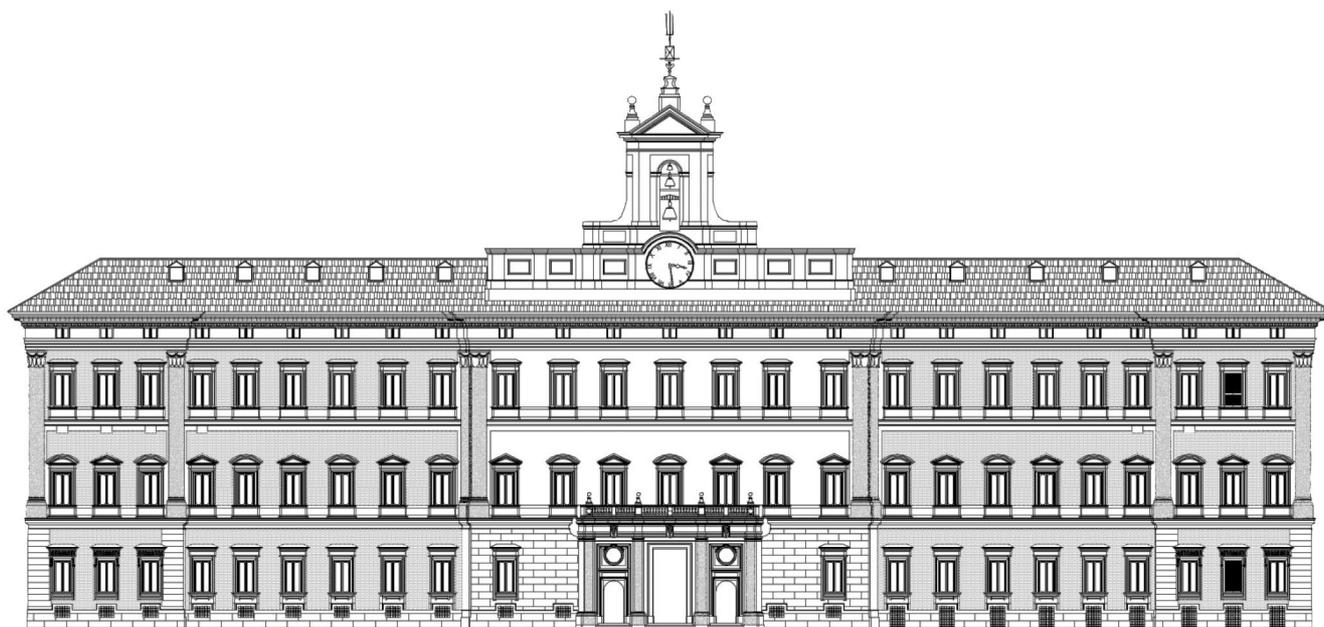




Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA



Verifica delle quantificazioni

A.C. 1975

Misure urgenti per la riduzione dei
tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

*(Conversione in legge del DL 73 del 2024 – Approvato dal Senato
A.S.1161)*

N. 233 – 23 luglio 2024



Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Verifica delle quantificazioni

A.C. 1975

Misure urgenti per la riduzione dei
tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

*(Conversione in legge del DL 73 del 2024 – Approvato dal Senato
A.S.1161)*

N. 233 – 23 luglio 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

SERVIZIO COMMISSIONI – Segreteria della V Commissione

☎ 066760-3545 / 066760-3685 – ✉ com_bilancio@camera.it

INDICE

PREMESSA	- 3 -
VERIFICA DELLE QUANTIFICAZIONI	- 4 -
ARTICOLO 1.....	- 4 -
ISTITUZIONE DELLA PIATTAFORMA NAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA	- 4 -
ARTICOLO 2.....	- 7 -
ORGANISMO DI VERIFICA E CONTROLLO SULL'ASSISTENZA SANITARIA.....	- 7 -
ARTICOLO 3 COMMII DA 1 A 9 E COMMA 12	- 20 -
DISPOSIZIONI PER L'ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE	- 20 -
ARTICOLO 3 COMMII 10 E 11	- 26 -
DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E NORME IN MATERIA DI ASSUNZIONI.....	- 26 -
ARTICOLO 4.....	- 30 -
POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE IN RELAZIONE ALLE VISITE DIAGNOSTICHE E SPECIALISTICHE.....	- 30 -
ARTICOLO 5.....	- 33 -
SUPERAMENTO DEL TETTO DI SPESA PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE SANITARIO	- 33 -
ARTICOLO 6.....	- 38 -
ULTERIORI MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE E IL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE	- 38 -
ARTICOLO 7.....	- 42 -
IMPOSTA SOSTITUTIVA SULLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DEL PERSONALE SANITARIO.....	- 42 -

Informazioni sul provvedimento

A.C.	1975
Titolo:	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
Iniziativa:	governativa
Iter al Senato:	sì
Relazione tecnica (RT):	presente
Relatore per la Commissione di merito:	Ciocchetti (FDI)
Commissione competente:	XII (Affari sociali)

PREMESSA

Il disegno di legge, approvato con modificazioni dal Senato (AS 1161), dispone la conversione del decreto-legge n. 73 del 2024, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

Il testo iniziale del decreto-legge è corredato di relazione tecnica, la quale risulta in gran parte utilizzabile ai fini della verifica delle quantificazioni. La relazione tecnica non è corredata di prospetto riepilogativo degli effetti finanziari.

Gli emendamenti approvati dal Senato non sono corredati di relazione tecnica.

Nel corso dell'esame presso il Senato, inoltre, il Governo ha depositato presso la Commissione Bilancio una prima Nota di chiarimenti¹ relativa alle osservazioni sollevate dal relatore e, successivamente, un'ulteriore Nota relativa alle proposte emendative presentate². Di tale documentazione si dà conto, ove pertinente, nel presente dossier.

Si segnala inoltre che, al momento della redazione del presente dossier, non risulta essere stata ancora trasmessa dal Governo la relazione tecnica di passaggio di cui all'articolo 17, comma 8, della legge n. 196 del 2009³.

¹ Con Nota del 28 febbraio 2024.

² Con Nota del 19 marzo 2024.

³ Si ricorda che, ai sensi dell'articolo 17, comma 8, della legge n. 196 del 2009, la relazione tecnica e il prospetto riepilogativo degli effetti finanziari di ciascuna disposizione sono aggiornati all'atto del passaggio dell'esame del provvedimento tra i due rami del Parlamento.

Si esaminano, di seguito, le disposizioni considerate dalla relazione tecnica nonché le altre disposizioni che presentano profili di carattere finanziario.

VERIFICA DELLE QUANTIFICAZIONI

ARTICOLO 1

Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa

La norma istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) la Piattaforma nazionale delle liste di attesa (Piattaforma), di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa delle regioni e delle province autonome, in coerenza con l'obiettivo « Potenziamento del Portale della Trasparenza » del PNRR⁴. L'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma (comma 1). A tal fine, i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria – TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento:

- ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata
- ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730),
- ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

Il Ministero della salute⁵ adotta con decreto specifiche linee guida che definiscono criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto (comma 3). La Piattaforma opera in coerenza con il « Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione » (MCS), sviluppato nel PNRR⁶ e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto (comma 4). 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;

⁴ Sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 - Salute

⁵ Sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

⁶ Sub-investimento 1.3.2, della Missione 6 – Salute

- 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 Governo Liste di Attesa;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- [la lettera e) è stata soppressa dal Senato]
- f) 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;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali (comma 5). A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare⁷ meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa (comma 6). Dall'attuazione dell'articolo in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'AGENAS provvede alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 7).

Il prospetto riepilogativo non ascrive alla norma effetti sui saldi di finanza pubblica.

La relazione tecnica afferma che la disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto l'AGENAS provvede alla realizzazione della Piattaforma con le risorse del subintervento PNRR 1.2.2.5 "COT - Portale della trasparenza", di cui la medesima Agenzia è soggetto attuatore, coerentemente con gli obiettivi del citato progetto. Per avviare la fase di sperimentazione sono previsti euro 4,5 milioni di euro per l'anno 2024 e per garantirne la piena operatività, sono previsti 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026. Per le spese gestionali connesse al funzionamento della Piattaforma, a partire dal 2027, l'Agenzia provvede con le risorse disponibili sul proprio bilancio per le spese informatiche. Le risorse sopra indicate sono dimensionate per progettare e realizzare l'infrastruttura nazionale PNLA, nelle sue componenti *hardware* e *software*, in grado di interoperare con le piattaforme regionali e provinciali. La PNLA produrrà un cruscotto di indicatori, a livello regionale ed aziendale, che consenta agli *stakeholder* di governare le liste di attesa confrontando domanda e offerta di prestazioni e pubblicherà a beneficio dei cittadini alcuni indicatori di base sui tempi di attesa per dare trasparenza alla gestione delle liste. Le infrastrutture *hardware* e *software*

⁷ Previo parere della Conferenza Stato-Regioni.

saranno sviluppate valorizzando gli investimenti nazionali già operati quali ad esempio il Polo Strategico Nazionale e la riusabilità del *software* adottando laddove possibile soluzioni *open source* e protocolli di interoperabilità standard (ad esempio FHIR).

La **Nota del Governo** presentata presso la Commissione Bilancio del Senato⁸ ribadisce il contenuto della relazione tecnica e mette in evidenza che l'AGENAS, nell'ultimo triennio, ha registrato avanzi di amministrazione pari a 126.724.119 euro nel 2021, 139.419.435 euro nel 2022 e 138.136.622 euro nel 2023 e che la situazione amministrativa esposta dal rendiconto 2023 presenta una quota vincolata dell'avanzo di amministrazione pari a euro 31.291.389 e una significativa quota di avanzo di amministrazione disponibile pari a euro 106.845.233 che appare complessivamente sufficiente ad assicurare margini congrui di utilizzo di tali risorse per poter far fronte alle spese gestionali connesse al funzionamento della Piattaforma.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame istituiscono la Piattaforma nazionale delle liste di attesa (Piattaforma), finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le analoghe piattaforme di ciascuna regione e provincia autonoma, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che è autorizzata al trattamento dei dati personali del flusso informativo «Tessera Sanitaria – TS» relativi alla gestione della Piattaforma, secondo modalità da stabilire con apposito protocollo. Con due decreti del Ministero della salute sono definiti, rispettivamente, i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali e le modalità in cui la Piattaforma opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), sviluppato nel PNRR e reso disponibile alle regioni e alle province autonome. La Piattaforma persegue l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale; alla disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati; alla verifica del rispetto dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa; alla modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità; all'attuazione di modelli standard per l'assistenza territoriale e all'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale. A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere

⁸ Seduta del 26 giugno 2024

titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. L'articolo è corredato di clausola di invarianza finanziaria.

La relazione tecnica afferma che la Piattaforma sarà finanziata con le risorse del PNRR 1.2.2.5 "COT - Portale della trasparenza", senza nuovi oneri per la finanza pubblica, con 4,5 milioni per il 2024 e 3 milioni annui per il 2025 e il 2026 e dal 2027 e le spese gestionali saranno coperte dal bilancio AGENAS.

Ciò premesso, si evidenzia che la norma in esame, oltre a incaricare l'AGENAS della realizzazione e gestione della Piattaforma, stabilisce che l'Agenzia può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono aziende sanitarie e ospedaliere titolari di agende in cui si rilevano inefficienze o anomalie. In proposito, appare necessario che il Governo assicuri che l'AGENAS sia in grado di svolgere la citata funzione di *audit* – peraltro non menzionata nella relazione tecnica – e di provvedere con il proprio bilancio alle spese gestionali a decorrere dal 2027 senza che si determinino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Riguardo alle altre disposizioni, alla luce degli elementi quantitativi e dei chiarimenti forniti nella relazione tecnica e con Nota del Governo, non si hanno osservazioni da formulare.

