2025.

<sup>2</sup> Ufficio parlamentare di bilancio. (17 luglio 2024). *Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1298 Quartini, recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare"*. (p. 17)

fino al 50 per cento. L'Ufficio parlamentare di bilancio stima che "gli effetti distributivi del solo ampliamento al 50 per cento della quota di spesa pesata con l'indice di deprivazione introdotto nel 2023 sarebbero molto rilevanti. Tutte le Regioni del Mezzogiorno otterrebbero maggiori risorse, che arriverebbero a 4 miliardi per la Campania, 2,8 per la Sicilia, 2,6 per la Puglia e 1,1 per la Calabria. Tutte le altre Regioni resterebbero sfavorite, con una perdita di 3,5 miliardi per la Lombardia e circa 1,4 per il Veneto, l'Emilia-Romagna e il Lazio. L'effetto redistributivo complessivo sarebbe pari a circa 11 miliardi, rispetto ai circa 700 milioni spostati dalla presa in conto dell'età e ai 219 riallocati dalla riforma del 2023".

## ARTICOLO 2

### Misure per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie

Le norme demandano l'eliminazione delle prestazioni sanitarie obsolete dai Livelli essenziali di assistenza a un decreto del Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro della salute<sup>3</sup>, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge in esame (comma 1).

Le norme, inoltre, incrementano di 400 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2024, l'importo, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, finalizzato all'aggiornamento dei LEA, di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in attuazione di quanto previsto all'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (comma 2).

Si ricorda che l'articolo 1, comma 288, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, finalizzava 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022 all'aggiornamento dei LEA. Si ricorda, inoltre, che la legge di bilancio per il 2024 (articolo 1, comma 235) ha incrementato tali risorse di 50 milioni per il 2024 e 200 dal 2025.

L'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, prevede che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA formuli annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA (comma 558); qualora la proposta attenga esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporti ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, è permesso l'aggiornamento dei LEA con decreto del Ministro della salute, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari (comma 559).

Le norme infine prevedono che:

- con il decreto di cui al comma 1 vengano ridefiniti gli indicatori e i parametri di riferimento ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli

---

<sup>3</sup> Il decreto, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, modifica il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, dove vengono definiti i LEA.

essenziali e uniformi di assistenza<sup>4</sup>, assicurando che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni indicatori e parametri siano fissi mentre altri siano variabili (comma 3);

- con un decreto del Ministro della salute<sup>5</sup>, da adottare entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge in esame, sia ridefinito in via sperimentale il sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente (comma 4);
- con un ulteriore decreto del Ministro della salute<sup>6</sup>, da adottare entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge in esame, sia disciplinato il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti (comma 5).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame prevedono l'eliminazione delle prestazioni sanitarie obsolete dai LEA con decreto del Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro della Salute, da adottare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge (comma 1). A partire dal 2024, viene incrementata di 400 milioni di euro annui la quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard finalizzata all'aggiornamento dei LEA (comma 2). Le norme stabiliscono inoltre che:

- con il decreto di cui al comma 1, vengono ridefiniti indicatori e parametri per monitorare il rispetto dei LEA a livello regionale, prevedendo elementi sia fissi che variabili per ogni periodo di monitoraggio (comma 3);

---

<sup>4</sup> Indicatori e parametri di cui all'articolo 9, comma 2, lettera a), del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale).

<sup>5</sup> Previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo).

<sup>6</sup> Di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

- con decreto ministeriale, da adottare entro centottanta giorni, è ridefinito in via sperimentale il sistema dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), collegando le tariffe ai risultati in termini di qualità e salute e alla presa in carico globale del paziente (comma 4);
- con un ulteriore decreto, infine, vengono disciplinati i criteri per calcolare il numero di posti letto, garantendo almeno 500 posti di degenza ordinaria e 25 di terapia intensiva ogni 100.000 abitanti, in linea con la media europea (comma 5).

In proposito, si rileva che i decreti previsti ai commi 1 e 3, volti a eliminare le prestazioni obsolete e ad aggiornare alcuni indicatori di monitoraggio, sembrano limitarsi alla definizione di aspetti ordinamentali o organizzativi e, pertanto, non appaiono suscettibili di determinare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il decreto di cui al comma 5, relativo al fabbisogno di posti letto, al contrario, sembra determinare effetti onerosi in conseguenza dell'aumento dei posti letto.

In base alle stime della Corte dei conti<sup>7</sup>, la disposizione implicherebbe: un aumento dei posti di degenza ordinaria pari a 100 unità ogni 100.000 abitanti, per un costo aggiuntivo totale pari a 6,8 miliardi di euro; un aumento dei posti letto per le terapie intensive di 5-6 unità ogni 100.000 abitanti, per un onere aggiuntivo di 570 milioni di euro. L'onere complessivo ammonterebbe, quindi, a circa 7,3 miliardi di euro.

Con riferimento al comma 2, andrebbe chiarito se l'incremento di 400 milioni della finalizzazione della quota del FSN indistinto, destinato all'aggiornamento LEA prevista dall'articolo 1, comma 288, della legge 234 del 2021, possa pregiudicare l'erogazione di prestazioni sanitarie a valere sulla medesima quota del FSN, tenuto conto comunque degli incrementi di risorse disposti dall'articolo 1. Infine, analogamente a quanto osservato con riferimento all'articolo 1, appare necessario aggiornare al 2025 la decorrenza delle disposizioni di cui al comma 2.

---

<sup>7</sup> Audizione della Corte dei conti sulla proposta di legge recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare" A.C. 1298 - Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati (p. 10-12). Luglio 2024.

## ARTICOLO 3

### Disposizioni in materia di personale del Servizio sanitario nazionale

**Le norme** demandano a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute<sup>8</sup>, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, la definizione di una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale ai fini della valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate<sup>9</sup> (comma 1).

Si ricorda che con il decreto interministeriale del 24 gennaio 2023, dopo l'Intesa del 21 dicembre 2022 in Conferenza Stato-Regioni, è stata adottata la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, da applicare in via sperimentale per il triennio 2022-24.

Fino all'entrata in vigore del suddetto decreto, le norme prevedono comunque l'aumento della quota dell'incremento annuo del fabbisogno sanitario nazionale che può essere destinata alla spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, in luogo del 10 per cento previsto a legislazione vigente (comma 2).

Si ricorda che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge di bilancio 2010 (vale a dire, la spesa per il personale dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento). I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.<sup>10</sup>

Le norme inoltre rifinanziano l'autorizzazione di spesa per il personale dipendente e convenzionato di cui all'articolo 1, comma 274, della legge di bilancio 2021 di 150 milioni di euro per l'anno 2023, 300 milioni di euro per l'anno 2024, a 500 milioni di euro per l'anno

---

<sup>8</sup>Di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

<sup>9</sup> La metodologia deve tenere conto di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che istituisce i piani triennali dei fabbisogni di personale allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

<sup>10</sup> Decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.) pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 maggio 2019, n. 101.

2025 e a 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che è conseguentemente incrementato in misura corrispondente al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione del PNRR, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa sia del personale dipendente, da assumere nelle case e negli ospedali di comunità nonché per l'assistenza domiciliare, sia del personale convenzionato (comma 3).

Le norme infine istituiscono nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2024 al fine di contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale e per migliorare le condizioni retributive del personale sanitario (comma 4).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame demandano a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri la definizione di una nuova metodologia per la gestione del personale del SSN, con l'obiettivo di valutarne l'adeguatezza e contenerne i costi (comma 1). In attesa dell'emanazione del decreto, è previsto un aumento dal 10 al 30 per cento della quota dell'incremento annuale del Fondo sanitario regionale che le Regioni possono destinare alla spesa per il personale (comma 2). Viene inoltre incrementata l'autorizzazione di spesa per il personale SSN, di cui all'articolo 1, comma 274, della legge di bilancio 2021, di 150 milioni di euro nel 2023, 300 milioni nel 2024, 500 milioni nel 2025 e 1 miliardo di euro l'anno a partire dal 2026, per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, in linea con gli obiettivi del PNRR, con particolare riferimento al personale impiegato nelle case e negli ospedali di comunità nonché nell'assistenza domiciliare (comma 3).

Infine, è istituito un fondo presso il Ministero dell'economia e delle finanze con una dotazione di 2 miliardi di euro annui dal 2024, destinato al rinnovo dei contratti collettivi nazionali e al miglioramento delle retribuzioni del personale sanitario (comma 4).

In proposito, si ricorda che l'articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024 (Liste d'attesa) prevede, a decorrere dal 2024, una disposizione analoga all'aumento del tetto di spesa per il personale previsto al comma 2 dell'articolo in esame. In particolare, il menzionato articolo 5 prevede, compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN, un incremento dei valori massimi di

cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge n. 35 del 2019, fino a un massimo del 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente (quindi un incremento inferiore rispetto al 30 per cento consentito dalla norma in esame).

Si ricorda, inoltre, che all'articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024 non sono stati ascritti nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. La relativa relazione tecnica, tuttavia, precisava che l'innalzamento del tetto comporta un onere potenziale maggiore, che deve trovare compensazione in misure riduttive di altre voci di spesa, al fine di salvaguardare il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e assicurare la compatibilità con la programmazione regionale in materia di assunzioni.

