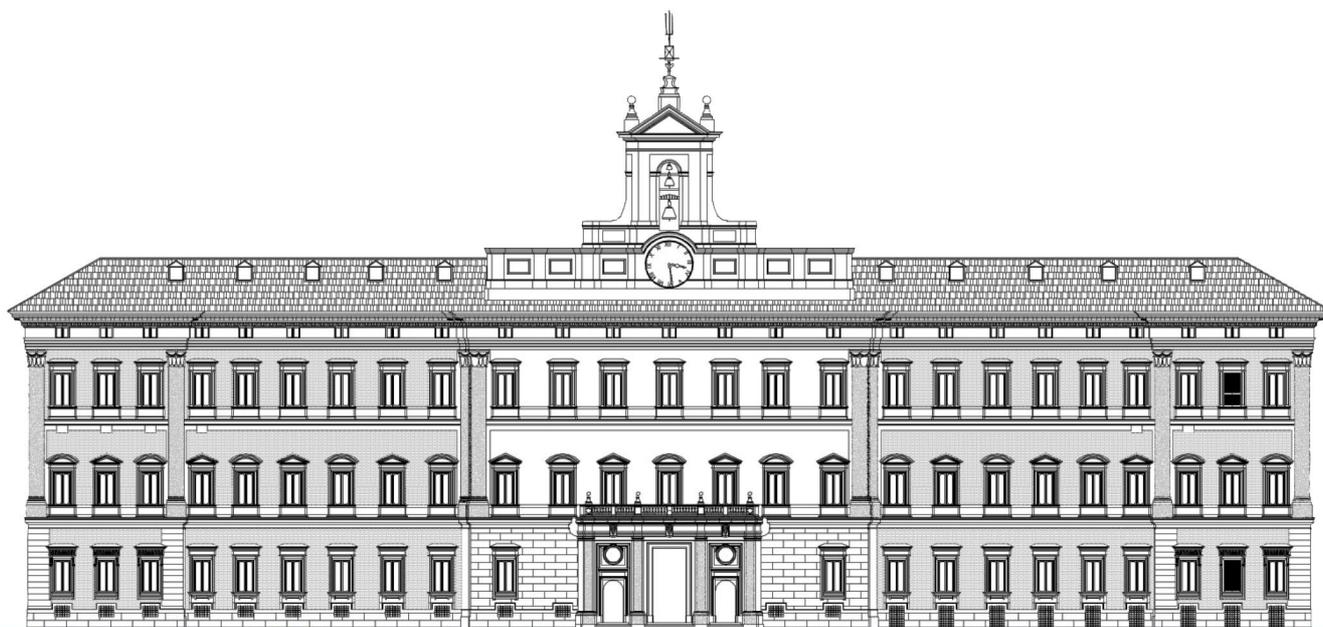




Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA



## Analisi degli effetti finanziari

**A.C. 1741 e abb.**

**Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità**

N. 41 – 19 giugno 2024



Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Analisi degli effetti finanziari

A.C. 1741 e abb.

Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità

N. 41 – 19 giugno 2024

*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>- 3 -</b>
ARTICOLI 1 E 4.....	- 3 -
FINANZIAMENTO DEL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE E COPERTURA FINANZIARIA .....	- 3 -
ARTICOLO 2.....	- 8 -
MODIFICA ALL'ARTICOLO 11 DEL DECRETO-LEGGE 30 APRILE 2019, N. 35, RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE E DI NOMINE NEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	- 8 -
ARTICOLO 3.....	- 10 -
MISURE PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA .....	- 10 -



## *Informazioni sul provvedimento*

---

<b>A.C.</b>	1741 e abb.
<b>Titolo:</b>	<b>Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità</b>
<b>Iniziativa:</b>	<b>parlamentare</b>
<b>Iter al Senato:</b>	no
<b>Relazione tecnica (RT)</b>	assente
<b>Relatori per la Commissione di merito:</b>	Furfaro (PD-IDP) e Loizzo (LEGA)
<b>Commissione competente:</b>	XII Commissione (Affari sociali)

---

### PREMESSA

La proposta di legge, di iniziativa parlamentare, ha ad oggetto disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità. Il provvedimento, assegnato in sede referente alla XII Commissione (Affari sociali), non è stato modificato dalla Commissione stessa che ne ha concluso l'esame conferendo il mandato al relatore a riferire in senso contrario all'Assemblea.