ARTICOLO 2

Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

Normativa previgente. 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 le seguenti attività: esercizio del potere di accesso da parte del Ministero della salute presso le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere e a tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie (lettera *a*)); esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica sui medesimi summenzionati organismi dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa (lettera *b*)); le attività relative al sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (lettera *c*); le attività inerenti al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere (lettera *d*)); le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali

di assistenza (LEA) (lettera e)); 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 (lettera f)); 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 (lettera g)); 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 (lettera h)); le attività del Sistema nazionale linee guida per la parte concernente la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza (lettera i)); le attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria (lettera l)); le attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei livelli essenziali di assistenza (lettera m)).

La norma, nel testo dell'emendamento sostitutivo approvato dal Senato che ha integrato e modificato il testo originario, 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 sanitaria⁹ (SIVeAS) assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per talune specifiche funzioni¹⁰ individuate dalla norma (comma 1).

L'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati, nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione. L'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Rispetto al testo originario della disposizione il comma in riferimento:

- non prevede più che i controlli sulle agende di prenotazione avvengano su segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti. Analogamente non è più previsto che l'Organismo possa - al fine di corrispondere alle suddette segnalazioni - acquisire documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri in relazione ai quali le regioni e le province autonome interessate siano tenute a rispondere obbligatoriamente, anche per via telematica, entro quindici giorni;
- prevede che il controllo sulle agende di prenotazione avvenga nei limiti indicati al comma 172 dell'articolo 1 della legge n. 311 del 2004 - che disciplina il potere di accesso del Ministro della salute presso le strutture sanitarie - e dei relativi provvedimenti attuativi, e che le risultanze dei controlli

⁹ Di cui all'articolo 1, comma 288, della legge n. 266 del 2005.

¹⁰ Di cui all'articolo 1, comma 3, lettere c), e), g), h) e l) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006. Il riferimento alla lettera c) della richiamata disposizione è stata introdotto al Senato.

effettuati vengano comunicati al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi (comma 2).

L'Organismo è costituito da 1 ufficio dirigenziale di livello generale e 4 uffici di livello dirigenziale non generale, di cui 3 di struttura complessa. Conseguentemente, la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di 1 dirigente di livello generale e di 4 dirigenti di livello non generale, di cui 3 da imputare all'aliquota sanitaria alla cui copertura si provvede anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare a tempo indeterminato nel biennio 2024-2025, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica e in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali, appartenenti all'Area Funzionari del vigente contratto collettivo nazionale – Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 165 del 2001, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Nelle more dell'attuazione di tali previsioni, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'Area Funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. A tal fine è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per il 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dal 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per il 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per il 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dal 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per il 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dal 2025 per i buoni pasto (comma 3).

L'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001 consente il conferimento a tempo determinato di incarichi dirigenziali¹¹ da parte di ciascuna amministrazione, entro i seguenti limiti percentuali: 10 per

¹¹ I suddetti incarichi a tempo determinato sono conferiti, fornendone esplicita motivazione, a persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell'Amministrazione, che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali, o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche e da concrete esperienze di lavoro maturate per almeno un quinquennio, anche presso amministrazioni statali, ivi comprese quelle che conferiscono gli incarichi, in posizioni funzionali previste per l'accesso alla dirigenza, o che provengano dai settori della ricerca, della docenza universitaria, delle magistrature e dei ruoli degli avvocati e procuratori dello Stato.

cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia; 8 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla seconda fascia, elevabile da ciascuna amministrazione al 10 per cento ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto legge n. 162/2019.

Per le spese di Missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per il 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 (comma 4).

Detta quantificazione è congruente con quella operata dal comma 6 del testo originario dell'articolo 2 ora in esame.

Rispetto alla versione originaria dell'articolo, per effetto dell'emendamento approvato al Senato, è stato, inoltre, espunto dal testo iniziale il relativo comma 5 ai sensi del quale il personale dell'Organismo svolge funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria e che allo stesso è, altresì, riconosciuta la qualifica di agente di pubblica sicurezza¹² nei limiti del servizio cui è destinato.

L'emendamento approvato al Senato ha introdotto, inoltre, le disposizioni di cui ai seguenti commi 5 e 6 che, in particolare, prevedono che:

- le Regioni e le Province autonome, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, istituiscano l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa che provvede, entro novanta giorni dalla medesima data a individuare il RUAS (Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria), 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, al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati (comma 5).

In base al comma 5, il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini. Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo di cui al comma 1 un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d'attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati;

- in caso di mancata individuazione del RUAS o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare i poteri

¹² Ai sensi dell'articolo 4-*bis* del regolamento di cui al regio decreto 6 maggio 1940, n. 635

sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del decreto-legge in esame, alle Regioni e al RUAS. Nell'esercizio dei poteri sostitutivi, l'Organismo può svolgere verifiche presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati, nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. A tali fini, l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'AGENAS, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 del presente decreto e dalle attività di audit svolte dall'Agenzia ai sensi del comma 6 del medesimo articolo 1 (comma 6).

Si evidenzia che l'ultimo periodo del comma 6, afferente alle verifiche che l'Organismo può effettuare nell'esercizio dei suoi poteri sostitutivi, riproduce il contenuto del comma 2 del testo originario dell'articolo in esame che configura l'esercizio delle medesime verifiche da parte dell'Organismo in termini obbligatori e non facoltativi come, viceversa, previsto dal testo del nuovo comma 6.

Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, pari a euro 1.369.777 per il 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025, si provvede, per il 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007¹³ e, a decorrere dal 2025, mediante corrispondente riduzione dell'accantonamento di parte corrente riferito al Ministero della salute relativo al bilancio triennale 2024-2026. Il testo introdotto dall'emendamento approvato al Senato prevede altresì che dall'attuazione del presente articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, “non devono derivare nuovi o maggiori oneri” (comma 7).

Il prospetto riepilogativo ascrive, al testo originario dell'articolo in esame, i seguenti effetti sui saldi di finanza pubblica.

¹³ Il suddetto comma 361 reca un'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni.

(milioni di euro)

	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto			
	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
Maggiori spese correnti												
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria – personale (comma 4)	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - procedure concorsuali (comma 4)	0,04				0,04			0,04				
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - spese di funzionamento (comma 4)	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria – straordinari (comma 4)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - buoni pasto (comma 4)	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,05
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - oneri di missione (comma 6)	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3
Maggiori entrate fiscali contributive												
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria – personale – effetti riflessi (comma 4)					0,5	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria – straordinari – effetti riflessi (comma 4)					0,03	0,1	0,1	0,1	0,03	0,1	0,1	0,1
Minori spese correnti												
Riduzione risorse destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue infetto (comma 7)	1,4				1,4				1,4			
Riduzione Tab. A – SALUTE (comma 7)		2,7	2,7	2,7		2,7	2,7	2,7		2,7	2,7	2,7

La relazione tecnica, relativa al testo originario del provvedimento, per le parti ancora riferibili al testo in esame, ribadisce il contenuto della norma e riferisce che all'Organismo sono assegnate, oltre al personale di cui si dispone l'attribuzione di incarichi o l'assunzione a tempo indeterminato (1 dirigente generale, 4 dirigenti non generali, di cui 3 da imputare all'aliquota sanitaria, e 20 unità non dirigenziali appartenenti all'area funzionari) le unità di personale già attualmente impiegate per le funzioni di supporto al SIVeAS presso la Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria nell'ambito del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale (33 unità di personale, di cui 19 dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali e 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008). La relazione tecnica precisa, inoltre, che si procederà alla riorganizzazione del Ministero per

evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri.

Il fabbisogno di spesa per il suddetto personale aggiuntivo viene evidenziato in tabelle per la cui consultazione si rinvia al testo della relazione tecnica. A seguire si riporta uno schema di sintesi dei dati riportati nelle summenzionate tabelle.

(euro)

Personale	Unità	Retribuzione <i>pro capite</i> totale (Lordo Stato)	Rateo 2024 6 mesi (luglio dicembre)	A regime dal 2025
Dirigente I Fascia	1	310.992,18	155.495,09	310.992,18
Dirigente II fascia	1	153.119,88	76.559,94	153.119,88
Dirigenti II fascia struttura sanitaria complessa	3	206.715,57	300.073,95	600.146,71
Funzionari	20	45.980,00	459.800,00	919.600,00
Totale	25		1.001.929,39	2.003.858,77

Nelle citate tabelle il dato relativo alla retribuzione *pro capite* viene dettagliato riportando gli importi relativi alle componenti fondamentali ed accessorie delle medesime retribuzioni, le componenti riflesse di natura fiscale e contributiva calcolate nella misura percentuale del 38,38 per cento e gli incrementi contrattuali (5,78 per cento) per i rinnovi riferiti al triennio 2022-2024.

Agli oneri assunzionali sopra illustrati vanno aggiunti quelli relativi all'espletamento dei concorsi pubblici, alle maggiori spese di funzionamento indotte dal reclutamento del personale in questione, quelli connessi alla corresponsione dei buoni pasto e dei compensi per lavoro straordinario che sarà effettuato dal personale non dirigenziale, nonché le spese di missione. Il quadro complessivo degli oneri viene rappresentato nella tabella sottostante.

(euro)

	2024	2025
Dirigenti (5 unità)	542.129,39	1.084.258,77
Funzionari (20 unità)	459.800,00	919.600,00
<i>Oneri assunzionali complessivi</i>	<i>1.001.929,39</i>	<i>2.003.858,77</i>
Procedura concorsuale	35.000,00	
Funzionamento	125.000,00	250.000,00
<i>Funzionamento comprensivi delle spese concorsuali</i>	<i>160.000,00</i>	<i>250.000,00</i>
Straordinari	59.746,85	109.535,89
Buoni pasto	23.100,00	46.200,00
Missioni	125.000	250.000
Totale	1.369.776,24	2.659.594,66

Il Governo, nel corso dell'esame in 5^a Commissione al Senato¹⁴, ha riferito che il fabbisogno di personale del nuovo organismo è stato definito in considerazione del carico di lavoro derivante dalle funzioni svolte dal SIVeAS e trasferite dall'attuale collocazione presso l'ex direzione generale della programmazione sanitaria allo stesso. Il fabbisogno è stato calcolato considerando il personale attualmente dedicato alle funzioni del SIVeAS che saranno trasferite nel nuovo organismo, ovvero tutte tranne quelle corrispondenti alle lettere

¹⁴ Nella Nota di risposta alle osservazioni formulate depositata in 5^a Commissione al Senato. Cfr. 5^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 258 del 26 giugno 2024.

e), g), h), l), del comma 3, dell'articolo 1, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006. È stato, quindi, escluso il rischio di duplicazione di oneri e di sovrapposizione con il personale già in servizio. Quanto alla copertura prevista con riferimento agli oneri per il 2024, ai quali si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007, concernente risorse destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, è stata evidenziata l'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte dei fabbisogni di spesa già previsti nel 2024.

Si evidenzia che l'emendamento che ha integralmente sostituito con un nuovo testo l'articolo 2 del provvedimento in esame, non è corredato di **relazione tecnica**.

Si evidenzia, peraltro, che alle disposizioni espunte dal testo in esame (riferite: alle attività di verifica obbligatorie di cui all'originario comma 2, che in base al nuovo comma 6 sono configurate come facoltative; alla disciplina delle attività di controllo sulle agende di prenotazione recata dall'originario comma 3, ed ora prevista dal comma 2 e alle funzioni di polizia giudiziaria attribuite dall'originario comma 5 al personale dell'Organismo) non sono stati ascritti effetti finanziari e le disposizioni espunte non sono oggetto di specifiche valutazioni da parte della relazione tecnica.