La disposizione al comma 2 dell'articolo in esame, prevedendo un innalzamento del tetto fino al 30 per cento, implicherebbe, in mancanza di misure riduttive di altre voci di spesa sanitaria, come indicato dalla Corte dei Conti<sup>11</sup>, un aumento della spesa per il personale di circa 1 miliardo di euro, se si ipotizza, conformemente a quanto sembra emergere dal testo, che l'incremento al 30 per cento dei precedenti limiti comprenda l'aumento già possibile del 10 per cento.

Si evidenzia, in aggiunta, che nel corso dell'audizione tenuta nell'ambito dell'attività conoscitiva relativa al provvedimento in esame, l'Ufficio parlamentare di bilancio ha stimato in 1.621 milioni di euro per il 2025, 2.716 milioni di euro per il 2026 e in 3.856 milioni di euro per il 2027 le risorse derivanti dall'incremento del menzionato tetto di spesa, ipotizzando che quest'ultimo aumenti in tutti gli anni considerati in funzione dell'incremento del finanziamento del SSN che, a sua volta, crescerebbe in misura pari al doppio del tasso di inflazione.

Per quanto riguarda le risorse aggiuntive destinate al personale dai commi 3 e 4, pari complessivamente a 3 miliardi di euro annui, non si formulano osservazioni, rinviandosi comunque alle considerazioni riferite all'articolo 12 in merito alla copertura finanziaria individuata dal provvedimento. Andrebbe, a tal proposito, acquisito un chiarimento da parte del Governo in merito agli oneri riflessi che deriverebbero dagli incrementi di spesa per il personale, che rappresentano una partita di giro all'interno delle pubbliche amministrazioni.

---

<sup>11</sup> Audizione della Corte dei conti sulla proposta di legge recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare" A.C. 1298 - Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati (p. 13). Luglio 2024.

Si segnala infine la necessità di aggiornare gli anni di riferimento per quanto riguarda le disposizioni ai commi 3 e 4.

## ARTICOLO 4

### Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa

**Normativa vigente.** L'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992<sup>12</sup>, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, come sostituito dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 229 del 1999<sup>13</sup>, al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, ha previsto la facoltà, per i soggetti pubblici e privati, di istituire – attraverso diverse fonti, quali contratti e accordi collettivi, accordi tra lavoratori autonomi, regolamenti di enti territoriali, deliberazioni di organizzazioni senza scopo di lucro o di società di mutuo soccorso riconosciute – fondi integrativi volti a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei LEA. Per quanto concerne l'ambito di applicazione di tali fondi, il comma 4 vi include: a) le prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati; b) le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; c) le prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito; il successivo comma 6 affida ad apposito decreto del Ministero della salute l'individuazione delle citate tipologie di prestazioni. Il comma 9-*bis*, tra i soggetti sottoposti al monitoraggio da parte del Ministero della salute, oltre ai predetti fondi, menziona gli enti, le casse o le società di mutuo soccorso aventi esclusiva finalità assistenziale. Tali enti rappresentano una categoria residuale di fondi, preesistenti alla tipizzazione operata dal predetto articolo 9, comma 4, che operano senza una specifica disciplina di riferimento<sup>14</sup> e che corrispondono a forme di assistenza di mutualità volontaria nell'erogazione di prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal SSN. Pertanto, sotto il profilo sostanziale, la differenza tra i fondi sanitari integrativi (fondi di tipo A) e gli enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale (fondi di tipo B) si fonda sul fatto che i primi sono finalizzati all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, mentre i secondi possono finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal SSN. In proposito, si rammenta che, in attuazione del citato articolo 9, comma 6, l'articolo 1 del decreto

---

<sup>12</sup> Emanato in attuazione della delega legislativa in materia di riordino della disciplina sanitaria contenuta nell'articolo 1 della legge n. 421 del 1992.

<sup>13</sup> Emanato in attuazione della delega legislativa per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale e recante modifiche al decreto legislativo n. 502 del 1992.

<sup>14</sup> L'articolo 46 della legge n. 833 del 1978 recante istituzione del servizio sanitario nazionale ha disposto il divieto a agli enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire, sotto qualsiasi forma, al finanziamento di associazioni mutualistiche che erogano prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

del Ministro della salute 31 marzo 2008, n. 141<sup>15</sup>, nel definire gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali, ha contribuito al progressivo superamento della menzionata dicotomia nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa, consentendo agli enti e casse di erogare prestazioni sostitutive rispetto al SSN, ossia ricadenti nei LEA, a condizione che almeno il 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti finanzino prestazioni non ricomprese nei LEA<sup>16</sup>.

Le norme, richiamando il rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, disciplinano l'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso forme di assistenza sanitaria integrativa. È previsto, in particolare, che:

- le forme integrative possono fornire esclusivamente le prestazioni sanitarie non comprese nei LEA erogate da professionisti e da strutture accreditate nonché le prestazioni sanitarie comprese nei LEA erogate dal Servizio sanitario nazionale, per la sola quota posta a carico dell'assistito (comma 1);
- i soggetti che forniscono le prestazioni sanitarie nell'ambito delle forme integrative riservano una quota delle proprie risorse annue, pari all'80 per cento, per le prestazioni non comprese nei LEA, ed una quota pari al 20 per cento, per le prestazioni comprese nei LEA ed erogate da strutture pubbliche limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito anche relativa agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito (comma 2);
- le forme integrative perseguono finalità assistenziali e non lucrative, attuando politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso dei propri iscritti alle prestazioni sanitarie, assicurando altresì la stabilità della gestione economica. Inoltre, al fine di poter beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente, le medesime sono soggette al rispetto dei principi di trasparenza, di completezza e di comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili<sup>17</sup> (comma 3);
- l'adesione alle forme integrative, qualunque ne sia la fonte, è libera (comma 4).

Per le medesime forme integrative sono, inoltre, previsti taluni divieti e obblighi (commi 5-7), quali:

- il divieto di accesso a incentivi fiscali, in forma diretta o indiretta, qualora la gestione esterna sia affidata a soggetti che svolgono attività a fini di lucro;

---

<sup>15</sup> Modificato dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 27 ottobre 2009.

<sup>16</sup> Si tratta di prestazioni integrative quali assistenza odontoiatrica, assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio erogate da strutture autorizzate.

<sup>17</sup> Ai sensi del titolo V del libro quinto del codice civile.

- il divieto per i datori di lavoro, le organizzazioni sindacali o i promotori delle forme di assistenza sanitaria integrativa di far parte di organi di gestione e amministrazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, di enti gestori delle medesime o di imprese di assicurazione che provvedono al loro finanziamento o alla loro gestione e di ricevere benefici o vantaggi di alcun genere come conseguenza dell'adesione a forme di assistenza sanitaria integrativa da parte dei propri dipendenti, iscritti o associati;
- il divieto di campagne pubblicitarie di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale e di polizze di assicurazione sanitarie che evidenzino criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale o l'inappropriatezza delle cure erogate, o che promuovano la medicalizzazione della società, nonché i fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento;
- la garanzia di pubblicità e della piena consultabilità dell'Anagrafe dei Fondi sanitari<sup>18</sup>.

A tal proposito, sono disposti specifici obblighi specifici informativi a carico dell'Anagrafe (indicazione degli statuti, dei bilanci e ogni documento contabile utile a evidenziare le agevolazioni fiscali di cui ciascun soggetto interessato ha beneficiato per ciascun anno, nonché la chiara e completa rappresentazione della struttura societaria diretta e indiretta) e di ciascun soggetto interessato (invio periodico al Ministero della salute dei dati concernenti i propri iscritti, i beneficiari delle prestazioni, nonché le prestazioni erogate).

Le norme recano, infine, una delega al Governo per l'adozione di decreti legislativi<sup>19</sup> volti a riordinare i benefici e le agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare, conformemente ai principi e criteri direttivi dalle stesse recati, con particolare riguardo alla previsione che ogni beneficio fiscale sia riconosciuto esclusivamente per le prestazioni non comprese nei LEA e per le forme integrative che si siano conformate ai predetti principi e criteri (comma 8).

Al riguardo, per quanto concerne la disciplina fiscale vigente, si rammenta che i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono sottoposti ad un regime di agevolazioni differenziato. Si tratta del regime di deducibilità e del regime di non concorrenza alla formazione del reddito, i quali, pur avendo entrambi ad oggetto i contributi versati a forme di sanità integrativa, fanno capo a due fattispecie diverse tra loro. Infatti, i contributi versati dal contribuente ai Fondi integrativi del SSN che erogano le prestazioni di cui all'articolo 9, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992 costituiscono, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del TUIR, oneri deducibili dal reddito complessivo, per un importo massimo di euro 3.615,20, da parte di qualsiasi contribuente, purché sia stato quest'ultimo a sostenerlo e a prescindere dalla categoria di reddito prodotto. Nel caso, invece, dei contributi di assistenza sanitaria versati ad enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusiva finalità assistenziale – corrispondenti a fondi preesistenti alla tipizzazione recata

---

<sup>18</sup> Istituita ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, n. 141.