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

### ANALISI DEGLI EFFETTI FINANZIARI

#### **ARTICOLI 1 e 4**

#### **Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale e copertura finanziaria**

Le norme incrementano gradualmente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, definito nella Sezione I della legge di bilancio<sup>1</sup>, individuando percentuali crescenti del finanziamento rispetto al prodotto interno lordo (PIL) nominale per l'arco temporale 2024-2028. In particolare, il finanziamento è incrementato su base annua dello 0,21 per cento del PIL nominale nazionale per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Questi incrementi comprendono inoltre le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni

---

<sup>1</sup> In particolare, il livello del finanziamento cui concorre lo Stato è stato definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197.

sanitari delle persone non autosufficienti da garantire in tutto il territorio nazionale (articolo 1).

Le norme, inoltre, valutano gli oneri derivanti dall'attuazione della legge in termini incrementali rispetto al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato, e tenuto conto delle previsioni di crescita del PIL tendenziale e programmatico, in 4 miliardi di euro per l'anno 2024, 8 miliardi di euro per l'anno 2025, 12 miliardi di euro per l'anno 2026, 16 miliardi di euro per l'anno 2027, 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2028. A tali oneri si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, vengono individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva (articolo 4).

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che la proposta di legge in esame incrementa gradualmente dello 0,21 per cento del PIL nominale nazionale per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario standard a carico dello Stato nel periodo 2024-2028 fino a raggiungere una percentuale del 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale. Gli oneri derivanti dall'attuazione della legge sono valutati in 4, 8, 12, 16 miliardi di euro rispettivamente per gli anni tra il 2024 e il 2027 nonché in 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2028. A tali oneri si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria e, qualora questa non garantisca le risorse necessarie, si prevede l'attuazione con DPCM di misure aggiuntive di contrasto dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

In proposito, si rileva innanzitutto che il raggiungimento del 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale in base ai dati contenuti nel Documento di Economia e Finanza 2024 (Sezione II), considerando il valore di partenza a legislazione vigente relativo all'anno 2024, pari al 6,40 per cento, richiederebbe un aumento annuo della spesa sanitaria di 0,22 punti percentuali di PIL dal 2024 al 2028 e non di 0,21 punti percentuali come invece indicato

nella proposta di legge. La spesa sanitaria aggiuntiva, ottenuta applicando al PIL tendenziale la differenza tra i punti percentuali di spesa sanitaria sul PIL previsti dal DEF 2024 per gli anni dal 2024 al 2027 e quelli che dovrebbero essere previsti dalla proposta di legge in esame (0,22 punti) per portare il livello della spesa sanitaria nel 2028 al 7,50 per cento del PIL, dovrebbe essere quindi pari a 4,76 miliardi di euro per il 2024 (0,22 per cento), 12,09 miliardi di euro per il 2025 (0,54 per cento), 17,52 miliardi di euro per il 2026 (0,76 per cento) e 25,57 miliardi di euro per il 2027 (1,08 per cento). Ciò comporterebbe un onere ulteriore rispetto a quello quantificato dalla proposta di legge in esame pari a 0,76 miliardi nel 2024, a 4,09 miliardi nel 2025, a 5,52 miliardi nel 2026 e a 9,57 miliardi di euro nel 2027, come risulta dalla tabella che segue:

**Incremento finanziamento SSN (miliardi di euro)**

<b>Anni</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>
PIL nominale tendenziale da DEF 2024 (A)	2162,70	2238,20	2305,90	2367,60	
Spesa sanitaria/PIL da DEF 2024 (B)	6,40%	6,30%	6,30%	6,20%	
Incremento percentuale da A.C. 1741 +0.21 %	6,61%	6,82%	7,03%	7,24%	7,45%
Modifica incremento di A.C. 1741 +0.22 % (C)	6,62%	6,84%	7,06%	7,28%	7,50%
Differenza in punti percentuali (C-B = D)	0,22%	0,54%	0,76%	1,08%	
<b>Quantificazione spesa sanitaria aggiuntiva (D*A=E)</b>	<b>4,76</b>	<b>12,09</b>	<b>17,52</b>	<b>25,57</b>	
Spesa sanitaria aggiuntiva prevista da C.1741 (F)	4,00	8,00	12,00	16,00	20,00
Differenza spesa prevista e quantificata (G=E-F)	0,76	4,09	5,52	9,57	

Non è invece possibile effettuare una stima degli ulteriori oneri per l'anno 2028 considerando i soli dati del DEF 2024, posto che per tale anno il DEF non fornisce informazioni, trattandosi di un anno che non rientra nel periodo triennale di programmazione considerato dal medesimo documento, a meno che non si formulino con riferimento all'anno 2028 specifiche ipotesi in ordine alla crescita del PIL e al rapporto tra spesa sanitaria e PIL.