In merito ai profili di quantificazione, si evidenzia che la norma, come novellata nel corso dell'esame al Senato, istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (comma 1), che svolge nel complesso (con talune eccezioni individuate dalla norma) le funzioni già attribuite al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS).

L'Organismo può accedere, a fini ispettivi, alle strutture sanitarie e può avvalersi, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute. Per effetto delle novelle apportate al Senato, i poteri di controllo sulle agende di prenotazione delle medesime strutture sanitarie esercitabili dall'Organismo sono stati ridefiniti al fine di prevedere che le risultanze dei medesimi siano comunicate dallo stesso Organismo al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), di cui viene prevista l'istituzione ai sensi del comma 6, che provvede a valutare i conseguenti interventi (comma 2). L'Organismo è costituito da 1 ufficio dirigenziale generale e da 4 uffici dirigenziali non generali (di cui 3 di struttura complessa). A tal fine, la dotazione organica del Ministero della salute viene, conseguentemente, incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di 1 dirigente generale

e di 4 dirigenti non generali, di cui 3 da imputare all'aliquota sanitaria, alla cui copertura complessiva si provvede anche mediante procedure concorsuali pubbliche, prevedendo inoltre che, in fase di prima applicazione, i medesimi incarichi dirigenziali possano essere conferiti anche in deroga alle percentuali indicate dall'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001 ai fini del conferimento diretto a tempo determinato di incarichi dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni. Il Ministero della salute è, inoltre, autorizzato a reclutare a tempo indeterminato nel biennio 2024-2025, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale dell'area funzionari, nell'ambito della dotazione organica e in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali, mediante procedure di mobilità volontaria, scorrimento di vigenti graduatorie concorsuali o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Nelle more dell'attuazione di tali previsioni, il Ministero della salute si avvale di un contingente massimo di 20 unità di personale non dirigente appartenente alla medesima Area proveniente da altre amministrazioni pubbliche in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario. Viene, quindi, autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per il 2024 e di euro 2.003.859 annui a decorrere dal 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per il 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per il 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dal 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per il 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dal 2025 per i buoni pasto (comma 3). Per le spese di missione riferite alle attività di controllo e verifica previste dal comma 2 viene autorizzata la spesa di euro 125.000 per il 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 (comma 4). Le disposizioni introdotte al Senato di cui ai seguenti nuovi commi 5 e 6 prevedono, inoltre, che le Regioni e le Province autonome siano tenute a istituire un'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa che provvede altresì ad individuare il RUAS quale responsabile del rispetto dei criteri di efficienza nella erogazione

dei servizi e delle prestazioni sanitarie, al quale non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati (comma 5). In caso di mancata individuazione del RUAS o nel caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di cui al presente decreto, l'Organismo può esercitare poteri sostitutivi nell'ambito dei quali può, altresì, svolgere verifiche presso le strutture sanitarie sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle medesime liste (comma 6).

Gli oneri complessivi derivanti dal comma 3 e 4 sono indicati in misura pari a euro 1.369.777 per il 2024 e in euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025 e agli stessi si provvede nei termini indicati dalla medesima disposizione (*Cfr. infra* i profili di copertura). Il testo dell'articolo, per effetto delle novelle apportate al Senato, prevede infine che dall'attuazione dello stesso, ad eccezione dei commi 3 e 4, non devono derivare nuovi o maggiori oneri (comma 7).

Al riguardo non si formulano osservazioni in merito agli importi di spesa autorizzati dalla norma afferenti agli oneri di personale (dirigente e non) da reclutare; ciò alla luce dei dati e degli elementi forniti dalla relazione tecnica che consentono di verificare e confermare la relativa quantificazione. In merito all'assetto organico complessivo del nuovo ente, la relazione tecnica riferisce, inoltre, che a questo verranno assegnate anche le unità di personale già attualmente impiegate per le funzioni di supporto al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) presso il Ministero della salute (33 unità di personale, di cui 19 dirigenti e 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008), e che si procederà alla riorganizzazione del medesimo Ministero per evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri. Sul punto, premesso che quanto da ultimo evidenziato dalla relazione tecnica non trova riscontro nel testo della norma, si osserva che nel corso dell'esame al Senato è stato precisato che il fabbisogno di personale previsto dalla disposizione è stato calcolato considerando il personale attualmente dedicato alle funzioni del SIVeAS che saranno trasferite nel nuovo organismo, ovvero tutte tranne quelle corrispondenti a specifiche funzioni

individuata dalla norma¹⁵. Al riguardo, preso atto di quanto precisato al fine di escludere il rischio di duplicazione di oneri e di sovrapposizione con il personale già in servizio, si rileva comunque l'opportunità di acquisire ulteriori elementi di valutazione volti a confermare che le suddette specifiche funzioni potranno essere svolte dalle relative strutture ministeriali nell'ambito delle risorse disponibili (con particolare riguardo a quelle di personale) residue in virtù dell'istituzione del nuovo Organismo.

Si rileva, altresì, l'opportunità di acquisire i dati sottostanti e i parametri utilizzati per la stima degli oneri relativi all'espletamento delle procedure concorsuali pubbliche, alle spese di funzionamento e agli oneri di missione per l'espletamento delle attività ispettive. Andrebbero, inoltre, forniti elementi di valutazione volti a confermare la condizione di neutralità finanziaria correlata alla possibilità da parte dell'Organismo di avvalersi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute. In particolare andrebbe confermato che tale avvalimento possa aver luogo, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Quanto alla previsione di cui al comma 5 introdotta dal Senato, si evidenzia l'opportunità di acquisire un chiarimento da parte del Governo idoneo a consentire di verificare la previsione di invarianza finanziaria recata dal comma 7 anche con riguardo alle relative disposizioni. Il chiarimento appare opportuno considerato che la previsione di una puntuale prescrizione in capo agli enti territoriali, come quella recata dal comma 5 che impone alle Regioni l'istituzione nell'ambito dei rispettivi ordinamenti di una struttura (l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa) composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa (il cui numero e le cui qualifiche professionali non vengono specificate dalla norma) e l'individuazione del relativo soggetto responsabile (il RUAS), per quanto la disposizione precisi con riferimento a tale responsabile l'assenza di qualsiasi emolumento e rimborso spesa, dovrebbe essere accompagnata dall'attribuzione delle relative pertinenti risorse che consentano alla citata Struttura e al suo responsabile di svolgere le relative funzioni, senza alterare gli equilibri di bilancio degli enti territoriali così come

¹⁵ Alle lettere *c*), *e*), *g*), *b*), *l*), del comma 3, dell'articolo 1, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006.

determinati a normativa vigente; laddove in caso contrario dovrebbe essere, viceversa, data prova dell'effettiva neutralità della norma.

Nulla da osservare, infine, in merito alla soppressione di talune previsioni del testo originario¹⁶, disposta dal Senato nel corso dell'esame in prima lettura con l'approvazione di un emendamento interamente sostitutivo, in quanto alle disposizioni espunte non sono stati ascritti effetti finanziari sul prospetto riepilogativo e le stesse non sono state oggetto di specifiche valutazioni da parte della relazione tecnica.

In merito ai profili di copertura finanziaria, si fa presente che il comma 7 dell'articolo 2 reca una clausola di invarianza riferita all'attuazione dell'intero articolo, ad eccezione dei commi 3 e 4, prevedendo che da essa non debbano derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli oneri derivanti dai predetti commi 3 e 4, pari a 1.369.777 euro per l'anno 2024 e a 2.659.595 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede tramite le seguenti modalità:

- quanto a 1.369.777 euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007;
- quanto a 2.659.595 euro annui a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente, relativo al bilancio triennale 2024-2026, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento di competenza del Ministero della salute.

In merito alla prima modalità di copertura finanziaria, si ricorda che l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007, oggetto di riduzione, si riferisce alle somme dovute per la liquidazione delle transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione, emoderivati e vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento del danno tuttora pendenti. Si segnala che la predetta autorizzazione di spesa, di importo inizialmente pari a 180 milioni di euro annui a decorrere dal 2008, è stata oggetto di rideterminazione ad opera di provvedimenti legislativi intervenuti nel corso degli anni e che le relative risorse sono iscritte sul capitolo 2401 dello stato di previsione del Ministero della salute.

¹⁶ (riferite alle attività di verifica obbligatorie di cui all'originario comma 2, che in base al nuovo comma 6 sono configurate come facoltative nell'ambito dell'esercizio di altrettanto facoltativi poteri sostitutivi; alla disciplina delle attività di controllo sulle agende di prenotazione recata dall'originario comma 3, ed ora prevista dal comma 2 e alle funzioni di polizia giudiziaria attribuite dall'originario comma 5 al personale dell'Organismo).

Si osserva peraltro che, come riportato nelle tabelle allegate al disegno di legge recante il rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2023 (C. 1951), attualmente all'esame della Camera dei deputati, il capitolo 2401 dello stato di previsione del Ministero della salute ha registrato nell'anno 2023 economie di spesa pari a 102.311.800,20 euro a fronte di uno stanziamento iniziale di competenza pari a 117.567.626 euro.

Attualmente, sulla base del vigente bilancio pluriennale dello Stato, le risorse iscritte sul capitolo 2401 ammontano a 113.967.626 euro per l'anno 2024 e a 111.167.626 euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026.

Come si evince da un'interrogazione alla banca dati della Ragioneria generale dello Stato effettuata in corrispondenza della data di pubblicazione del presente decreto-legge, sul menzionato capitolo di bilancio risultava accantonato sia l'importo previsto per l'anno 2024 dalla voce di copertura in esame, pari - come detto - a 1.369.777 euro, sia l'importo di 25 milioni di euro indicato, sempre per l'anno 2024, dal testo iniziale della lettera *d)* del comma 6 dell'articolo 7, che fa ricorso alla medesima modalità di copertura.

In tale quadro, il Governo, durante l'esame del provvedimento presso il Senato¹⁷, ha confermato - con riferimento alla riduzione della citata autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007 per finalità di copertura degli oneri previsti per l'anno 2024 dalla disposizione in commento e dal testo originario della predetta lettera *d)* del comma 6 dell'articolo 7, pari complessivamente ad euro 26.369.777 - l'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte dei fabbisogni di spesa già previsti per il medesimo anno 2024.

Successivamente, nel corso dell'esame presso l'altro ramo del Parlamento, è stata incrementata, da 25 a 32 milioni di euro, l'entità della riduzione della citata autorizzazione di spesa disposta dalla lettera *d)* del comma 6 dell'articolo 7.

Tanto considerato, preso atto che, sulla base di un'interrogazione alla banca dati della Ragioneria generale dello Stato, il citato capitolo 2401 presenta, nell'anno 2024, le disponibilità necessarie a far fronte alle complessive riduzioni operate dal presente provvedimento, appare

¹⁷¹⁷ Si veda, in particolare, la seduta n. 260 del 2 luglio 2024 presso la 5^a Commissione Bilancio.

comunque necessario che il Governo confermi la possibilità di prevederne l'utilizzo senza recare pregiudizio alle finalità alle quali le medesime risorse risultano preordinate.

In merito alla seconda modalità di copertura finanziaria, non si formulano invece osservazioni, considerato che l'accantonamento del fondo speciale di parte corrente oggetto di riduzione reca le necessarie disponibilità.

ARTICOLO 3 commi da 1 a 9 e comma 12

Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie

Le norme stabiliscono che gli erogatori ospedalieri e ambulatoriali pubblici e privati accreditati afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale secondo le seguenti modalità di accesso alle prestazioni:

- a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;
- b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;
- c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;
- d) accesso a chiamata all'interno di progetti di *screening* su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa (comma 1).