<sup>19</sup> I cui schemi, corredati di relazione tecnica, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari.

dal predetto articolo 9, comma 4, che operano senza una specifica disciplina di riferimento<sup>20</sup> e che corrispondono a forme di assistenza di mutualità volontaria nell'erogazione di prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal SSN – i relativi importi non concorrono, nei limiti sempre di euro 3.615,20, a formare il reddito di lavoro dipendente. Pertanto, a questo regime di non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente possono accedere esclusivamente i titolari di reddito di lavoro dipendente (articolo 51, comma 2, lettera a), del TUIR)<sup>21</sup>.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame disciplinano le forme di assistenza sanitaria integrativa, limitandone l'ambito oggettivo alle prestazioni sanitarie non comprese nei LEA erogate da professionisti e da strutture accreditate e alle prestazioni sanitarie comprese nei LEA erogate dal Servizio sanitario nazionale, per la sola quota posta a carico dell'assistito (comma 1) e prevedendo che i fornitori destinino una quota delle proprie risorse annue, pari all'80 per cento, per le prestazioni non comprese nei LEA, ed una quota pari al 20 per cento, per le prestazioni comprese nei LEA ed erogate da strutture pubbliche limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito (comma 2). Inoltre, sono stabiliti le finalità assistenziali e non lucrative, i principi di trasparenza, completezza e comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili (comma 3), nonché le condizioni di adesione che le predette forme integrative devono osservare (comma 4). Sono, altresì, previsti per le medesime specifici divieti concernenti incentivi fiscali, di partecipazione in organi di gestione e amministrazione di forme di assistenza sanitaria integrativa, di ricezione di benefici o vantaggi (comma 5), di campagne pubblicitarie sulle criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale o sull'inappropriatezza delle cure erogate, o che promuovano la medicalizzazione della società, nonché i fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento (comma 6), e obblighi in tema di garanzia di pubblicità e trasparenza, con particolare riguardo alla piena consultabilità dell'Anagrafe dei Fondi sanitari (comma 7). Le

---

<sup>20</sup> L'articolo 46 della legge n. 833 del 1978 recante istituzione del servizio sanitario nazionale ha disposto il divieto a agli enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire, sotto qualsiasi forma, al finanziamento di associazioni mutualistiche che erogano prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

<sup>21</sup> Come può evincersi dall'audizione della Corte dei conti sulla proposta di legge recante “*Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare*”, A.C. 1298 presso la Commissione Affari sociali dalla Camera dei deputati (luglio 2024) (p. 18).

norme, infine, recano una delega al Governo per il riordino di benefici e agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare, conformemente ai principi e criteri direttivi dalle stesse stabiliti, che preveda il riconoscimento di ogni beneficio fiscale esclusivamente per le prestazioni non comprese nei LEA e per le forme integrative che si siano conformate ai predetti principi e criteri (comma 8).

Al riguardo, si osserva che i vincoli di destinazione introdotti dalle disposizioni dei commi 1 e 2, operando una netta distinzione tra prestazioni sostitutive di interventi erogati dal SSN e prestazioni integrative non comprese nei LEA e limitando il campo di azione delle forme di assistenza sanitaria integrativa prevalentemente alle seconde, appaiono suscettibili di determinare effetti onerosi a carico della finanza pubblica, dal momento che una quota rilevante del valore complessivo delle prestazioni attualmente erogate dalla sanità integrativa comprese nei LEA, dovrebbe essere finanziata dal SSN. In proposito, appare necessario che il Governo fornisca dati ed elementi di valutazione volti alla quantificazione dei predetti effetti.

Con riguardo ai riflessi di carattere finanziario dei vincoli stabiliti dalle citate disposizioni, l'audizione della Corte dei conti sulla proposta di legge in esame<sup>22</sup> segnala, in particolare, che rispetto all'ambito dei fondi integrativi del SSN previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 (fondi di tipo A), il vincolo di destinazione delle risorse produrrebbe un impatto quasi irrilevante, posto che essi, nella prassi, erogano quasi esclusivamente prestazioni extra-LEA. Essi rappresentano, tuttavia, una fetta molto marginale dei soggetti totali censiti nell'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute (4 per cento nel 2023, pari a 13 su un totale di 324). Nell'ambito dei fondi di tipo B, rappresentato dagli Enti, Casse o SMS aventi esclusivamente fine assistenziale, l'impatto della proposta di legge sarebbe, invece, significativo, posto che la proporzione tra ambito LEA ed *extra* LEA del portafoglio di attività e di prestazioni da essi erogabili dovrebbe essere completamente ricalibrato. Dagli ultimi *report* pubblicati dal Ministero della salute sulla tipologia di prestazioni erogate dai fondi sanitari iscritti presso l'Anagrafe dei fondi sanitari, è emerso che l'impegno dei fondi di tipo B nelle prestazioni *extra* LEA si è costantemente mantenuto, dal 2015 al 2023, intorno a una soglia pari al 33 per cento circa delle risorse totali. Ne consegue che il rispetto del vincolo di destinazione delle risorse introdotto dal comma 2 dell'articolo 4 della proposta di legge in esame imporrebbe ai fondi di tipo A un netto ampliamento della quota di risorse destinate alle prestazioni *extra* LEA (che dovrebbero passare dall'attuale 33 per cento delle risorse all'80 per cento) e una forte compressione delle prestazioni attualmente erogate in ambito LEA. Tale modifica, conclude sul punto la Corte dei conti, richiederebbe, oltre alla netta revisione del portafoglio delle prestazioni erogate, la gestione delle aspettative e delle condizioni di adesione degli iscritti, che nel 2023 hanno superato la soglia dei 16 milioni di soggetti

---

<sup>22</sup> Contenuti della già menzionata audizione della Corte dei conti (pp. 15-18).

e ottenuto prestazioni per circa 2,2 miliardi. L'entrata in vigore dei vincoli alla destinazione delle risorse dei fondi di tipo B provocherebbe una riduzione del 70 per cento (pari a 1,6 miliardi) del valore delle prestazioni oggi erogate dalla sanità integrativa in ambito LEA che dovrebbero trovare copertura in ambito pubblico.

Inoltre, con riferimento alla disposizione di cui al comma 8, si osserva che il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali oggetto di delega sembrerebbe muoversi verso un'equiparazione del regime fiscale tra i fondi sanitari integrativi e gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso con esclusiva finalità assistenziale<sup>23</sup>, mentre l'attuale sistema di benefici e agevolazioni fiscali, come sopra evidenziato, prevede, da un lato, un regime di deducibilità dal reddito complessivo, per un importo massimo di euro 3.615,20, dei contributi sostenuti da parte di qualsiasi contribuente a prescindere dalla categoria di reddito prodotto [articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del TUIR], dall'altro, un regime di non concorrenza al reddito, per il medesimo importo massimo, dei contributi di assistenza sanitaria versati ad enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusiva finalità assistenziale, limitato ai soli titolari di reddito di lavoro dipendente [articolo 51, comma 2, lettera *a*), del TUIR]. L'intervento oggetto di delega, infatti, destinando le misure agevolative in generale prevalentemente a tutte le prestazioni non comprese nei LEA o, comunque, alle forme di assistenza integrativa conformi ai principi stabiliti o desumibili dalle norme in esame (universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, finalità assistenziali e non lucrative, non selezione dei rischi e non discriminazione nell'accesso dei propri iscritti alle prestazioni sanitarie, trasparenza, di completezza e di comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili), potrebbe ricondurre la totalità di benefici e agevolazioni fiscali alla sola fattispecie di cui al menzionato articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del TUIR. Siffatto intervento potrebbe quindi comportare effetti sulla finanza pubblica, in merito ai quali appare necessario un chiarimento da parte del Governo.

---

<sup>23</sup> Conclusione, questa, avanzata dalla Corte dei conti nella citata audizione (p. 18).

## ARTICOLO 5

### **Disposizioni in materia di autorizzazione, accreditamento e stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie**

**Le norme** demandano a un decreto del Ministro della salute<sup>24</sup>, adottato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge in esame, la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale nonché per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie di cui agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 al fine di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale (comma 1). Il decreto ministeriale in particolare definisce:

a) i criteri, le modalità, i tempi e gli ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale nonché la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, relativamente a:

- 1) la struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;
- 2) l'elenco dei soggetti autorizzati;
- 3) gli esiti delle attività ispettive;

b) un piano di controlli.

Nel suddetto piano sono indicati:

- 1) il numero minimo dei controlli, a campione e senza preavviso, che si intendono effettuare;
- 2) i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
- 3) le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità, almeno annuale, alla composizione delle commissioni ispettive, avuto riguardo, in quest'ultimo caso, alla previsione di commissioni ispettive a composizione mista, con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo, anche nella forma di accordi tra aziende sanitarie confinanti;
- 4) i requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive, la rotazione degli ispettori, le procedure per l'esecuzione delle attività ispettive attraverso un modello standard di verbale omogeneo;

c) le modalità di controllo e di vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, la formazione e la rotazione del personale addetto al controllo nonché un rigoroso sistema sanzionatorio, che contempli anche la revoca e la sospensione in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni;

d) le linee guida recanti gli elementi essenziali da comprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo all'ente competente alla stipula e alla gestione dei contratti, alla

---

<sup>24</sup> Previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

composizione del budget e all'eventuale presenza di accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti extra regionali e della mobilità passiva;

e) i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato da applicare uniformemente nell'intero territorio nazionale, recante l'indicazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (comma 2).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame prevedono l'adozione, entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, di un decreto del Ministro della Salute volto a stabilire requisiti minimi e modalità organizzative per il rilascio di autorizzazioni, accreditamenti istituzionali e per la stipula di accordi contrattuali relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992), al fine di ridurre l'uso inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale (comma 1).