Ad esempio, si potrebbe ipotizzare per il 2028 di mantenere la stessa crescita percentuale del PIL (2,6 per cento) e lo stesso rapporto tra spesa sanitaria e PIL (6,20 per cento) prevista a legislazione vigente per il 2027. In tal caso, gli oneri annui che ne deriverebbero, per tutto il periodo considerato (2024-2028), sarebbero quelli evidenziati nella tabella che segue:

**Incremento finanziamento SSN (miliardi di euro)**

<b>Anni</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>
PIL nominale tendenziale da DEF 2024 (A)	2162,70	2238,20	2305,90	2367,60	2430,95
Spesa sanitaria/PIL da DEF 2024 (B)	6,40%	6,30%	6,30%	6,20%	6,20%
Incremento percentuale da A.C. 1741 +0.21 %	6,61%	6,82%	7,03%	7,24%	7,45%
Modifica incremento di A.C. 1741 +0.22 % (C)	6,62%	6,84%	7,06%	7,28%	7,50%
Differenza in punti percentuali (C-B = D)	0,22%	0,54%	0,76%	1,08%	1,30%
<b>Quantificazione spesa sanitaria aggiuntiva (D*A=E)</b>	<b>4,76</b>	<b>12,09</b>	<b>17,52</b>	<b>25,57</b>	<b>31,60</b>
Spesa sanitaria aggiuntiva prevista da C.1741 (F)	4,00	8,00	12,00	16,00	20,00
Differenza spesa prevista e quantificata (G=E-F)	0,76	4,09	5,52	9,57	11,60

**In merito ai profili di copertura finanziaria**, si rileva che il primo periodo del comma 2 dell'articolo 4 provvede agli oneri derivanti dall'attuazione della presente proposta di legge, che il comma 1 valuta, in termini incrementali, rispetto al livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per l'anno 2024, in 4 miliardi di euro per l'anno 2024, in 8 miliardi di euro per l'anno 2025, in 12 miliardi di euro per l'anno 2026, in 16 miliardi di euro per l'anno 2027 e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2028, a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Il secondo periodo del medesimo comma 2 prevede, in subordine, che, ove la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie al finanziamento dei predetti oneri, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, vengano individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto all'evasione e all'elusione fiscale e contributiva.

Con riferimento al complessivo meccanismo di copertura delineato dal comma 2, fermo restando quanto osservato con riferimento ai profili di quantificazione, si rileva in primo luogo che la prima modalità di copertura, di cui al primo periodo del medesimo comma, a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria, sembra interpretabile in due diverse accezioni ciascuna delle quali presenta comunque profili problematici rispetto alla vigente disciplina contabile.

Nella prima accezione, infatti, la disposizione potrebbe intendersi riferita essenzialmente all'utilizzo delle maggiori entrate, rispetto a quelle iscritte nel bilancio di previsione, derivanti da un miglioramento del quadro macroeconomico rispetto a quello previsto dai vigenti

documenti di programmazione economica e finanziaria indipendente dagli effetti del presente provvedimento. In questo quadro, si ricorda che l'articolo 17, comma 1-*bis*, della legge di contabilità e finanza pubblica stabilisce che le maggiori entrate, rispetto a quelle iscritte nel bilancio di previsione, derivanti da variazioni degli andamenti a legislazione vigente non possono essere utilizzate per la copertura finanziaria di nuove o maggiori spese o riduzioni di entrate, ma sono finalizzate al miglioramento dei saldi di finanza pubblica. La possibilità di ricorrere all'utilizzo di maggiori entrate a fini di copertura è limitata, dunque, alle ipotesi di introduzione di innovazioni legislative contestuali o comunque direttamente riferibili alla norma onerosa<sup>2</sup>.

Nella seconda accezione, il richiamo alle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica si potrebbe intendere invece riferito alla maggiore crescita economica indotta dall'incremento della spesa sanitaria previsto dal presente provvedimento. Anche in tale accezione, tuttavia, la disposizione non risulterebbe conforme alla vigente disciplina contabile, giacché verrebbero utilizzati con finalità di copertura gli effetti macroeconomici indiretti derivanti dal provvedimento in esame che, in quanto tali, potrebbero essere valutati solo nel quadro della manovra di finanza pubblica.