Al fine di assicurare l'attuazione di quanto previsto, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali viene introdotta come condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni assistenziali tra gli erogatori privati accreditati e le regioni o le unità sanitarie locali¹⁸ (comma 2). L'implementazione della menzionata interoperabilità da parte delle strutture sanitarie private accreditate costituisce, inoltre, specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accREDITAMENTO

¹⁸ Tali accordi contrattuali, di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono stipulati in coerenza con le previsioni di cui all'allegato B al decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, recante «Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accREDITAMENTO e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 dicembre 2022.

istituzionale da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano¹⁹ (comma 3).

Con emendamento approvato in prima lettura al Senato viene inoltre stabilito che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, a favore del personale che ha prestato servizio presso il servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 20 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante misure urgenti connesse all'emergenza Covid-19 (comma 3-*bis*).

Le regioni e province autonome, in aggiunta, sono obbligate a promuovere l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare e disdire l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del *ticket*, ove previsto (comma 4).

Viene disposto inoltre, con emendamento approvato in prima lettura Senato, che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce "elemento contrattuale qualificante" (così testualmente, prevede la norma) (comma 4-*bis*).

Viene inoltre disposto che il CUP attivi un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni (comma 5). L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, costituisce illecito professionale grave²⁰. Ne consegue l'esclusione dell'operatore economico dalle gare avviate in qualsiasi regione senza la possibilità di evitare l'esclusione ponendo in essere le condotte di "ravvedimento operoso"²¹, (comma 6).

Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita (comma 7, come modificato in Senato).

¹⁹ Ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, e del predetto decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

²⁰ Ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lettera e), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36.

²¹ Possibilità prevista dall'articolo 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6, del codice dei contratti pubblici.

La norma in esame dispone, inoltre, che nell'ambito della gestione delle patologie cronicodegenerative e oncologiche, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza (comma 8). È altresì fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, della legge n. 266 del 2006 (ossia, si rammenta, quelle incluse nel DPCM che individua i LEA). In caso di violazione di tale divieto²², si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della citata legge, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (comma 9).

A tal proposito si ricorda che il citato comma 284, prevede, al primo periodo, che alle aziende sanitarie ed ospedaliere responsabili di aver violato il divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui al comma 282 (ossia quelle riferite ai LEA), è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Il secondo periodo stabilisce che alle unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere che non rispettano l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che impone di tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro.

Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (comma 12).

Il prospetto riepilogativo non ascrive alla norma effetti sui saldi di finanza pubblica.

La relazione tecnica richiama sinteticamente il contenuto e le finalità della norma ed afferma che non derivano nuovi oneri a carico della finanza pubblica in quanto gli enti interessati dovranno provvedere all'implementazione necessaria nei limiti delle risorse assegnate per il loro funzionamento già rese disponibili in attuazione dell'articolo 1, comma 510, della legge n. 145 del 2018, che ha previsto un finanziamento complessivo per 350 milioni di euro, oltre ai 50 milioni di euro stanziati dal comma 5 dell'articolo 23-*quater* del decreto-legge n. 119 del 2018. La relazione tecnica prosegue riferendosi singolarmente ai commi 3 e 9. Sul comma 3 ribadisce che l'implementazione da parte delle strutture sanitarie private solo autorizzate di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP non costituisce automatico diritto all'accreditamento, il quale resta condizionato all'effettiva verifica del fabbisogno e ai requisiti di cui all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992. Con riferimento

²² Per i fatti commessi dall'8 giugno 2024, data di entrata in vigore del presente decreto.

al comma 9, che, in caso di sospensione o chiusura delle attività di prenotazione per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, prevede l'inasprimento del sistema sanzionatorio, afferma che la disposizione non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica, tenuto conto, peraltro, che dall'applicazione della norma potranno discendere effetti finanziari positivi, consistenti nei maggiori introiti derivanti dal raddoppio della sanzione.

La **Nota del Governo** presentata presso la Commissione Bilancio del Senato²³ ha ribadito la neutralità finanziaria della norma specificando che le risorse assegnate per la digitalizzazione dei CUP, già rese disponibili in attuazione dell'articolo 1, comma 510, della legge n. 145 del 2018, per un importo complessivo di 400 milioni in 3 anni (2019-2021) sono state trasferite alle regioni secondo i criteri previsti nel decreto 20 agosto 2019, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, pubblicato in G.U. n. 268 del 15 novembre 2019, che ha regolato le modalità di riparto tra le regioni di questi stanziamenti prevedendo indicatori di verifica per l'erogazione dei fondi per arrivare a fine 2021 ad una situazione in cui tutte le Regioni siano dotate di un CUP regionale o interaziendale che gestisca tutte le agende (sia pubbliche che private) di tutti gli erogatori (pubblici/privati accreditati) e che i cittadini abbiano a disposizione almeno quattro tra i seguenti canali digitalizzati di accesso al CUP: APP per smartphone, via web dall'utente, farmacie, sportello CUP in strutture convenzionate, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Per le finalità di cui alla norma in questione, le regioni potranno utilizzare le risorse assegnate che risultano ancora nella loro disponibilità.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame stabiliscono che gli erogatori ospedalieri e ambulatoriali pubblici e privati accreditati devono essere integrati nel Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale secondo le seguenti modalità di accesso: presa in carico della cronicità, prenotazione al CUP unico, accesso diretto, accesso a chiamata all'interno (comma 1). A tal fine, l'interoperabilità dei sistemi di prenotazione dei fornitori privati accreditati con i CUP territoriali è introdotta come condizione preliminare per stipulare accordi contrattuali con le regioni o le unità sanitarie locali, a pena di nullità degli accordi stessi (comma 2). L'implementazione di detta interoperabilità è inoltre un criterio di valutazione per l'accreditamento istituzionale da parte delle regioni e delle province autonome (comma 3). Le stesse possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione, a favore del personale che ha prestato servizio durante l'emergenza Covid-19 presso il servizio telefonico di sorveglianza sanitaria (comma 3-*bis*). La norma prevede, in aggiunta, che le regioni devono promuovere soluzioni digitali per la

²³ Seduta del 26 giugno 2024

prenotazione, la disdetta e il pagamento del *ticket* (comma 4). Viene disposto inoltre che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante (comma 4-*bis*). Il CUP deve anche prevedere un sistema di disdetta delle prenotazioni, ricordare la data della prestazione, richiedere conferma o cancellazione della prenotazione almeno due giorni lavorativi prima, e ottimizzare le agende di prenotazione secondo linee guida nazionali adottate dal Ministro della Salute (comma 5). Se i soggetti incaricati dello sviluppo del CUP regionale non rispettano gli obblighi contrattuali, saranno esclusi dalle gare pubbliche in tutte le regioni, senza possibilità di ravvedimento (comma 6). Le linee guida nazionali regolamentano anche il caso in cui un paziente non si presenti all'appuntamento senza giustificata disdetta, disciplinando le ipotesi in cui è obbligato a pagare la quota di partecipazione prevista (comma 7). Per le patologie cronico-degenerative e oncologiche, l'accesso alle prestazioni nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) deve essere garantito tramite agende dedicate, eventualmente gestite dallo specialista o da strutture specifiche della ASL (comma 8). Infine, la norma prevede che le aziende sanitarie e ospedaliere non possano sospendere o chiudere le attività di prenotazione. In caso di violazione, si applicano sanzioni raddoppiate rispetto alla normativa vigente (comma 9). L'attuazione delle disposizioni richiamate non deve comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (comma 12).

La relazione tecnica e la Nota del Governo depositata presso la Commissione Bilancio del Senato affermano la neutralità finanziaria delle misure previste, che dovranno essere realizzate con i fondi già stanziati per la stessa finalità con l'articolo 1, comma 510, della legge di bilancio 2019, pari a 350 milioni di euro complessivamente per il triennio 2019-2021, poi aumentati dall'articolo 23-*quater*, comma 5, del decreto-legge n. 119 del 2018, di 50 milioni di euro. L'interoperabilità di cui all'articolo 1 era stata peraltro già prevista dal PNGLA 2019-2021 che disponeva l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, siglato con l'Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019, prevede che i sistemi CUP gestiscano in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate sia per l'attività istituzionale sia per l'attività erogata in regime libero professionale. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità in grado di intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente. Il Piano prevede altresì lo sviluppo dei sistemi CUP *on-line*, che consentono la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relativi a visite o esami in attività istituzionale e in libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive, e promuove l'accesso alla prenotazione, anche attraverso le farmacie di comunità.

Le disposizioni di cui ai commi 2 e 3, vale a dire l'introduzione dell'interoperabilità come condizione preliminare per gli accordi contrattuali e come specifico elemento di valutazione per l'accREDITAMENTO al SSN, sembrano configurarsi come incentivi non monetari per assicurare l'effettiva realizzazione dell'interoperabilità di cui al comma 1, pertanto non si hanno osservazioni da formulare sotto i profili di finanza pubblica. I successivi commi 4, 5 e 8 sembrano invece disporre un rafforzamento e ampliamento delle funzioni dei sistemi di prenotazione, prevedendo l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare e disdire l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del *ticket*, l'attivazione di un sistema di disdetta delle prenotazioni con numerose funzionalità, sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione e agende separate per la gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche. In proposito, prendendo atto che nella citata Nota del Governo viene affermato che per tali finalità le regioni potranno utilizzare le risorse assegnate che risultano ancora nella loro disponibilità, appare utile acquisire dal Governo elementi riguardo alle modalità di realizzazione dei nuovi adempimenti nel caso in cui alcune regioni abbiano esaurito le risorse stanziare per il triennio 2019-2021.

Il comma 4-*bis*, introdotto dal Senato, non corredato di relazione tecnica, pone un nuovo obbligo di trasparenza delle agende a carico agli erogatori pubblici ospedalieri e ambulatoriali, senza specificare le modalità con cui tale obbligo debba essere eseguito. La disposizione potrebbe determinare eventuali maggiori oneri, per esempio, per l'adeguamento dei sistemi informativi degli ospedali e degli ambulatori pubblici. Andrebbero pertanto acquisiti elementi a supporto della possibilità da parte dei soggetti pubblici coinvolti di soddisfare tale adempimento con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Sui commi 3-*bis* e 7 non si formulano osservazioni, stante il loro carattere ordinamentale. In relazione alla clausola d'invarianza di cui al comma 12, si rinvia alle osservazioni formulate sui commi 4, 4-*bis*, 5, 8.

ARTICOLO 3 commi 10 e 11

Disposizioni per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e norme in materia di assunzioni

Le norme stabiliscono che, nell'eventualità in cui i tempi previsti nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente.

Si ricorda che il comma 232 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024) stabilisce che, per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fino al 31 dicembre 2024:

- possono avvalersi delle misure previste dai commi da 218 a 222 del medesimo articolo, che recano autorizzazioni agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale sanitario e provvedono ai relativi oneri con 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard;
- possono coinvolgere le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, come modificato dal comma 233 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023, che ridetermina il tetto della spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. A riguardo, la relazione tecnica afferma che, sulla base dei dati di Conto Economico delle regioni, l'onere per l'anno 2024 è pari a circa 123 milioni di euro, quello per l'anno 2025 è pari a 368 milioni di euro e quello a regime a partire dal 2026 è pari a 490 milioni di euro.

Per l'attuazione delle finalità di cui al comma 232 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Al comma 232 non sono ascritti oneri sui saldi di finanza pubblica, in quanto è una norma che si limita a consentire l'accesso alle

risorse di cui ai richiamati commi 218-222 e 233 per determinate finalità. Con una Nota del Governo²⁴ depositata presso la commissione Bilancio del senato, il limite di spesa individuato al comma 232 è quantificato in 520 milioni di euro.

I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito (comma 10).