In particolare, il decreto definisce: i criteri per rilevare dati sul fabbisogno territoriale e garantire trasparenza su struttura del mercato, soggetti autorizzati ed esiti ispettivi [lettera a)]; un piano di controlli con indicazioni su numero minimo, modalità, periodicità (almeno annuale) degli stessi, sulla composizione mista delle commissioni ispettive e sulla standardizzazione dei verbali [lettera b)]; strumenti di vigilanza sul rispetto degli accordi contrattuali, monitoraggio delle attività erogate, formazione e rotazione dei controllori e la previsione di un sistema sanzionatorio che preveda la possibilità di sospensione o revoca a seguito di inadempienze [lettera c)]; linee guida sugli elementi essenziali degli accordi contrattuali, budget, competenze e sulla gestione della mobilità sanitaria tra regioni [lettera d)]; requisiti uniformi per l'accreditamento delle strutture sociali e sanitarie sull'intero territorio nazionale, inclusi indicatori per valutare prestazioni e risultati [lettera e)].

In proposito, considerato che la disposizione in esame definisce mediante decreto ministeriale una riorganizzazione complessiva del sistema di autorizzazioni, accreditamenti e accordi contrattuali relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, andrebbero acquisiti elementi di informazione da parte del Governo volti ad assicurare che tale revisione, con particolare riferimento al potenziamento degli strumenti di vigilanza e monitoraggio dei contratti, sia attuabile con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## ARTICOLO 6

### Disposizioni per la tracciabilità e l'economicità della spesa sanitaria

#### **Normativa vigente**

L'articolo 1, comma 412, legge 27 dicembre 2017, n. 205, dispone che, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, la trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi avviene per mezzo del Sistema di gestione messo a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Il Sistema di gestione previsto dalla normativa è stato realizzato con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 7 dicembre 2018<sup>25</sup> ed è operativo attraverso il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO) gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato con il supporto di Sogei.

**Le norme**, inserendo il comma 412-*bis* dopo il comma 412 dell'articolo 1, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, individuano una serie di criteri per la realizzazione del Sistema di gestione di cui al comma 412. Il sistema, in particolare, deve:

- a) rilevare il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, il numero delle procedure in deroga al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, nonché il numero di proroghe e di rinnovi sul totale degli affidamenti;
- b) rendere tracciabile e uniforme sul territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, comprese la definizione del fabbisogno, la programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare, la logistica e le giacenze di magazzino;
- c) garantire l'integrazione con un programma operativo contabile e patrimoniale, unico per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale, che consenta ai cittadini, attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, di rilevare, in tempo reale l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, attraverso un sistema di ricerca semplificato anche per singolo fornitore, per codice identificativo di gara, per singolo bene e per voce univoca di bilancio;
- d) rilevare, in tempo reale, per ciascun fornitore o creditore, tutti i pagamenti e gli incassi effettuati dalle strutture sanitarie, con un collegamento attivo informatizzato ai titoli che hanno consentito il pagamento o l'incasso;
- e) rilevare, in tempo reale, lo stato patrimoniale delle strutture sanitarie, con evidenza dei beni di inventario e delle rimanenze di magazzino, nonché della movimentazione delle scorte, con un'associazione informatizzata ai cicli di terapia applicati a pazienti i cui dati sanitari siano stati opportunamente decodificati, al fine di garantire la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico;

---

<sup>25</sup>Publicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 300 del 24 dicembre 2018, disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/24/18A08349/sg>

- f) rilevare, in tempo reale, tutte le fasi dell'esecuzione del contratto, opportunamente aggiornate dal responsabile o direttore dell'esecuzione dello stesso, comprese le convenzioni o le procedure di accreditamento con le strutture sanitarie private, con evidenza dei verbali ispettivi e delle verifiche condotte con periodicità prestabilita;
- g) accedere alla prescritta contabilità separata dell'attività libero-professionale intramuraria, con la possibilità di rilevare tutti i costi imputabili all'attività medesima, ivi comprese le attrezzature o gli spazi interni o esterni utilizzati per lo svolgimento del servizio nonché la relativa autorizzazione e il volume di attività per ciascun professionista;
- h) assicurare che il mancato aggiornamento del Sistema di gestione non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa;
- i) assicurare un sistema di segnalazione automatico in presenza di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione.

La norma, inoltre, estende quanto previsto in materia di tracciabilità dei flussi finanziari dall'articolo 3, comma 1, primo periodo, della legge 13 agosto 2010, n. 136 (Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia), agli affidatari dei servizi sanitari e socio-sanitari in regime di accreditamento (comma 2).

Si ricorda che la disposizione sopra richiamata prevede che, per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari finalizzata a prevenire infiltrazioni criminali, gli appaltatori, i subappaltatori e i subcontraenti della filiera delle imprese nonché i concessionari di finanziamenti pubblici, anche europei, a qualsiasi titolo interessati ai lavori, ai servizi e alle forniture pubblici, devono utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la società Poste italiane Spa, dedicati, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche. Tutti i movimenti finanziari relativi ai lavori, ai servizi e alle forniture pubblici nonché alla gestione dei finanziamenti di cui periodo precedente devono essere registrati sui conti correnti dedicati e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di incasso o di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

Le norme infine intervengono sul decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33<sup>26</sup>, in materia di obblighi di pubblicità e trasparenza da parte della pubblica amministrazione, prevedendo:

- con una novella all'articolo 14, comma 1-*bis*, che alla dirigenza sanitaria si applichino anche gli obblighi di pubblicazione concernenti l'attività libero professionale intramuraria [comma 3, lettera *a*]);
- con una modifica all'articolo 41, comma 3, del medesimo legislativo, che alla dirigenza sanitaria si applichino gli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici di cui all'articolo 14, in luogo di quelli concernenti i titolari di incarichi di collaborazione e consulenza di cui all'articolo 15 previsti a legislazione vigente [comma 3, lettera *b*]).

---

<sup>26</sup> Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame introducono il comma 412-*bis* all'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, che stabilisce i criteri per la realizzazione del Sistema di gestione degli acquisti per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), previsto al comma 412.

Si tratta dei seguenti criteri: rilevare il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, delle procedure in deroga al Codice dei contratti pubblici, nonché delle proroghe e dei rinnovi effettuati [lettera *a*]); rendere tracciabile e uniforme su tutto il territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, incluse la definizione del fabbisogno, la programmazione, la logistica e le giacenze di magazzino [lettera *b*]); garantire l'integrazione con un sistema contabile e patrimoniale unico per tutte le strutture sanitarie, consultabile in tempo reale dai cittadini tramite un'interfaccia semplificata, che permetta ricerche per fornitore, gara, bene o voce di bilancio [lettera *c*]); rilevare in tempo reale, per ogni fornitore o creditore, i pagamenti e gli incassi effettuati, con collegamento informatico ai titoli giustificativi [lettera *d*]); rilevare in tempo reale lo stato patrimoniale delle strutture sanitarie, inventario, scorte e movimenti, con associazione ai cicli terapeutici dei pazienti (con dati sanitari decodificati), garantendo così la piena tracciabilità dei prodotti sanitari e farmaceutici [lettera *e*]); rilevare tutte le fasi dell'esecuzione dei contratti, aggiornate dai responsabili o direttori dell'esecuzione, compresi convenzioni e accreditamenti con strutture sanitarie private, ispezioni e verifiche periodiche [lettera *f*]); accedere alla contabilità separata dell'attività libero-professionale intramuraria, rilevando costi, attrezzature, spazi utilizzati, autorizzazioni e volumi di attività per ciascun professionista [lettera *g*]); impedire qualsiasi operazione successiva o cumulativa qualora il Sistema di gestione non risultasse aggiornato [lettera *h*]); attivare un sistema di segnalazione automatica in caso di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi, segnalando potenziali sprechi, inefficienze o fenomeni corruttivi [lettera *i*] (comma 1).

Le norme estendono, inoltre, gli obblighi di tracciabilità finanziaria (articolo 3, comma 1, legge n. 136 del 2010) agli affidatari di servizi sanitari e socio-sanitari accreditati, imponendo l'uso di conti correnti dedicati e strumenti di pagamento tracciabili (comma 2).

Le norme modificano infine il decreto legislativo n. 33 del 2013 in materia di trasparenza delle pubbliche amministrazioni: i dirigenti sanitari saranno soggetti agli obblighi di pubblicazione relativi all'attività intramuraria e agli obblighi applicabili a chi è titolare di incarichi politici (comma 3).

In proposito, si rileva che la disposizione al comma 1 non sembra contenere meri criteri cui il sistema deve conformarsi, bensì requisiti e funzionalità che lo stesso deve possedere e rendere operativi ai fini della piena tracciabilità, trasparenza e controllo dell'intero ciclo degli acquisti e

della gestione contabile e patrimoniale delle strutture sanitarie. Inoltre, la disposizione al comma 2, ampliando l'ambito soggettivo di applicazione degli obblighi di tracciabilità anche alle strutture sanitarie convenzionali e accreditate, impone nuovi adempimenti a carico delle predette strutture. Tutto ciò considerato, appare pertanto necessario acquisire elementi di informazione da parte del Governo volti ad assicurare che all'attuazione delle predette disposizioni possa prevedersi nell'ambito delle risorse disponibili delle strutture coinvolte.