Con riferimento, invece, alla seconda modalità di copertura, prevista dal secondo periodo del comma 2, si evidenzia, anzitutto, che la disposizione in esame, a fronte di oneri puntualmente quantificabili, rimette a futuri provvedimenti di rango secondario il reperimento delle risorse finanziarie necessarie ai fini della relativa copertura, non procedendo quindi alla contestuale individuazione della stessa.

Al riguardo, fermo restando che non è possibile valutare in questa sede la congruità delle entrate derivanti dalle future misure da adottare e per altro non puntualmente indicate, si osserva che l'articolo 17, comma 1, della legge di contabilità e finanza pubblica dispone che, in attuazione dell'articolo 81, terzo comma, della Costituzione, ciascuna legge che comporti nuovi o maggiori oneri provveda alla loro "contestuale" copertura finanziaria, richiedendo

---

<sup>2</sup> Per maggiori approfondimenti, si rinvia al *dossier* [Quantificazione e copertura delle leggi di spesa](#) del 31 ottobre 2022 curato dal Servizio del Bilancio del Senato della Repubblica e dal Servizio del bilancio dello Stato della Camera dei deputati.

quindi la contemporaneità tra la previsione degli oneri aggiuntivi e l'individuazione dei mezzi di copertura.

## **ARTICOLO 2**

### **Modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale**

**Le norme** introducono, al comma 1, una novella che inserisce il comma 4.2 all'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, recante disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale. In particolare attraverso tale novella si prevede che:

- le regioni debbano assicurare, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico;
- la disapplicazione, a partire dal 2024 della disciplina in materia di limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 del predetto articolo 11, nonché di quella sul limite delle risorse da destinare al trattamento accessorio del personale delle pubbliche amministrazioni previsto dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

Le norme, inoltre, al comma 2, prevedono che eventuali maggiori costi a carico delle regioni, derivanti dall'applicazione del comma 1, dovranno trovare copertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto all'articolo 1 presente provvedimento.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame, nell'affermare che le regioni debbono assicurare, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico, prevedono a partire dal 2024 la disapplicazione della disciplina in materia di limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni prevista dai commi 1, 2, 3 e 4 dell'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, nonché di quella sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale da destinare al personale delle pubbliche amministrazioni prevista dall'articolo 23, comma 2, del decreto

legislativo 25 maggio 2017, n. 75. In questo quadro, si stabilisce che eventuali maggiori costi a carico delle regioni derivanti da tali deroghe dovranno trovare copertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto all'articolo 1 del presente provvedimento di cui si è detto in precedenza.

In proposito, si evidenzia che l'introduzione delle predette deroghe alla disciplina recante limiti di spesa al trattamento del personale – sebbene da realizzare, come sembra evincersi dal testo, nell'ambito di un governo della spesa del personale che dovrebbe avvenire in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico - appare suscettibile di determinare nuovi o maggiori oneri. Tuttavia, poiché le norme in esame, come detto, prevedono che agli eventuali maggiori costi si debba provvedere nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto all'articolo 1, dovrebbe essere valutata l'opportunità di prevedere meccanismi procedurali che consentano di collegare l'attuazione delle predette deroghe da parte di ciascuna regione all'utilizzo di quota parte dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, in modo da escludere il verificarsi di nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Si consideri che l'introduzione di deroghe alla disciplina sul trattamento accessorio del personale di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75 del 2017 è stata sempre accompagnata dall'introduzione di limiti di spesa nel rispetto di quali le deroghe dovevano essere adottate. Ad esempio:

- l'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 9 maggio 2024, n. 61, a fronte dell'incremento dei compiti e delle funzioni svolti dal personale civile del Ministero della difesa a supporto delle Forze armate, ha autorizzato un incremento del Fondo risorse decentrate del personale civile non dirigenziale di 10 milioni di euro per l'anno 2024;

- l'articolo 8, comma 3, del decreto-legge 29 marzo 2024, n. 39, ha aumentato le risorse per il personale dell'Agenzia delle entrate e dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli di 38 milioni di euro e di 13 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023 e 2024;

- l'articolo 10, comma 6, del decreto-legge 11 giugno 2024, n. 76, al fine di assicurare il dispositivo di soccorso tecnico urgente in occasione del G7 di Brindisi, ha autorizzato, per il maggior impegno del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in termini di prestazioni di lavoro straordinario, la spesa complessiva di euro 1.810.282 per l'anno 2024.