Ai fini dell'attuazione del comma 10, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi già previsti, nonché nel limite di spesa richiamato al medesimo comma 10, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria possono consistere in:

- a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale;
- b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipes* interessate;
- d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa (comma 10-*bis*).

A tal fine, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse individuate al comma 10. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenuti con apposito protocollo di intesa (comma 11).

Le norme, inoltre, con una novella all'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre

1999, n. 517, recante la disciplina dei rapporti tra SSN e università, dispongono che le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN possono assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del

²⁴ Seduta del 26 giugno 2024.

Servizio sanitario nazionale, della disciplina sul rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari prevista dagli articoli da 15 a 15-*sexies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale.

Si ricorda che l'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo n. 517 del 1999 prevedeva che le medesime aziende ospedaliere, potevano stipulare, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale, per far fronte a esigenze assistenziali cui non potevano far fronte con l'organico funzionale.

Dall'attuazione delle disposizioni descritte non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (comma 12).

Il prospetto riepilogativo non ascrive alla norma effetti sui saldi di finanza pubblica.

La relazione tecnica esamina congiuntamente i commi 10 e 11, richiamandone il contenuto e concludendo che dall'attuazione delle disposizioni non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La **Nota del Governo** presentata presso la Commissione Bilancio del Senato ha ribadito la neutralità finanziaria della norma confermando, quanto al comma 11, che si tratta delle somme già previste nell'ambito del fabbisogno sanitario 2024, ai sensi dell'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 213 del 2023. La Nota riporta inoltre che nel caso in cui il monitoraggio al 30 giugno 2024 sui bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale evidenziasse che tali risorse non siano state interamente utilizzate per le finalità previste dalla citata legge 213 del 2023, le risorse residue potranno essere utilizzate per le attività previste dal comma 10 dell'articolo 3.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame stabiliscono che, se i tempi del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non sono rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono le prestazioni attraverso l'attività intramuraria, le prestazioni aggiuntive o il sistema privato accreditato, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. A tali fini possono

essere adottate specifiche misure,²⁵ senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. I direttori generali vigilano sul rispetto di questa disposizione, anche ai fini dell'esercizio di azioni disciplinari e di responsabilità erariale. Il Ministero della salute monitora l'uso delle risorse, che, qualora non utilizzate, devono essere accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali²⁶. Le norme non devono comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Infine, le norme dispongono, con una novella all'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo n. 517 del 1999, che le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN possono assumere dirigenti medici e sanitari per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Alla luce dei chiarimenti forniti dal Governo nel corso dell'esame al Senato, in cui viene confermato che la norma di cui al comma 10 si riferisce alle risorse stanziare per il fabbisogno sanitario nazionale, pari, quanto al comma 232 dell'articolo 1 della legge di bilancio per il 2024, a un limite massimo di circa 520 milioni di euro e, quanto al comma 233, a 123 milioni di euro per l'anno 2024, 368 milioni di euro per l'anno 2025 e 490 milioni di euro a regime dal 2026 e considerato che le disposizioni operano in tali limiti di spesa, non si hanno osservazioni da formulare.

Si segnala, per completezza, che anche il successivo articolo 4, in materia di potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche, insiste sulle medesime risorse di cui al comma 232.

Relativamente alla possibilità prevista al comma 11 di accantonare nei bilanci del SSN le risorse dei predetti commi 232 e 233 eventualmente non utilizzate per attuare ulteriori misure di recupero delle liste d'attesa, considerato che alla disposizione non sono ascritti effetti sui saldi di finanza pubblica, andrebbe chiarito se i nuovi utilizzi debbano avvenire nella medesima

²⁵ Si tratta delle seguenti misure: rivisitazione degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie accreditate; riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti; incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni.

²⁶ Da redigersi secondo criteri e direttive convenute con apposito protocollo di intesa.

annualità in cui è prevista la spesa a legislazione vigente o se invece ciò sia possibile anche negli esercizi successivi. Nel primo caso, infatti, non si avrebbero osservazioni da formulare, tenuto conto che la norma si limiterebbe a disporre una finalizzazione parzialmente diversa di risorse già destinate a spesa nella medesima annualità; nel secondo caso, invece, andrebbero acquisiti chiarimenti dal Governo circa gli effetti in termini di fabbisogno e di indebitamento che si verificherebbero anche in esercizi diversi da quello inizialmente previsto.

Il comma 11-*bis*, introdotto dal Senato, non corredato di relazione tecnica, prevede che alcune aziende ospedaliere universitarie possano assumere personale dirigente sanitario per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale. In proposito, considerati il carattere facoltativo della disposizione e la previsione che dette assunzioni avvengano nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, non si formulano osservazioni poiché la disposizione opera nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente per il Sistema sanitario nazionale.

ARTICOLO 4

Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche

La norma stabilisce che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici fino al 31 dicembre 2024, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità (comma 1).

Al fine di garantire l'autosufficienza di sangue e dei suoi derivati e implementare l'operatività dei centri trasfusionali, le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera *b*), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere

all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi (1-*bis*).

Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. In tal senso, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente "applicazione di misure" (così, testualmente, la norma, che pare far riferimento a misure sanzionatorie e disciplinari), consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa (comma 2).

All'attuazione del comma 1 si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (comma 3).

Si ricorda che il comma 232 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024) stabilisce che, per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fino al 31 dicembre 2024:

- possono avvalersi delle misure previste dai commi da 218 a 222 del medesimo articolo, che recano autorizzazioni agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale sanitario e provvedono ai relativi oneri con 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard;
- possono coinvolgere le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, come modificato dal comma 233 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023, che ridetermina il tetto della spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. A riguardo, la relazione tecnica afferma che, sulla base dei dati di Conto Economico delle regioni, l'onere per l'anno 2024 è pari a circa 123 milioni di euro, quello per l'anno 2025 è pari a 368 milioni di euro e quello a regime a partire dal 2026 è pari a 490 milioni di euro.

Per l'attuazione delle finalità di cui al comma 232 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Al comma 232 non sono ascritti oneri sui saldi di finanza pubblica, in quanto è una norma che si limita a consentire l'accesso alle risorse di cui ai richiamati commi 218-222 e 233 per determinate finalità.

Con una **Nota del Governo**²⁷ depositata presso la Commissione Bilancio del Senato, si informa che il limite di spesa individuato al comma 232 è quantificato in 520 milioni di euro.

Il prospetto riepilogativo non ascrive alla norma effetti sui saldi di finanza pubblica.

La relazione tecnica afferma che l'intervento previsto dalla norma si riferisce al solo anno 2024 e trova copertura nelle già finanziate disposizioni di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023, che assicura la necessaria copertura finanziaria per l'anno 2024.

La **Nota del Governo** presentata presso la Commissione Bilancio del Senato²⁸, ribadisce quanto evidenziato nella relazione tecnica affermando che la disposizione può essere attuata esclusivamente per l'anno 2024 nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 213 del 2023, pari allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario (circa 520 milioni di euro).

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che le norme in esame stabiliscono il potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche fino al 31 dicembre 2024, nel limite massimo delle risorse disponibili e sotto la vigilanza dei direttori regionali della sanità. Le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche supportati dalle associazioni e dalle federazioni di donatori convenzionate fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma, possono provvedere all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi (comma 1-*bis*).

Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale. All'attuazione del potenziamento dell'offerta si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Per la descrizione del predetto comma 232 si veda la scheda riferita all'articolo 3 del presente provvedimento.

Riguardo ai commi da 1 a 3, considerato che l'efficacia delle disposizioni è limitata al 31 dicembre 2024, limite introdotto con un emendamento in prima lettura al Senato come condizione per l'espressione di parere non ostativo, e dato che l'onere per la finanza pubblica

²⁷ Seduta del 26 giugno 2024.

²⁸ Seduta del 26 giugno 2024

è limitato all'entità dello stanziamento, non si hanno osservazioni da formulare. Relativamente al comma 1-*bis*, introdotto nel corso dell'esame in Senato, non corredato di relazione tecnica, stante il carattere facoltativo della disposizione, non si hanno parimenti osservazioni da formulare tenuto conto che le amministrazioni coinvolte potranno darvi attuazione al sussistere di disponibilità di bilancio a legislazione vigente.

ARTICOLO 5

Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario

Normativa previgente. L'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019 prevede 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 possa superare il valore della spesa sostenuta nel 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni o, se superiore, il corrispondente ammontare del 2004 diminuito dell'1,4 per cento²⁹. 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. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Un'ulteriore variazione del 5 per cento a livello regionale, può essere concessa al verificarsi di determinate condizioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale³⁰. Dal 2022 tale ulteriore incremento è subordinato all'adozione, tramite decreto interministeriale, di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale. La suddetta disposizione è stata più volte modificata e la relativa applicazione prorogata con successivi provvedimenti, da ultimo dal comma 269 dell'articolo 1 della legge n. 234 del 2021³¹. Al testo della summenzionata disposizione e alle relative norme modificative non sono stati ascritti effetti sui saldi di finanza pubblica.

²⁹ Il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191 del 2009.

³⁰ La norma precisa che tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75 del 2017, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018.

³¹ Ai sensi dei commi 2, 3 e 4 della suddetta disposizione viene, altresì, disposto che: la spesa di personale è considerata, tra l'altro, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni (comma 2); le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia, possano ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del decreto legge 35 del 2019

La norma prevede che, a decorrere dal 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni autorizzati per il 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, siano incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5 per cento del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato, con decreto interministeriale³², previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale (comma 1).

Viene, altresì, disposto che, a decorrere dal 2025, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, con uno o più decreti interministeriali³³ venga adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto interministeriale (comma 2).

Nelle more dell'adozione della citata metodologia, al fine di definire i fabbisogni di personale degli enti del SSN, si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto legge n. 35 del 2019 (comma 3).

Il prospetto riepilogativo non considera la norma.

La relazione tecnica, relativa al testo originario del provvedimento, ribadisce il contenuto della norma e chiarisce che la stessa interviene sui limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di ampliare la flessibilità dei vincoli di spesa del personale previsti dall'articolo 11 del decreto legge n. 35 del 2019. Con specifico riguardo al comma 1 si

(comma 3); Le regioni indirizzano e coordinano la spesa dei propri enti del servizio sanitario in conformità a quanto è previsto dal comma 1 (comma 4).

³² Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, di intesa con la Conferenza permanente Stato Regioni.

³³ Decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, di intesa con la Conferenza permanente Stato Regioni.

specifica che i valori della spesa di personale autorizzati per il 2023 possono essere incrementati per un importo complessivo fino al 15 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, ferma restando l'idoneità delle misure compensative, il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Di conseguenza prima di ogni intervento espansivo della spesa sanitaria in materia di personale, entro i nuovi vincoli indicati, dovrà preventivamente essere valutata la compatibilità con il quadro economico finanziario dell'intero Sistema sanitario regionale. Infatti, l'ampliamento del tetto in argomento comporterebbe un maggior potenziale di spesa per il personale che deve trovare compensazione in apposite misure riduttive di altre voci di spesa. Pertanto le disposizioni di cui al comma 1, essendo coerenti con il livello del finanziamento già programmato per il SSN a legislazione vigente, non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. La relazione tecnica chiarisce inoltre che, preso atto che la nuova disciplina sostituisce quella prevista dal comma 1 del citato articolo 11, le cui disposizioni, unitamente a quelle di cui ai successivi commi 2, 3 e 4, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, fino alla adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale di cui al comma 2 del presente articolo, non trovano applicazione le disposizioni di cui al quarto periodo del citato articolo 11, comma 1. Queste ultime prevedono che la possibilità di una variazione del 5 per cento, ulteriore rispetto a quella annuale del 10 per cento, sia subordinata all'applicazione della metodologia prevista dallo stesso articolo 11, comma 1, del decreto legge n. 35 del 2019.