Non si hanno invece osservazioni da formulare con riferimento all'aumento degli obblighi di trasparenza per i dirigenti sanitari, posto che tali obblighi si applicano a soggetti privati.

## **ARTICOLO 7**

### **Modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di nomina dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari**

Le norme intervengono sulle disposizioni di cui agli articoli dall'1 al 4 del decreto legislativo n. 171 del 2016 (attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera *p*), della legge n. 124 del 2015 in materia di dirigenza sanitaria) in tema di nomina dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari, come segue (comma 1).

- All'articolo 1, recante elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, vengono apportate le seguenti modifiche:
  - con riguardo ai requisiti dei candidati ammessi a partecipare alle procedure di selezione per la formazione dell'apposito elenco nazionale<sup>27</sup> sono richiesti, in aggiunta a quanto previsto dalla disciplina vigente, il titolo di dottorato di ricerca, di *master* di secondo livello o di diploma di specializzazione<sup>28</sup>, in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria ovvero comprovata esperienza, almeno settennale, nel Servizio sanitario nazionale, in posizioni funzionali per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea magistrale [sostituzione della lettera *b*) del comma 4] e non è più previsto, quale requisito per partecipare alla selezione, l'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria [abrogazione della lettera *c*) del comma 4];

---

<sup>27</sup> Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale.

<sup>28</sup> Conseguito presso le scuole di specializzazione individuate con il regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 aprile 2018, n. 80.

- è prevista un'attività di valutazione del curriculum, dell'elenco dei titoli valutabili nonché l'eventuale e comprovata esperienza dirigenziale<sup>29</sup> svolta dalla commissione costituita ai sensi del vigente articolo 1, comma 3<sup>30</sup> (inserimento del comma 5-*bis*).  
Si rammenta che la partecipazione alla commissione nazionale di cui all'articolo 1 e alla commissione regionale di cui all'articolo 3, è a titolo gratuito e ai componenti non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati<sup>31</sup>.
- nell'ambito della predetta attività di valutazione, vengono modificati i punteggi massimi (40 punti, in luogo dei 60 previsti dalla legislazione vigente) attribuibili dalla commissione sia con riferimento alle esperienze dirigenziali sia in relazione ai titoli formativi e professionali maturati dal candidato (modifiche ai commi 7-*bis*, 7-*ter*, 7-*quater* e 7-*sexies*);
- viene ampliato il novero delle cause di decadenza dai precedenti incarichi di direttori generali che impediscono il reinserimento nel citato elenco nazionale<sup>32</sup> (integrazione al comma 8).
- All'articolo 2, recante disposizioni relative al conferimento dell'incarico di direttore generale, sono apportate le seguenti modifiche:
  - viene eliminata la fase della valutazione dei candidati per titoli e colloquio effettuata da commissione regionale appositamente nominata dal Presidente della Regione<sup>33</sup>, prevedendosi invece che sia nominato direttore generale il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 con il punteggio più alto (a parità di punteggio è nominato il candidato

---

<sup>29</sup> Almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato.

<sup>30</sup> L'articolo 1, comma 3, del decreto legislativo n. 171 del 2016, al fine della formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie e ospedaliere, è prevista la nomina, con decreto del Ministro della salute, di una commissione composta da cinque membri, di cui uno designato dal Ministro della salute con funzioni di presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, e quattro esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, di cui uno designato dal Ministro della salute, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

<sup>31</sup> La clausola di invarianza finanziaria contenuta nell'articolo 8, comma 1, si riferisce anche alla partecipazione alla commissione regionale di cui all'articolo 2. Tuttavia, come verrà evidenziato successivamente, le modifiche intervenute sulle disposizioni di tale articolo ad opera delle norme in esame, non contemplano più tale soggetto nella procedura di valutazione dei candidati per il conferimento dell'incarico di direttore generale a livello regionale.

<sup>32</sup> Si tratta dei casi di gravi e comprovati motivi, di gestione di disavanzo grave o di manifesta violazione di norme di legge o regolamento o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione.

<sup>33</sup> Ai sensi del vigente articolo 2, comma 1, la valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. La commissione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e uno dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, propone al presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire.

più anziano). In proposito, sono altresì previste talune limitazioni, non potendo essere nominati coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale (sostituzione del comma 1);

- ferme restando le vigenti previsioni relative alla pubblicazione dei provvedimenti di nomina, conferma o revoca dall'incarico di direttore generale, nonché del *curriculum* del nominato (rispetto alla formulazione attuale della disposizione, è espunto il riferimento alla motivazione dei citati provvedimenti e la pubblicazione degli altri candidati inclusi nella rosa), alla definizione e all'assegnazione, da parte della regione, degli obiettivi<sup>34</sup>, nonché alla durata del citato incarico<sup>35</sup>, si introduce la previsione che, in caso di decadenza per mancato conseguimento degli stessi, il medesimo soggetto non può essere nominato direttore generale in nessuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale nel triennio successivo ed è definita la disciplina concernente il mandato del commissario in caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale<sup>36</sup> (sostituzione del comma 2).
- All'articolo 3, recante disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, sono aggiunte specifiche previsioni concernenti la procedura di nomina dei predetti direttori da parte del direttore generale<sup>37</sup>.
- All'articolo 4, recante disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità dei predetti incarichi, viene inserita una specifica previsione concernente la sospensione

---

<sup>34</sup> Si tratta degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

<sup>35</sup> La vigente disciplina stabilisce che l'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

<sup>36</sup> Il mandato del commissario, scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale secondo le procedure di cui al comma 1, ha la durata di sei mesi, prorogabile per un periodo massimo di ulteriori sei mesi.

<sup>37</sup> Il direttore generale, al fine di procedere alla nomina, rende noto, con apposito avviso pubblicato nel sito *internet* istituzionale della regione e dell'azienda o ente interessato, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi regionali. È nominato direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, direttore dei servizi socio-sanitari il candidato che ha espresso la propria manifestazione di interesse ed è collocato nell'elenco regionale di cui al presente articolo con il punteggio più alto. A parità di punteggio è nominato il candidato più anziano.

dell'incarico conferito ai citati direttori nonché a tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale<sup>38</sup>.

È, infine, sancita l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1 anche alla nomina dei direttori sanitari di distretto, ove compatibili, anche qualora nell'atto aziendale la direzione del distretto sanitario non sia stata individuata come struttura complessa, ed è stabilito che per l'istituzione della commissione di valutazione vengano sorteggiati i direttori di struttura complessa titolari dell'incarico di direttore di distretto (comma 2).

**In merito ai profili di quantificazione**, si evidenzia preliminarmente che le norme in esame modificano le disposizioni di cui agli articoli da 1 a 4 del decreto legislativo n. 171 del 2016, in materia di nomina dei direttori generali, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari (comma 1), con riguardo:

- ai requisiti dei candidati ammessi a partecipare alle procedure di selezione per la formazione dell'apposito elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale nonché alla procedura di valutazione del *curriculum* dei predetti candidati (compresi i punteggi ad esso attribuibili), ampliando il novero delle cause di decadenza dai precedenti incarichi di direttori generali che impediscono il reinserimento nel citato elenco nazionale (modifiche all'articolo 1);
- alle disposizioni concernenti la procedura di conferimento degli incarichi di direttore generale, con la previsione di talune limitazioni nella relativa nomina, con particolare riferimento ai casi di decadenza dal predetto incarico per mancato conseguimento degli obiettivi, definendo la disciplina relativa al mandato del commissario in caso di commissariamento delle aziende sanitarie (modifiche all'articolo 2);
- all'introduzione di specifiche previsioni relative alla procedura di nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, del direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale (modifiche all'articolo 3);

---

<sup>38</sup> La sospensione interviene in caso di condanna, anche non definitiva, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti.

- all'inserimento di una specifica previsione concernente la sospensione dell'incarico conferito ai predetti direttori nonché a tutte le figure dirigenziali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale (modifiche all'articolo 4).

È, infine, sancita l'applicazione delle predette disposizioni anche alla nomina dei direttori sanitari di distretto ed è stabilito che per l'istituzione della commissione di valutazione vengano sorteggiati i direttori di struttura complessa titolari dell'incarico di direttore di distretto (comma 2).

Al riguardo, in relazione alle disposizioni di cui al comma 1, constatato il carattere procedurale, non si formulano osservazioni.

Con riferimento, invece, al comma 2, la disposizione relativa alla nomina dei direttori sanitari di distretto, nell'estendere tale previsione anche ai casi in cui la direzione di distretto sanitario non sia stata individuata come struttura complessa nell'atto aziendale, sembrerebbe ammettere la possibilità del conferimento di un incarico di direzione anche in casi non espressamente previsti dalle norme vigenti, con conseguenti possibili oneri per la finanza pubblica. Sul punto si segnala che la sentenza Cass. civ., Sez. lavoro, n. 2316 del 26 gennaio 2022 ha precisato che l'incarico di direttore di distretto sanitario, ai sensi dell'articolo 27, comma 1, lettera *a*), del c.c.n.l. sanità dell'8 giugno 2000, è un incarico di struttura complessa.