## ARTICOLO 3

### Misure per l'abbattimento delle liste di attesa

**Le norme** prevedono, al comma 1, che, nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di realizzare alcune finalità espressamente indicate<sup>3</sup>, debbano adottare le seguenti misure:

- indire, entro il 30 giugno 2024, nei limiti delle risorse previste in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche, necessario a fare fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale [lettera *a*]);
- istituire, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, un sistema di prenotazione unico regionale o per aree infraregionali territorialmente omogenee da un punto di vista demografico e per il numero e la tipologia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nonché delle agende delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali erogate [lettera *b*]);
- verificata l'impossibilità di assicurare l'erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021, garantire fino al 31 dicembre 2024 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<sup>4</sup> [lettera *c*]);

---

<sup>3</sup> In particolare si tratta delle seguenti finalità:

- garantire la piena e completa attuazione dei rispettivi piani operativi;
- fornire tempestiva risposta alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di *screening* e di ricovero ospedaliero;
- potenziare l'assistenza sanitaria territoriale;
- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- garantire la piena operatività delle case della comunità e degli ospedali di comunità.

<sup>4</sup> Si ricorda che una disposizione di analogo contenuto è già prevista a legislazione vigente dall'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo n. 124 del 1998, che, tuttavia, prevede che agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle citate prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse derivanti dall'autofinanziamento regionale di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 502 del 1992 con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

- entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, rendere pubblici e aggiornare in tempo reale nel proprio sito internet istituzionale i tempi di attesa per ciascuna prestazione sanitaria prevista nel PNGLA [lettera *d*]).

Le norme, infine, al comma 2, attribuiscono all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull’abbattimento delle liste di attesa di cui al comma 1. A tale fine, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, sono stabiliti i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all’Agenas, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa.

**In merito ai profili di quantificazione**, si rileva preliminarmente che le norme in esame, prevedono, al comma 1, che, nelle more dell’aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di realizzare alcune finalità espressamente indicate<sup>5</sup>, debbano adottare le seguenti misure:

- indire, entro il 30 giugno 2024, procedure concorsuali straordinarie per l’assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche, nei limiti delle risorse previste in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e fermo restando il rispetto dell’equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale [lettera *a*]);
- istituire, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, un sistema di prenotazione unico regionale o per aree infraregionali territorialmente omogenee [lettera *b*]);
- nel caso di impossibilità di assicurare l’erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019- 2021,

---

<sup>5</sup> In particolare si tratta delle seguenti finalità:

- garantire la piena e completa attuazione dei rispettivi piani operativi;
- fornire tempestiva risposta alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di *screening* e di ricovero ospedaliero;
- potenziare l’assistenza sanitaria territoriale;
- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- garantire la piena operatività delle case della comunità e degli ospedali di comunità.

garantire fino al 31 dicembre 2024 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 [lettera c]);

- rendere pubblici e aggiornare in tempo reale nel proprio sito internet istituzionale i tempi di attesa per ciascuna prestazione sanitaria prevista nel PNGLA [lettera d]);

Inoltre, viene attribuito all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa.

In proposito, nell'osservare che diverse delle misure proposte appaiono potenzialmente suscettibili di determinare nuovi o maggiori oneri, appare necessario preliminarmente chiarire se tali oneri debbano essere sostenuti nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto all'articolo 1, così come espressamente previsto all'articolo 2 riguardo alle deroghe introdotte in materia di trattamento del personale.

In questo quadro, analogamente a quanto già rilevato riguardo all'articolo 2, andrebbe valutata l'opportunità di prevedere meccanismi procedurali che consentano l'attuazione da parte di ciascuna regione delle misure indicate nei limiti dell'utilizzo di quota parte del citato aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Si pensi, ad esempio, al caso di impossibilità di assicurare l'erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019- 2021, laddove si prevede di garantire fino al 31 dicembre 2024 l'erogazione della medesima prestazione tramite l'attività libero-professionale intramuraria mantenendo a proprio carico l'intera differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del Servizio sanitario nazionale [lettera c)], senza prevedere il rispetto di alcun limite di spesa<sup>6</sup>.

Infine, appare necessario che il Governo chiarisca se l'Agenas sia in grado di far fronte ai compiti ad essa assegnati dalle disposizioni in esame, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

---

<sup>6</sup> Va ricordato, per altro, che una disposizione di analogo contenuto è già prevista a legislazione vigente dall'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo n. 124 del 1998, che, tuttavia, prevede che agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle citate prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse derivanti dall'autofinanziamento regionale di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 502 del 1992 con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.