La relazione tecnica riferisce, altresì, che il comma 2 non determina nuovi o maggiori oneri in quanto sia la nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN che i piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia sono attuati con i citati decreti nell'ambito degli spazi assunzionali definiti al comma 1 e quindi del percorso di sostenibilità finanziaria ivi previsto.

Il Governo, nel corso dell'esame in 5ª Commissione al Senato³⁴, ha evidenziato che la nuova disciplina prevista dal comma 1, nel confermare la possibilità di incrementare la spesa di personale del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente al verificarsi di determinate condizioni (tra cui il rispetto dell'equilibrio economico finanziario del servizio sanitario regionale), aggiunge sostanzialmente la possibilità del riconoscimento di un ulteriore incremento della spesa "fino al 5 per cento", da autorizzare con decreto interministeriale previa verifica della congruità delle relative misure compensative, in sostituzione di quanto previsto dall'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 (che consentiva l'incremento della spesa di personale nella misura del 5 per cento dell'incremento del fondo

³⁴ Nella Nota di risposta alle osservazioni formulate depositata in 5ª Commissione al Senato. Cfr. 5ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 258 del 26 giugno 2024.

sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente al verificarsi di maggiori fabbisogni emergenti dalla metodologia di cui al sesto periodo, allo stato definita solo parzialmente). La nuova disciplina subordina, pertanto, il riconoscimento del predetto ulteriore incremento "fino al 5 per cento" alla positiva verifica di congruità delle misure compensative proposte, da effettuarsi anche attraverso l'analisi della natura strutturale o meno delle stesse, considerato che ad una eventuale maggiore spesa di personale a tempo indeterminato deve corrispondere una riduzione di altre voci di spesa già sostenute che presentino il carattere della strutturalità. Ciò in coerenza con l'esigenza di preservare l'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, posto quale condizione prioritaria anche per accedere a tale ulteriore incremento. In ordine all'effettiva e sostenibile implementazione delle misure per assicurare la neutralità finanziaria dell'innalzamento dei tetti di spesa per il personale, il Governo, con riferimento alle annualità pregresse ha, altresì, evidenziato che, sulla base del monitoraggio periodico effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti, con riferimento alla regola di cui al citato articolo 11, continuano ad emergere, per le regioni, significativi spazi di spesa non utilizzati.

Con riferimento al comma 2, è stato, altresì, evidenziato che la disposizione in esame pone come condizione prioritaria il rispetto della disciplina di spesa di cui al comma 1 e pertanto la nuova metodologia dovrà tener conto degli spazi finanziari disponibili. Inoltre, si prevede come ulteriore condizione che i piani dei fabbisogni triennali predisposti dalle regioni vengano approvati con decreto interministeriale "ai fini del riscontro della relativa congruità finanziaria" introducendo quindi una ulteriore verifica del rispetto della nuova disciplina assunzionale di cui al citato comma 1.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che la norma prevede - a decorrere dal 2024 e fino alla data di adozione dei decreti sulla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN previsti al comma 2 - l'incremento dei valori massimi della spesa per il suddetto personale rispetto a quelli autorizzati per il 2023 nel quadro dell'assetto già vigente. A legislazione già vigente, tali importi di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Per effetto della presente norma, su richiesta della regione, tale incremento può essere ulteriormente elevato sino al 5 per cento, per un valore complessivo massimo del 15 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente; ciò compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN. L'ulteriore incremento massimo del 5 per cento viene autorizzato, previa

verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale, mediante decreto interministeriale (comma 1). Viene altresì previsto che a decorrere dal 2025 venga adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN coerente con i valori di cui al comma 1, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto interministeriale (comma 2).

Nelle more dell'adozione della citata metodologia, al fine di definire i fabbisogni di personale degli enti del SSN, si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge n. 35 del 2019 (comma 3).

Al riguardo, non si formulano osservazioni considerato quanto riferito dalla relazione tecnica e quanto precisato dal Governo presso la Commissione Bilancio del Senato in merito alla neutralità finanziaria della disposizione. In particolare, è stato chiarito che la disciplina prevista dal comma 1, nel confermare quanto previsto nell'assetto già vigente riguardo alla possibilità di incrementare la spesa di personale del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente subordinatamente al rispetto dell'equilibrio economico finanziario del servizio sanitario regionale, prevede, inoltre, la possibilità dell'attribuzione di un ulteriore incremento di spesa (fino al 5 per cento) da autorizzare, con decreto interministeriale, previa verifica della congruità delle relative misure compensative; ciò mentre l'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019, nel consentire già un tale incremento di spesa, lo subordina all'adozione, tramite decreto interministeriale, di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale che il Governo ha dichiarato essere definita allo stato solo parzialmente.

Nel corso dell'esame al Senato, è stato, altresì, chiarito che con riferimento alle annualità pregresse, sulla base del monitoraggio periodico effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti, ai sensi dell'articolo 11, continuano ad emergere, per le regioni, significativi spazi di spesa non utilizzati. A titolo informativo si rappresenta che il Fondo Sanitario Nazionale 2024 è incrementato rispetto al medesimo per il 2023 di 3 miliardi di euro dalla legge di bilancio 2024 i quali si aggiungono ai 2,3 già stanziati in precedenza³⁵. Dunque

³⁵ [Dati economici SSN - AGENAS](#).

l'incremento della spesa di personale del 10 per cento (estendibile fino ad un ulteriore massimo del 5 per cento) comporterebbe un incremento di spesa pari a 530 milioni di euro (più eventuali 265 milioni di euro) per il 2024.

Con riguardo al comma 2 non si formulano osservazioni stante la natura ordinamentale della disposizione e considerato che, come previsto dalla norma, la nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN opererà nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e dovrà risultare coerente con l'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Inoltre, si prende atto di quanto riferito dalla relazione tecnica e confermato al Senato in merito alla circostanza che il riscontro della congruità finanziaria dei piani dei fabbisogni triennali predisposti dalle regioni sulla base della medesima metodologia verrà effettuato nel quadro dell'adozione dei relativi decreti interministeriali. Nulla da osservare, infine, anche in merito al comma 3.

ARTICOLO 6

Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale

La norma stabilisce che, con decreto del Ministro della salute³⁶, venga definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, a valere sulle risorse del predetto Programma, nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021– 2027 e dei criteri di ammissibilità del citato Programma.

Le regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 sono Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Come premesso nella **relazione illustrativa**, il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022 e rappresenta il primo programma nazionale sul tema salute finanziato da fondi strutturali, gestito dal

³⁶ Di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Ministero della salute. Si tratta di un programma plurifondo, sostenuto dal Fondo Sociale Europeo plus (FSE+) e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), per un finanziamento complessivo pari a 625 milioni di euro (inclusa la quota di cofinanziamento nazionale del 40 per cento), ripartito tra le priorità FSE+, FESR ed Assistenza tecnica, con la finalità di rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso nelle Regioni destinatarie.

Nei limiti delle risorse del predetto Programma, il piano d'azione individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM), dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli *screening* oncologici, le iniziative finalizzate:

- a) alla realizzazione di investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;
- b) alla realizzazione di investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei DSM dei Consultori familiari e dei Punti *screening*;
- c) alla realizzazione di investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;
- d) alla formazione degli operatori sanitari per:
 - 1) la sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativi personalizzati in tutti i DSM delle regioni destinarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;
 - 2) la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;
 - 3) lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di *screening* per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica;
 - 4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di *screening*.

Con emendamento introdotto in prima lettura al Senato, viene stabilito che, al fine di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, nonché per garantire il processo di efficientamento del Servizio Sanitario regionale, agevolando il percorso finalizzato al superamento del commissariamento, la Regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67- prima fase, di cui alla delibera CIPE del 3 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti la realizzazione delle opere finanziate da tale programma (comma 1-*bis*).

Il prospetto riepilogativo non ascrive alla norma effetti sui saldi di finanza pubblica.

La relazione tecnica conferma che per l'attuazione delle misure previste dalla disposizione si provvede a valere nei limiti delle risorse del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PN). Aggiunge inoltre che il Piano d'azione prefigurato dalla norma riguarda, in coerenza con la strategia e gli obiettivi del Programma, l'indirizzo strategico nell'attuazione degli interventi di rafforzamento dei servizi sanitari e sociosanitari (Priorità 1, Azione 2 del PN, sostenuta dal FSE+), nonché degli interventi di rafforzamento della resilienza e della capacità dei servizi sanitari e sociosanitari di rispondere ai bisogni di salute e degli interventi volti all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio (Priorità 2, Azioni 1 e 2 del PN, sostenute dal FESR). La relazione tecnica richiama poi le finalità del piano d'azione e ribadisce che gli investimenti previsti alle lettere a) b) c) della norma rientrano negli interventi programmati nell'ambito della Priorità 2 del Programma, sostenuta dal FESR, mentre le iniziative di formazione di cui al punto d) rientrano negli interventi programmati nell'ambito della Priorità 1 del Programma, sostenuta dal FSE+. Gli interventi e le iniziative sopra richiamati, in linea con la *governance* del Programma e con lo stato di attuazione dello stesso, rientrano tra le attività di cui, con specifici atti stipulati ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2021/1060, si è delegata la gestione alle Regioni destinatarie, individuate allo scopo quali Organismi Intermedi del Programma, con conseguente impegno delle risorse a loro favore. La relazione tecnica afferma infine che il Piano d'azione si configura pertanto come indicazione/indirizzo strategico alle Regioni nell'attuazione degli interventi, nell'ambito delle risorse già assegnate per la realizzazione degli stessi.

La **Nota del Governo** presentata presso la Commissione Bilancio del Senato³⁷ ribadisce quanto affermato nella relazione tecnica e precisa che le misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale, con la finalità di rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e di incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia Sicilia e Sardegna, ricomprendono i progetti avviati e/o programmati a valere sulle risorse del Programma Nazionale Equità nella Salute, non pregiudicandone pertanto il completamento, l'attuazione e le tempistiche. Inoltre, la Nota del Governo evidenzia che il PN Equità nella Salute ha impegnato al 29 febbraio 2024 (ultimo dato disponibile) 12,15 milioni di euro sui 625 milioni di euro complessivi (circa il 2 per cento della dotazione complessiva). Conseguentemente, in relazione alle somme già impegnate, la citata Nota assicura che non può che confermarsi il completamento degli interventi o dei

³⁷ Seduta del 26 giugno 2024

progetti con dette risorse e che, infine, è esclusa un'alterazione del profilo temporale degli oneri già scontati a legislazione vigente, che potrebbe riflettersi sui saldi di finanza pubblica.

In merito ai profili di quantificazione, si rileva preliminarmente che la norma in esame stabilisce che, con decreto ministeriale, venga definito un piano d'azione finalizzato al potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027 (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia), a valere sulle risorse del predetto Programma, con particolare riguardo all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM), dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici. Nello specifico, il Piano d'azione individua le iniziative finalizzate alla realizzazione di investimenti infrastrutturali e tecnologici e alla formazione degli operatori sanitari nelle strutture sopra elencate (comma 1).

La norma stabilisce altresì che la Regione Calabria è autorizzata a riprogrammare la quota residua delle risorse economiche assegnate ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prima fase, di cui alla delibera CIPE del 3 agosto 1990, nel limite massimo di euro 19.732.858,87, derivante dalle economie registrate a valere sui quadri economici dei singoli progetti afferenti alla realizzazione delle opere finanziate dal programma di cui alla citata deliberazione (comma 1-*bis*).

La relazione tecnica, riferita al testo originario, conferma che per l'attuazione delle misure si provvede a valere nei limiti delle risorse del Programma e che il Piano d'azione si configura come indirizzo strategico alle Regioni nell'attuazione degli interventi, nell'ambito delle risorse già assegnate per la realizzazione degli stessi.