In proposito, appare pertanto necessario un chiarimento da parte del Governo

Inoltre, con riferimento ai profili procedurali della predetta nomina, andrebbe chiarito se la partecipazione alla commissione di valutazione appositamente istituita avvenga ad invarianza di oneri a carico della finanza pubblica, conformemente a quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 171 del 2016 con riguardo alla partecipazione a commissioni che svolgono analoghe funzioni, fermo restando che, in caso contrario, dovrebbero essere quantificati e coperti gli oneri che ne derivano.

## **ARTICOLO 8**

### **Disposizioni per l'abbattimento delle liste di attesa**

Le norme prevedono che, per l'abbattimento delle liste di attesa, regioni e province autonome siano tenute:

a) al rispetto dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano nazionale di Governo delle liste di attesa e individuati nei loro Piani regionali di governo delle liste di attesa per tutte le prestazioni erogate nel proprio territorio;

b) a pubblicare, nel proprio sito *internet*, l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera e i relativi tempi massimi di attesa;

c) ad assicurare la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione, sia per il primo accesso sia per quelli successivi, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del Servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria. Non è consentita l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale (comma 1).

Si ricorda che l'articolo 1 del decreto-legge n. 73 del 2024 ha istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma (comma 1). La piattaforma persegue l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla: a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale; b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati; c) verifica dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa; d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità; e) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale; f) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni (comma 5).

Il successivo articolo 2 istituisce, presso il Ministero della salute, l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che svolge le funzioni già attribuite al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS)<sup>39</sup>, assicurandone anche il relativo supporto tecnico.

---

<sup>39</sup> L'articolo 1, commi 288-289, della legge n. 266 del 2005 ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), al fine di valutare l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. L'articolo 1, comma 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006 riconduce al SiVeAS, tra l'altro: le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA); le attività inerenti il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali; le attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti al supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei livelli essenziali di assistenza; le attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, su monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.

L'articolo 3 prevede, tra l'altro, che gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscano al Centro unico di prenotazione (CUP) unico a livello regionale o infra-regionale. 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. Gli erogatori pubblici e 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. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.

L'articolo 5 prevede altresì che Regioni e Province autonome istituiscano l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, che provvede, entro novanta giorni dalla medesima data a individuare il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa da adottare annualmente.

La norma prevede altresì che la struttura sanitaria privata accreditata non possa gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie di prestazioni sono distinte e indipendenti (comma 2).

Inoltre si prevede che l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentita nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, che non violano le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che, in ogni caso, garantiscono che la prestazione sanitaria non sia più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria (comma 3).

Le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, non possono attivare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (comma 4).

Infine si stabilisce che il rispetto delle suddette disposizioni consente l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-bis, della legge n. 191 del 2009 e rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali (comma 5).

L'articolo 2, comma 67-bis, della legge n. 191 del 2009 prevede che con decreto interministeriale siano stabilite forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per le regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e

l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo predeterminato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 (pareggio di bilancio per le aziende ospedaliere) e 9 (razionalizzazione degli ospedali), del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le disposizioni in esame sono volte all'abbattimento delle liste di attesa in ambito sanitario. A tal fine, regioni e province autonome sono tenute a rispettare quanto previsto dalle medesime disposizioni.

In particolare, esse sono tenute:

- a) al rispetto dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa e individuati nei loro Piani regionali di governo delle liste di attesa per tutte le prestazioni erogate nel proprio territorio;
- b) a pubblicare, nel proprio sito *internet*, l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera e i relativi tempi massimi di attesa;
- c) ad assicurare la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del Servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria<sup>40</sup>.

Al riguardo, si osserva che, con riferimento al rispetto delle liste di attesa, le disposizioni non individuano gli strumenti necessari ad assicurarlo<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Non è consentita l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale

<sup>41</sup> A titolo di esempio, si ricorda che l'articolo 3 dell'AC 1741, recante misure per l'abbattimento delle liste di attesa, prevedeva, a tal fine, tra l'altro:

- l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche;
- l'istituzione di un sistema di prenotazione unico regionale o per aree infraregionali omogenee;
- verificata l'impossibilità di erogare la prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019- 2021, l'erogazione della medesima prestazione tramite l'attività libero-professionale intramuraria mantenendo a proprio carico la differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del Servizio sanitario nazionale.

Su tale provvedimento la V Commissione della Camera ha espresso in data 26 giugno 2024 parere contrario, proponendo la soppressione, al fine di garantire il rispetto dell'articolo 81 della Costituzione, degli articoli della proposta di legge. Conseguentemente, l'Assemblea della Camera, nella medesima data, ha provveduto alla reiezione del provvedimento.

Pertanto, tale disposizione sembra comunque rimanere in un ambito tendenzialmente programmatico, non specificando concretamente le relative misure operative. Su tali aspetti appare comunque necessario acquisire ulteriori elementi di valutazione.

Con riferimento alla pubblicazione da parte di regioni e province autonome, nel sito *internet*, delle prestazioni e dei relativi tempi massimi di attesa, appare necessario acquisire elementi di valutazione da parte del Governo in merito alla realizzabilità di tale pubblicazione utilizzando le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Quanto alla gestione dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, considerato che l'articolo 3 del decreto-legge n. 73 del 2024 già prevede che gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscano al Centro unico di prenotazione (CUP) unico a livello regionale o infra-regionale, dovendo gli stessi altresì garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie, appare altresì opportuno acquisire dal Governo elementi di valutazione volti a confermare se vi sia una sostanziale rispondenza tra le disposizioni in esame e quanto già previsto a legislazione vigente, al fine di escludere effetti onerosi a carico di soggetti compresi nel perimetro delle amministrazioni pubbliche.

Le disposizioni intervengono infine sulla disciplina delle strutture sanitarie private accreditate e su quella dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI).

In particolare:

- la struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;
- l'attività libero-professionale intramuraria è consentita solo nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, rispettando una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni e in ogni caso garantendo che la prestazione sanitaria non sia più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria;
- il divieto all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria per le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, nonché all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale;
- la previsione che il soddisfacimento delle suddette disposizioni condizionino per regioni e province autonome l'accesso alle forme premiali, di cui all'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge n. 191 del 2009,

costituendo altresì un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Al riguardo, andrebbero forniti elementi di valutazione volti a chiarire il possibile impatto delle disposizioni in esame sull'utilizzo delle strutture sanitarie private accreditate e sull'attività intramuraria, posto che possibili effetti potrebbero determinarsi a seguito di una eventuale riduzione delle prestazioni erogate, con particolare riferimento a quelle eseguite in attività *intramoenia*, con possibili minori entrate per il servizio sanitario nazionale.

## ARTICOLO 9

### Disposizioni per il potenziamento della ricerca sanitaria

Le norme prevedono che la quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo, di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, sia incrementata a decorrere dall'anno 2023 dello 0,50 per cento.

L'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede che una quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio (ora Ministero dell'economia e delle finanze) per le parti di rispettiva competenza, sia trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità e utilizzata per il finanziamento di:

*a)* attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da: Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza; Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza; Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti; Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

*b)* iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie e le attività del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo;

*c)* rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia.

L'incremento è finalizzato altresì al finanziamento delle attività di ricerca corrente di cui alla lettera *a)* del medesimo comma 2 dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992 (comma 1).

Per le suddette finalità, a decorrere dall'anno 2024, il contributo delle aziende farmaceutiche di cui all'articolo 48, comma 19, lettera *b)*, numero 3), del decreto-legge n. 269 del 2003, finalizzato alla realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci e in particolare di

sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché sui farmaci orfani e salvavita, è incrementato in misura pari al 10 per cento delle spese autocertificate sostenute per le attività di promozione di cui al comma 17 del predetto articolo 48 del decreto-legge n. 269 del 2003 (comma 2).

L'articolo 48, commi da 17 a 19, del decreto-legge n. 269 del 2003, prevede che le aziende farmaceutiche producano all'Agenzia italiana del farmaco l'autocertificazione dell'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione. Le Aziende farmaceutiche versano, su un apposito fondo istituito presso la suddetta Agenzia, un contributo pari al 5 per cento delle spese autocertificate decurtate delle spese per il personale addetto. Tra le varie finalità del Fondo, il comma 19, lettera *b*), numero 3), include la realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci e in particolare di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le disposizioni in esame, al fine di potenziare la ricerca e lo sviluppo sui farmaci, incrementano dello 0,50 per cento, a decorrere dall'anno 2023, la quota, pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo, di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992. L'incremento è finalizzato, altresì, al finanziamento delle attività di ricerca corrente. Per le suddette finalità, a decorrere dall'anno 2024, il contributo delle aziende farmaceutiche, di cui all'articolo 48, comma 19, lettera *b*), numero 3), del decreto-legge n. 269 del 2003, finalizzato alla realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci e in particolare di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché sui farmaci orfani e salvavita, è incrementato in misura pari al 10 per cento delle spese autocertificate sostenute per le attività di promozione di cui al comma 17 del predetto articolo 48 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Al riguardo, si osserva che l'incremento dello 0,5 per cento è riferito al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, fissato in 136,5 miliardi di euro nel 2025, in 140,6 miliardi di euro nel 2026 e in 141,7 miliardi nel 2027<sup>42</sup>. Ne consegue che in termini assoluti l'incremento, comunque a carattere permanente, appare stimabile in circa 683 milioni di euro per il 2025, in circa 703 milioni per il 2026 e in circa 710 nel 2027.