Riguardo al comma 1, considerato il carattere di indirizzo della norma, nonché i dati e le precisazioni fornite dal Governo presso la Commissione Bilancio del Senato in merito alle risorse disponibili per Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 e sulla neutralità finanziaria della disposizione anche sotto il profilo temporale, non si formulano osservazioni.

Sul comma 1-*bis*, introdotto dal Senato con un emendamento non corredato di relazione tecnica, si rileva che la norma consente di spendere somme che altrimenti non sarebbero state

impegnabili perché destinate ad economia. In proposito, andrebbe chiarito quali siano gli effetti della disposizione sulle previsioni tendenziali di spesa.

ARTICOLO 7

Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario

Le norme introducono un'imposta sostitutiva, pari al 15 per cento, dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali su:

- i compensi dei dirigenti sanitari erogati per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive finalizzate a ridurre le liste d'attesa³⁸ (comma 1).

Più specificamente, la norma richiama i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del CCNL Area Sanità³⁹ - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge di bilancio 2024. Si rammenta, altresì, che, per le predette finalità, i commi 218 e 219 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2024 hanno esteso al triennio 2024-2026 l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e infermieristico già prevista dal decreto-legge n. 34 del 2023⁴⁰, e a tal fine il comma 220 ha autorizzato, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa complessiva di euro 280.000.000 (euro 200.000.000 per il personale medico ed euro 80.000.000 per il personale sanitario);

- i compensi del personale sanitario erogati per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive finalizzate a ridurre le liste d'attesa (comma 2).

I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera *d*), del CCNL Comparto Sanità⁴¹-triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per il 2024. Per la descrizione del comma 219, vedi sopra.

A fronte dell'applicazione della predetta imposta sostitutiva, gli oneri sono valutati in:

³⁸ L'articolo 89, comma 2, del CCNL Area Sanità - triennio 2019-2021, nel definire tali prestazioni aggiuntive, fa riferimento all'esercizio dell'attività libero professionale al di fuori dell'impegno di servizio, ai sensi del comma 1, lettera *d*) del predetto articolo, erogata a pagamento su richiesta di terzi, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende o enti ai propri dirigenti.

³⁹ L'articolo 89, comma 2, del CCNL Area Sanità - triennio 2019-2021, nel definire tali prestazioni aggiuntive, fa riferimento all'esercizio dell'attività libero professionale al di fuori dell'impegno di servizio, ai sensi del comma 1, lettera *d*) del predetto articolo, erogata a pagamento su richiesta di terzi, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende o enti ai propri dirigenti.

⁴⁰ Articolo 11, comma 1.

⁴¹ L'articolo 7 del citato CCNL attribuisce alle Regioni la facoltà di emanare linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa, in una serie di ambiti tra i quali, alla lettera *d*) richiamata dalla disposizione in argomento, quello delle prestazioni aggiuntive del personale.

- 72,8 milioni di euro per il 2024, 131,5 milioni per il 2025, 135,9 milioni di euro per il 2026 e 135,6 milioni di euro a decorrere dal 2027 relativi ai compensi dei dirigenti sanitari (comma 3);
- 15,6 milioni di euro per il 2024, 28,8 milioni di euro per il 2025, 30 milioni di euro per il 2026 e 29,9 milioni di euro annui a decorrere dal 2027 concernenti i compensi del personale sanitario (comma 4).

Le imposte sostitutive sono applicate, dal sostituto d'imposta, ai compensi erogati a partire dall'8 giugno 2024 (data di entrata in vigore del presente decreto) (comma 5).

Per le modalità di attuazione si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

Infine, sono indicate le fonti di copertura finanziaria dei citati oneri. In particolare, per l'anno 2024, all'ammontare degli oneri complessivamente considerati, valutato in 88,4 milioni di euro, si provvede come segue:

- quanto a 5 milioni di euro per il 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente per reiscrizione in bilancio di residui perenti eliminati, ai sensi dell'articolo 34-ter, comma 5, della legge n. 196 del 2009, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024-2026 [lett. a)];
- quanto a 23 milioni di euro per il 2024, mediante corrispondente utilizzo delle somme derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge finanziaria 2001 (legge n. 388 del 2000), che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario [lett. b)];
- quanto a 55,146 milioni di euro per il 2024, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno, mediante corrispondente riduzione delle risorse per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge di bilancio 2019⁴² [lett. c)];
- quanto a 32 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di

⁴² Legge n. 145 del 2018.

emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni di cui all'articolo 2, comma 361, della legge finanziaria 2008⁴³ [lett. d)];

- quanto a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, in 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e in 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, si provvede mediante corrispondenti riduzioni, per pari importo, dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246, della legge di bilancio 2024. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 (comma 6).

Si rammenta che il predetto articolo 1, comma 246, dispone la destinazione di 240 milioni di euro per l'anno 2025 e 310 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della legge n. 662 del 1996, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

Il prospetto riepilogativo riferito al testo iniziale ascrive alle norme i seguenti effetti. Si rammenta che nel corso dell'esame presso il Senato la copertura di cui al comma 6, lettera a), è stata ridotta da 12 a 5 milioni di euro per l'anno 2024, mentre la copertura di cui al comma 6, lettera d), è stata incrementata da 25 a 32 milioni di euro per l'anno 2024.

(milioni di euro)

	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto			
	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
Maggiori spese correnti												
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale regionale (comma 1)		4,5	7,8	7,8								
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle		2,2	3,3	3,0								

⁴³ Legge n. 244 del 2007.

persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale comunale (comma 1)												
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1 della L. 43/2006 – addizionale regionale (comma 2)		1,4	2,3	2,3								
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1 della L. 43/2006 – addizionale comunale (comma 2)		0,7	1,0	0,9								
Minori entrate tributarie												
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni	72,8	124,8	124,8	124,8	72,8	124,8	124,8	124,8	72,8	124,8	124,8	124,8

aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - IRPEF (comma 1)												
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale regionale (comma 1)						4,5	7,8	7,8		4,5	7,8	7,8
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale della dirigenza medica - addizionale comunale (comma 1)						2,2	3,3	3,0		2,2	3,3	3,0
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1 della L. 43/2006 - IRPEF (comma 2)	15,6	26,7	26,7	26,7	15,6	26,7	26,7	26,7	15,6	26,7	26,7	26,7
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e						1,4	2,3	2,3		1,4	2,3	2,3

comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1 della L. 43/2006 – addizionale regionale (comma 2)												
Introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1 della L. 43/2006 – addizionale comunale (comma 2)						0,7	1,0	0,9		0,7	1,0	0,9
Minori spese correnti												
Fondo derivante dal riaccertamento dei residui passivi perenti di parte corrente, iscritto nello stato di previsione del Ministero della Salute ai sensi dell'art. 34-ter, c. 5 della L. 196/2009 – comma 6, lettera a) ⁴⁴	12,0*					12,0*				12,0*		
Utilizzo delle somme relative alle sanzioni Antitrust versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'art. 148, c. 1, della L. 388/2000, che restano acquisite all'erario (comma 6, lettera b)						23,0				23,0		
Riduzione del fondo destinato al rinnovo dei CCNL	55,1					55,1				55,1		

⁴⁴ Si rammenta che nel corso dell'esame presso il Senato tale ammontare, occorrente a copertura degli oneri derivanti dalla misura in esame, ha subito un decremento da 12 milioni di euro a 5 milioni di euro.

per il personale pubblico per il triennio 2019-2021 (comma 6, lettera c)												
Riduzione delle risorse destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, di cui all'art. 2, c. 361, della L. 244/2007 (comma 6, lettera d) ⁴⁵	25,0*				25,0*				25,0*			
Riduzione del rifinanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard disposto dalla LB 2024 (art. 1, c. 217, della L. 213/2023) e, in particolare, della quota destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1, c. 246, della L. 213/2023 (comma 6, lettera e)		160,3	165,9	165,5		160,3	165,9	165,5		160,3	165,9	165,5
Maggiori entrate extratributarie												
Utilizzo delle somme relative alle sanzioni Antitrust versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'art. 148, c. 1, della L. 388/2000, che restano acquisite all'erario (comma 6, lettera b)	23,0											
Minori entrate tributarie e contributive (effetti riflessi)												

⁴⁵ Si rammenta che nel corso dell'esame presso il Senato tale ammontare, occorrente a copertura degli oneri derivanti dalla misura in esame, ha subito un incremento da 25 milioni di euro a 32 milioni di euro.

Riduzione del fondo destinato al rinnovo dei CCNL per il personale pubblico per il triennio 2019-2021 (comma 6, lettera c)					26,7					26,7		
--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	------	--	--

La relazione tecnica, oltre a ribadire quanto disposto dalle norme, fornisce elementi per la determinazione della perdita di gettito derivante dell'applicazione dell'imposta sostitutiva rispetto alle aliquote marginali ordinarie. In particolare, con riguardo all'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione riferiti alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari (comma 1), stimato in circa 445,6 milioni di euro⁴⁶, considerando il differenziale tra l'aliquota ordinaria del 43 per cento e quella dell'imposta sostitutiva del 15 per cento, la RT stima una perdita di gettito Irpef di competenza annua di circa -124,8 milioni di euro e di addizionale regionale e comunale rispettivamente di -7,8 e -3,0 milioni di euro. Nell'ipotesi che la norma entri in vigore a partire da giugno 2024, considerando la quota relativa a tale anno, di seguito l'andamento finanziario:

(milioni di euro)

	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8
Addizionale regionale	0,0	-4,5	-7,8	-7,8
Addizionale comunale	0,0	-2,2	-3,3	-3,0
Totale	-72,8	-131,5	-135,9	-135,6

Con riferimento, invece, all'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione riferiti alle prestazioni rese dal personale sanitario (comma 2), stimato in circa 133,4 milioni di euro⁴⁷, considerando il differenziale tra l'aliquota ordinaria del 35 per cento e quella dell'imposta sostitutiva del 15 per cento, la RT stima una perdita di gettito Irpef di competenza annua di circa -26,7 milioni di euro e di addizionale regionale e comunale rispettivamente di -2,3 e -0,9 milioni di euro. Nell'ipotesi che la norma entri in vigore a partire da giugno 2024, considerando la quota relativa a tale anno, di seguito l'andamento finanziario:

⁴⁶ Tale stima, ai sensi dal comma 1 della norma in esame, è effettuata considerando anche gli effetti della rideterminazione prevista dall'articolo 1, comma 218, della legge 213 del 2023.

⁴⁷ Tale stima, ai sensi dal comma 1 della norma in esame, è effettuata considerando anche gli effetti della rideterminazione prevista dall'articolo 1, comma 219, della legge 213 del 2023.

(milioni di euro)

	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7
Addizionale regionale	0,0	-1,4	-2,3	-2,3
Addizionale comunale	0,0	-0,7	-1,0	-0,9
Totale	-15,6	-28,8	-30,0	-29,9

Pertanto, considerando l'ammontare complessivo della perdita di gettito, l'andamento finanziario risulta come segue:

(milioni di euro)

	2024	2025	2026	2027
IRPEF	-88,4	-151,5	-151,5	-151,5
Addizionale regionale	0,0	-5,9	-10,1	-10,1
Addizionale comunale	0,0	-2,9	-4,3	-3,9
Totale	-88,4	-160,3	-165,9	-165,5

Nel corso dell'esame al Senato, il **Governo** ha fornito i seguenti chiarimenti presso la Commissione Bilancio. In materia di imposta sostitutiva sui compensi al personale sanitario per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive, in relazione ai profili di quantificazione, la stima del costo delle prestazioni aggiuntive oggetto dell'agevolazione è stata effettuata sulla base dei dati rilevati dal conto annuale. L'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari è stato stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 218, della legge n. 213 del 2023, in 483,5 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi. L'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dal personale sanitario del comparto sanità è stato stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 219, della suddetta legge n. 213 del 2023, per un ammontare complessivo di compensi interessati dalla norma, in 190 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi. In relazione ai profili di copertura di cui al comma 6:

- con riferimento alla lettera *a*), viene confermato che la riduzione del fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-*ter*, comma 5, della legge n. 196 del 2009, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute, non pregiudica le finalità iniziali del fondo;
- in relazione alla lettera *b*), viene rappresentato che da interrogazione effettuata al Sistema Informativo Entrate (SIE) della Ragioneria generale dello Stato, alla data del 7 giugno 2024 risultano affluite sanzioni amministrative per complessivi euro 97.600.873,31;
- con riguardo alla lettera *c*), viene confermata l'attuabilità del definanziamento di quanto stanziato ai fini della contrattazione collettiva;

- in relazione alla lettera *d*), viene confermata l'adeguatezza delle risorse rimanenti a fronte del fabbisogno 2024, in seguito alla riduzione dell'autorizzazione di spesa per le transazioni con soggetti danneggiati da trasfusione, emoderivati e vaccinazioni obbligatorie;
- circa la lettera *e*), tenuto conto che l'articolo 1, comma 246, della legge n. 213 del 2023, non ha definito uno specifico utilizzo delle somme di cui trattasi, rinviando di fatto alle decisioni del Ministero della salute nell'ambito degli obiettivi prioritari di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996, viene rappresentato che la copertura in questione non ha effetti sulla sostenibilità della spesa sanitaria.

In merito ai profili di quantificazione, si evidenzia preliminarmente che le norme in esame assoggettano ad una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e delle addizionali regionali e comunali, pari al 15 per cento, i compensi erogati ai dirigenti sanitari e al personale sanitario per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive finalizzate a ridurre le liste d'attesa valutandone gli oneri, precisandone le modalità di attuazione e indicandone altresì le fonti di copertura finanziaria.

La relazione tecnica stima una perdita di gettito derivante dall'applicazione dell'imposta sostitutiva rispetto alle aliquote marginali ordinarie, con riguardo alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari e dal personale sanitario del comparto sanità, pari complessivamente a 88,4 milioni di euro per il 2024, 160,3 milioni di euro per il 2025, 165,9 milioni di euro per il 2026 e 165,5 milioni di euro a decorrere dal 2027.

Con riguardo ai profili di quantificazione, sulla base dei dati forniti dalla RT relativamente ai compensi dei dirigenti sanitari e del personale sanitario (non dirigenziale) interessati dall'agevolazione, la stima della perdita di gettito relativa all'IRPEF appare corretta. Con particolare riferimento alla perdita di gettito derivante dalla mancata applicazione delle addizionali regionale e comunale, su cui la relazione tecnica non fornisce informazioni specifiche, andrebbero chiarite le modalità seguite per la quantificazione degli oneri.

In merito ai profili di copertura finanziaria, si fa presente che il comma 6 dell'articolo 7 prevede agli oneri derivanti dai commi 3 e 4 del medesimo articolo, valutati in 88,4 milioni di

euro per l'anno 2024, 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, mediante le seguenti modalità:

- quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2024, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *a*), mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-*ter*, comma 5⁴⁸, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute;

- quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *b*), mediante corrispondente utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario;

- quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 2024, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *c*), mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436⁴⁹, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

- quanto a 32 milioni di euro per l'anno 2024, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *d*), mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

- quanto a 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *e*), mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246,

⁴⁸ Si rammenta, in particolare, che l'articolo 34-*ter*, comma 5, della legge n. 196 del 2009 prevede che, con la legge di bilancio, le somme corrispondenti all'ammontare dei residui passivi perenti eliminati, all'esito del riaccertamento annuale della sussistenza delle partite debitorie iscritte nel conto del patrimonio dello Stato, possano essere reiscritte, in tutto o in parte, in bilancio su base pluriennale su apposti fondi da istituire con la medesima legge negli stati di previsione delle amministrazioni interessate.

⁴⁹ Si ricorda che il comma 436 dell'articolo 1 della legge n. 145 del 2018 determina gli oneri posti a carico del bilancio statale per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico, per il triennio 2019-2021, in 1.100 milioni di euro per l'anno 2019, in 1.750 milioni di euro per l'anno 2020 e in 3.375 milioni di euro annui a decorrere dal 2021.

della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è ridotto di 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

In proposito, tenuto conto dei dati esplicitati nella relazione tecnica in ordine agli effetti finanziari delle diverse disposizioni, si prende preliminarmente atto della congruità – per ciascuna delle annualità interessate – della somma delle singole voci di copertura rispetto all'importo complessivo degli oneri indicati dall'alinea del comma 6. Si osserva, peraltro, che le coperture finanziarie previste con riferimento all'anno 2024 eccedono gli oneri derivanti dal provvedimento, in termini di saldo netto da finanziare, per 26,7 milioni di euro, al fine di assicurarne la neutralità in termini di fabbisogno e indebitamento netto, per tener conto degli effetti riflessi derivanti dalla riduzione del Fondo destinato al rinnovo della contrattazione collettiva nazionale di lavoro per il personale pubblico disposta dalla lettera c) del comma 6.

Con riferimento alla prima modalità di copertura finanziaria, si rileva che il Fondo di parte corrente di cui all'articolo 34-ter, comma 5 , della legge n. 196 del 2009 è alimentato dalle risorse finanziarie rivenienti dal riaccertamento dei residui passivi perenti a seguito della verifica della sussistenza delle relative partite debitorie da ripartire tra i programmi di spesa dell'amministrazione, e, per il Ministero della salute, è iscritto sul capitolo 1084 dello stato di previsione del medesimo Ministero.

Detto capitolo reca una dotazione iniziale pari a 16.847.284 euro per l'anno in corso e, da un'interrogazione della banca dati della Ragioneria generale dello Stato in corrispondenza della data di pubblicazione del decreto-legge in esame, risulta accantonato un importo equivalente alla voce di copertura prevista originariamente dal decreto, di importo superiore a quello attuale (12 milioni di euro). Tanto premesso, preso atto che, nel corso dell'esame presso il Senato della Repubblica, il Governo, con una nota tecnica⁵⁰, ha confermato che la riduzione del Fondo non pregiudica le finalità iniziali dello stesso, non si hanno osservazioni da formulare.

⁵⁰ Depositata nel corso della seduta n. 258 del 26 giugno 2024 della Commissione Bilancio del Senato.

Con riferimento alla seconda modalità di copertura finanziaria, si rileva che le risorse in questione sono quelle derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall’Autorità garante per la concorrenza e il mercato, di cui si prevede - ai sensi dell’articolo 148, comma 1, della legge n. 388 del 2000 - la destinazione ad iniziative a vantaggio dei consumatori⁵¹.

Ciò posto, preso atto che il Governo, durante l’esame presso il Senato della Repubblica, nella citata nota tecnica ha affermato che, da un’interrogazione effettuata al Sistema Informativo Entrate (SIE) della Ragioneria generale dello Stato, alla data del 7 giugno 2024, risultano affluite sanzioni amministrative per complessivi euro 97.600.873,31, si rileva tuttavia l’esigenza che il Governo fornisca un chiarimento in ordine alla possibilità di utilizzare tali risorse senza pregiudicare la realizzazione di interventi già programmati a valere sulle medesime risorse per l’anno 2024.

Con riferimento alla terza modalità di copertura finanziaria, si rileva che le risorse oggetto di utilizzo sono quelle del Fondo destinato al rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale del pubblico impiego, relativamente al triennio 2019-2021, iscritte sul capitolo 3027⁵² dello stato di previsione del Ministero dell’economia e delle finanze, che, nell’ambito del vigente bilancio triennale, reca una dotazione iniziale pari a 4.318.167.453 euro per l’anno 2024, a 6.767.920.720 euro per l’anno 2025 e a 6.977.769.788 euro per l’anno 2026. In proposito, nel rilevare che, da un’interrogazione effettuata presso la banca dati della Ragioneria generale dello Stato in corrispondenza della data di pubblicazione del decreto-legge in esame, sul predetto Fondo risulta accantonato un importo equivalente alla voce di copertura in esame, pari a 55,146 milioni di euro, si prende atto di quanto rappresentato dal Governo

⁵¹ Quota parte di tali entrate affluisce al capitolo 3592, piano gestionale n. 14, dello stato di previsione dell’entrata, denominato “Somme derivanti da sanzioni amministrative irrogate dall’Autorità garante della concorrenza e del mercato da destinare ad iniziative a vantaggio dei consumatori”. Il comma 2, primo periodo, dello stesso articolo 148 della legge n. 388 del 2000 specifica, altresì, che le predette entrate possono essere riassegnate anche nell’esercizio successivo, per la parte eccedente l’importo di 10 milioni di euro per l’anno 2018 e di 8 milioni di euro a decorrere dall’anno 2019, a un apposito Fondo iscritto nello stato di previsione del Ministero delle imprese e del *made in Italy*, per essere destinate alle medesime iniziative, individuate con decreto ministeriale. Tale Fondo risulta iscritto sul capitolo 1650 dello stato di previsione del Ministero delle imprese e del *made in Italy*, con una dotazione di 23.884.285 euro per l’anno 2024 e di 23.625.000 euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026.

⁵² Fondo da ripartire per l’attuazione dei contratti del personale delle amministrazioni statali, ivi compreso il personale militare e quello dei corpi di polizia.

nel corso dell'esame presso il Senato della Repubblica in ordine all'attuabilità del definanziamento di quanto stanziato ai fini della contrattazione collettiva.

In merito alla quarta modalità di copertura finanziaria, si ricorda che l'autorizzazione di spesa oggetto di riduzione si riferisce alle somme dovute per la liquidazione delle transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione, emoderivati e vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti. Al riguardo, si rinvia per maggiori dettagli alla ricostruzione effettuata in relazione ai profili di copertura finanziaria del comma 7 dell'articolo 2.

Nel prendere atto che, sulla base di un'interrogazione alla banca dati della Ragioneria generale dello Stato, l'autorizzazione di spesa oggetto di riduzione presenta nell'anno 2024 le disponibilità necessarie a far fronte ai complessivi utilizzi previsti dal presente provvedimento, si ribadisce in ogni caso l'esigenza che il Governo confermi la possibilità di prevederne l'utilizzo senza recare pregiudizio alle finalità alle quali le medesime risorse risultano preordinate.

In merito alla quinta modalità di copertura finanziaria, si fa presente che il comma 246 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023 ha previsto che una quota - pari a 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 310 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 - dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, disposto dal precedente comma 217 del citato articolo ⁵³, sia destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996⁵⁴.

Al riguardo, si prende atto dei chiarimenti forniti dal Governo nel corso dell'esame del provvedimento presso il Senato della Repubblica⁵⁵, laddove ha specificato che l'articolo 1, comma 246, della citata legge n. 213 del 2023 non ha definito uno specifico utilizzo delle predette somme, rinviando di fatto alle decisioni del Ministero della salute nell'ambito degli

⁵³ Tale incremento è determinato in misura pari a 3.000 milioni di euro per l'anno 2024, a 4.000 milioni di euro per l'anno 2025 e a 4.200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

⁵⁴ Tali disposizioni fanno, in particolare, riferimento alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA.

⁵⁵ Si veda, in particolare, la seduta n. 260 del 2 luglio 2024 presso la 5ª Commissione (Bilancio).

obiettivi prioritari di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996. Per tali ragioni, preso atto della disponibilità delle risorse di cui si prevede l'utilizzo e della conseguente assenza di effetti sulla sostenibilità della spesa sanitaria, non si formulano osservazioni.