---

<sup>42</sup> Cfr. Memorie della Corte dei conti relative all'audizione sul disegno di legge recante "Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027" presso le Commissioni Bilancio V della Camera e 5<sup>a</sup> del Senato, pagina 52.

In proposito, l'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB), nel documento<sup>43</sup> presentato in sede di audizione presso la Commissione XII (Affari sociali) della Camera il 17 luglio 2024, ha stimato per il 2024 un impatto dell'incremento di circa 700 milioni".

In proposito, premessa la necessità di aggiornare la data di decorrenza dell'incremento in esame, andrebbe chiarito se l'incremento della finalizzazione della quota del FSN destinata alla ricerca sanitaria, possa pregiudicare l'erogazione di prestazioni sanitarie a valere sulla medesima quota del FSN, tenuto conto degli incrementi di risorse disposti dall'articolo 1.

Con riferimento al comma 2, appare necessario che il Governo chiarisca, come sembra emergere dal testo, se la norma disponga il raddoppio per le aziende farmaceutiche (dal 5 al 10 per cento) del contributo per la spesa sostenuta per le attività di promozione, di cui all'articolo 48, comma 17, del decreto-legge n. 269 del 2003, finalizzando il maggior gettito alla ricerca sull'uso dei farmaci e, in particolare, di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché sui farmaci orfani e salvavita, di cui all'articolo 48, comma 19, lettera *b*), numero 3), del decreto-legge n. 269 del 2003.

In particolare, tenuto conto dei dati forniti dal Governo in occasione dell'esame di precedenti provvedimenti legislativi, l'incremento disposto potrebbe essere stimato in circa 35 milioni di euro annui lordi.

Riguardo alla stima del predetto incremento, si fa presente che la relazione tecnica riferita all'AS 2255 della XVIII legislatura (Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani)<sup>44</sup>, poi divenuto legge n. 175 del 2021, riporta un imponibile medio interessato di circa 684,6 milioni di euro: conseguentemente l'incremento previsto dalla disposizione in esame può essere stimato in circa 35 milioni di euro annui lordi<sup>45</sup>.

Tutto ciò considerato, appare comunque opportuno acquisire dal Governo dati ed elementi aggiornati al fine di verificare gli effetti finanziari delle disposizioni in esame.

---

<sup>43</sup> "Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1298 Quartini, recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare" pagina 28

<sup>44</sup> Presentata nella seduta n. 443 della 5ª Commissione (Bilancio) del Senato il 14 settembre 2021.

<sup>45</sup> In particolare, l'articolo 11 della legge n. 175 del 2021 (AC 164 e AS 2255 della XVIII Legislatura) prevede che, a decorrere dall'anno 2022, il Fondo nazionale per l'impiego, a carico del SSN, di farmaci orfani per malattie rare e di farmaci che rappresentano una speranza di cura, in attesa della commercializzazione, per particolari e gravi patologie sia integrato con un ulteriore versamento pari al 2 per cento delle spese autocertificate entro il 30 aprile di ogni anno da parte delle aziende farmaceutiche sull'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte al personale sanitario.

## ARTICOLO 10

### Disposizioni per la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale

**Le norme** prevedono che in tutto il territorio nazionale sia assicurata la dematerializzazione della ricetta medica, della cartella clinica e del percorso di cura, a tal fine sfruttando le potenzialità del fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e degli strumenti di medicina digitale (*Digital Health*) a supporto alle decisioni cliniche e assicurando altresì l'interoperabilità dei dati e delle informazioni e la loro disponibilità in favore dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute effettua un monitoraggio finalizzato a misurare lo stato di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico in ciascuna regione e a rimuovere tutti gli ostacoli concernenti l'utilizzo da parte dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie (commi 1 e 2).

Si ricorda che il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), introdotto dall'articolo 12, del decreto-legge n. 179 del 2012, costituisce l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito ed è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Le Regioni hanno assunto il compito di rendere operativo l'accesso alle informazioni, garantendo l'interoperabilità su tutto il territorio nazionale mediante le specifiche tecniche pubblicate dall'AgID il 6 maggio 2015, successivamente aggiornate nel 2016. Con riferimento alle prescrizioni farmaceutiche in formato digitale (cd. ePrescription), si ricorda il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 novembre 2015, attuativo dell'articolo 13 del citato decreto-legge n. 179 del 2012 per favorire la qualità, il monitoraggio e l'appropriatezza nell'erogazione dei medicinali. Esso ha stabilito la validità, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni farmaceutiche digitali, consentendo, a partire dal 2016, il ritiro dei medicinali prescritti sotto questa forma presso qualsiasi farmacia.

Relativamente alle ricette mediche, si ricorda che con Decreto del Ministero dell'economia del 25 marzo 2020 è stata disciplinata l'estensione della dematerializzazione di ricette e piani terapeutici, integrando le disposizioni del Decreto del Ministero dell'economia 2 novembre 2011, in materia di dematerializzazione della ricetta medica cartacea.

Con riguardo agli strumenti di telemedicina, si ricorda che l'articolo 19-*septies* del decreto-legge n. 137 del 2020 (cosiddetto Decreto ristori) ha previsto lo svolgimento di prestazioni di telemedicina presso le farmacie operanti nei comuni o centri abitati con meno di 3.000 abitanti nonché il riconoscimento di un credito d'imposta in favore delle medesime farmacie.

Si prevede altresì che il rispetto delle suddette disposizioni consenta l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge n. 191 del 2009 e rappresenti un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali (comma 3).

L'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge n. 191 del 2009 prevede che con decreto interministeriale siano stabilite forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per le regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo predeterminato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 (pareggio di bilancio per le aziende ospedaliere) e 9 (razionalizzazione degli ospedali), del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione. Si ricorda altresì che l'articolo 2 del decreto-legge n. 73 del 2024 istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che svolge le funzioni già attribuite al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS)<sup>46</sup>, assicurandone anche il relativo supporto tecnico.

Infine si stabilisce che, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, il Ministero della salute definisce, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale, un cronoprogramma volto a implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili che consentano di ottenere informazioni su strutture e servizi sanitari e promuovere l'uso di dispositivi indossabili e di monitoraggio da remoto (comma 4).

Detti dispositivi devono essere idonei a restituire riscontri e informazioni, anche ai fini dell'adesione alle terapie, e di garantire l'integrazione delle diverse applicazioni di telemedicina (teleassistenza, telemonitoraggio, televisita, teleriabilitazione, telefarmacia) nei percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità, al fine di potenziare la continuità delle cure e dei *follow-up*, favorendo il dialogo costante, continuo e aggiornato tra i medici di medicina generale, i medici specialisti, i farmacisti e le aziende ospedaliere per garantire un accesso equo, tempestivo, efficace e appropriato alle terapie.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le disposizioni in esame prevedono che in tutto il territorio nazionale sia assicurata la dematerializzazione della ricetta medica, della cartella clinica e del percorso di cura, sfruttando le potenzialità del

---

<sup>46</sup> L'articolo 1, commi 288-289, della legge n. 266 del 2005 ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della salute, del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), al fine di valutare l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. L'articolo 1, comma 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006 riconduce al SiVeAS, tra l'altro: le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA); le attività inerenti il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali; le attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti al supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei livelli essenziali di assistenza; le attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, su monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.

fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e degli strumenti di medicina digitale e assicurando altresì l'interoperabilità dei dati e delle informazioni e la loro disponibilità in favore dei pazienti, dei professionisti sanitari e delle aziende sanitarie. Il Ministero della salute effettua un monitoraggio finalizzato a misurare lo stato di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico in ciascuna regione e a rimuovere tutti gli ostacoli concernenti l'utilizzo da parte dei pazienti, delle aziende e dei professionisti sanitari.

Il Ministero della salute definisce, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale, un cronoprogramma volto a implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili che consentano di ottenere informazioni su strutture e servizi sanitari e promuovere l'uso di dispositivi indossabili e di monitoraggio da remoto, idonei a restituire riscontri e informazioni, anche ai fini dell'adesione alle terapie, e di garantire l'integrazione delle diverse applicazioni di telemedicina (teleassistenza, telemonitoraggio, televisita, teleriabilitazione, telefarmacia) nei percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità, favorendo il dialogo tra i medici di medicina generale, i medici specialisti, i farmacisti e le aziende ospedaliere.

Al riguardo, considerato che, a seguito del predetto monitoraggio potrebbero emergere criticità nella realizzazione del fascicolo sanitario elettronico con la conseguente necessità di prevedere investimenti infrastrutturali e che analoghe necessità di investimenti infrastrutturali potrebbero derivare dal cronoprogramma volto ad implementare l'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili, appare necessario che il Governo fornisca dati ed elementi di valutazione volti alla quantificazione di eventuali oneri.

Con riferimento agli adempimenti richiesti al Ministero della salute, all'Agenzia per l'Italia digitale (soggetto incluso nel perimetro delle amministrazioni pubbliche ai fini del conto economico consolidato), nonché a comuni e province autonome, appare altresì necessario che il Governo fornisca elementi di informazione volti ad assicurare che tali adempimenti possano essere realizzati nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

## ARTICOLO 11

### **Disposizioni per il riordino del sistema di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliero**

**Le norme** prevedono che, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri<sup>47</sup>, sia ridefinito il modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria, al fine di assicurare l'integrazione funzionale del sistema "118" con il dipartimento di emergenza urgenza e accettazione, e il collegamento tra i rispettivi sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso (comma 1).

Con il suddetto decreto sono definite le dotazioni organiche idonee a garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno standard comprensivo del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, nonché i profili professionali e giuridici dei medici, degli infermieri e degli autisti-soccorritori del sistema "118", al fine di garantirne un impiego uniforme nell'intero territorio nazionale e di prevedere specifiche indennità di rischio biologico e ambientale, garantendo altresì una formazione adeguata che consenta al personale medico e infermieristico un'efficace integrazione con il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria nonché la condivisione delle competenze specialistiche e dei protocolli di cura (comma 2).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sia ridefinito il modello organizzativo di base del sistema di emergenza sanitaria, al fine di assicurare l'integrazione funzionale del sistema "118" con il dipartimento di emergenza urgenza e accettazione, e il collegamento tra i rispettivi sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso. Al riguardo, si osserva che il perseguimento di tali finalità potrebbe determinare la necessità di investimenti infrastrutturali con conseguenti oneri a carico della finanza pubblica. In proposito, andrebbero acquisiti dati ed elementi di valutazione volti alla quantificazione dei suddetti possibili oneri.

Con il medesimo decreto sono inoltre definite le dotazioni organiche idonee a garantire un livello ottimale di dotazione in base al fabbisogno standard comprensivo del sistema di

---

<sup>47</sup> Su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari

emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, nonché i profili professionali e giuridici dei medici, degli infermieri e degli autisti-soccorritori del sistema "118", al fine di garantirne un impiego uniforme nell'intero territorio nazionale e di prevedere specifiche indennità di rischio biologico e ambientale, garantendo altresì una formazione adeguata.

A tal riguardo, si osserva che la ridefinizione delle dotazioni organiche secondo i criteri sopra indicati, inclusa la previsione di specifiche indennità, appare suscettibile di determinare un incremento degli oneri per il personale, cui si aggiungono quelli inerenti alle attività di formazione. Andrebbero pertanto acquisiti dati ed elementi di valutazione volti alla quantificazione dei suddetti oneri.

## **ARTICOLO 12**

### **Disposizioni finanziarie**

**Le norme** provvedono alla copertura degli oneri derivanti dalla legge in esame mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica, da adottare entro il 31 dicembre 2025<sup>48</sup>, che assicurino minori spese, pari a 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2030.

Qualora gli interventi previsti al primo periodo non siano adottati o lo siano per importi inferiori a quelli indicati, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 31 marzo 2024, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, al fine da assicurare maggiori entrate in misura pari agli importi di cui al primo periodo, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute, e prevedendo un limite di reddito al quale la riduzione delle spese fiscali non si applica.

**In merito ai profili di quantificazione**, si fa presente che l'articolo 12 provvede alla copertura degli oneri derivanti dalla presente proposta di legge mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica, da adottare entro il 31 dicembre 2025,

---

48

che assicurino minori spese, pari a 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2030. Esso prevede, inoltre, che, qualora i predetti interventi non siano adottati o siano adottati per importi inferiori a quelli indicati, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 31 marzo 2024, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, al fine di assicurare maggiori entrate in misura pari all'importo sopra indicato, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute, e prevedendo un limite di reddito oltre il quale la riduzione delle spese fiscali non si applica.

Ciò posto, si rileva in primo luogo che, nell'anno di presentazione della proposta di legge in esame, ossia il 2023, il riferimento temporale corretto entro cui adottare le misure di revisione della spesa avrebbe dovuto essere il 31 dicembre 2023, anziché il 31 dicembre 2025. Infatti, considerato che l'anno a partire dal quale si prevede l'incremento della spesa è il 2024, per assicurare le occorrenti risorse a partire da tale anno, ivi comprese quelle derivanti dagli eventuali interventi di salvaguardia di carattere fiscale, da adottare entro il 31 marzo 2024, si sarebbe dovuto procedere all'adozione delle misure di revisione della spesa entro il 31 dicembre 2023. Resta fermo, comunque, che tali riferimenti necessitano di essere aggiornati in considerazione del tempo trascorso e dell'avvio del corrente esercizio finanziario come si evince anche dalle considerazioni svolte in merito ai profili di copertura finanziaria.

In secondo luogo, pur assumendo come effettivamente realizzabili le risorse rivenienti dalla revisione della spesa, si evidenzia che gli oneri derivanti dalla proposta di legge in esame risultano sensibilmente superiori rispetto alle coperture previste, principalmente a causa dei maggiori oneri connessi all'incremento all'8 per cento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, disposto dall'articolo 1.

In particolare, la stima di tale onere, come evidenziato in precedenza, dovrebbe ammontare almeno a 37.117,12 milioni di euro per il 2025, a 36.058,40 milioni di euro per il 2026 e a 39.082,28 milioni di euro per il 2027, ove si considerino assorbiti in esso le distinte voci di

spesa derivanti dai singoli interventi previsti dal provvedimento, ascrivibili anch'essi alla spesa sanitaria nel suo complesso. In questo quadro, non si tiene tuttavia conto degli oneri derivanti dall'adeguamento del fabbisogno sanitario nazionale al tasso di inflazione, per la cui quantificazione appare necessario chiarire, come già evidenziato in merito all'articolo 1, quale sia l'indice di variazione dei prezzi da applicare. Resta fermo comunque che l'onere aumenterebbe ulteriormente ove le singole voci di spesa fossero considerate aggiuntive rispetto al disposto incremento della spesa sanitaria.

**In merito ai profili di copertura finanziaria**, si osserva in via preliminare che, sul piano testuale, nell'ambito della clausola di copertura finanziaria non si provvede a indicare puntualmente l'ammontare degli oneri ai quali si provvede né sono espressamente richiamate le disposizioni del provvedimento che determinano i medesimi oneri.

Nel rinviare a quanto osservato con riferimento ai profili di quantificazione per quanto riguarda il rapporto tra gli effetti finanziari di ciascuna disposizione del provvedimento e l'ammontare complessivo della spesa sanitaria, si segnala che le disposizioni della proposta di legge che indicano espressamente nuovi o maggiori oneri sono:

- l'articolo 1, comma 1, che prevede, a decorrere dall'anno 2024, l'adeguamento della spesa sanitaria annua ad una percentuale non inferiore all'8 per cento del prodotto intero lordo, nonché l'incremento, su base annua, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in misura pari al doppio del tasso di inflazione anche in caso di riduzione del prodotto interno lordo.
- l'articolo 3, comma 3, che incrementa di 150 milioni di euro per il 2023, 300 milioni per l'anno 2024, 500 milioni di euro per l'anno 2025 e 1 miliardo di euro annui a decorrere dall'anno 2026 l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021, imputando i relativi oneri a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che è conseguentemente incrementato in misura corrispondente;
- l'articolo 3, comma 4, che istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo con una dotazione iniziale di 2 miliardi di euro annui a decorrere

dall'anno 2024, destinato ai miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e a incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico<sup>49</sup>.

Ciò posto, si segnala, in primo luogo, che gli oneri derivanti dalle predette disposizioni, peraltro riferiti anche ad esercizi finanziari già conclusi, presentano tutti carattere permanente, mentre la copertura finanziaria individuata dall'articolo in esame è limitata ai soli anni dal 2025 al 2030.

Con riferimento alle modalità di copertura finanziaria utilizzate, si segnala che la disposizione in esame rimette, in prima battuta, a futuri interventi di razionalizzazione e revisione della spesa pubblica – di cui non è chiarito, peraltro, il rango normativo – il compito di provvedere al reperimento delle occorrenti risorse e, in via subordinata, in caso di mancata adozione di tali interventi o di misure adottate per importi inferiori a quelli indicati, demanda a futuri provvedimenti di rango secondario il reperimento delle risorse finanziarie necessarie ai fini della relativa copertura, attraverso interventi di variazione delle aliquote di imposta e di riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti.

A tale riguardo, si evidenzia che l'idoneità di tale modalità di copertura finanziaria, che rimette a futuri provvedimenti l'individuazione dei mezzi di copertura finanziaria degli oneri che si determinano in via diretta per effetto del provvedimento in esame deve essere valutata alla luce delle previsioni dell'articolo 17, comma 1, della legge n. 196 del 2009 in materia di contabilità e finanza pubblica, che dispone che, in attuazione dell'articolo 81, terzo comma, della Costituzione, ciascuna legge che comporti nuovi o maggiori oneri provvede alla loro "contestuale" copertura finanziaria, richiedendo, quindi, la contemporaneità tra la previsione degli oneri aggiuntivi e l'individuazione dei relativi mezzi di copertura.

Si rileva, comunque, che il meccanismo di copertura delineato dalle disposizioni in esame non appare coerentemente articolato al proprio interno sotto il profilo temporale, considerato che la scadenza del termine stabilito per l'adozione degli eventuali provvedimenti di rango

---

<sup>49</sup> L'articolo 2, comma 2, incrementa, invece, in misura pari a 400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, l'importo di cui all'articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021, finalizzato all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, incrementando un finanziamento che, a normativa vigente, è posto a carico della quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale *standard*.

secondario da adottare in caso di mancata adozione o di insufficienza degli interventi di razionalizzazione e revisione della spesa è fissata a una data – ricadente, peraltro, nell'ambito di un esercizio finanziario ormai concluso – antecedente rispetto al termine – fissato al 31 dicembre 2025 – per l'adozione di tali ultimi interventi.