

XIX legislatura

A.S. 1161:

**“Conversione in legge del decreto-legge
7 giugno 2024, n. 73, recante misure
urgenti per la riduzione dei tempi delle
liste di attesa delle prestazioni
sanitarie”**

Giugno 2024
n. 153



servizio del bilancio
del Senato



SERVIZIO DEL BILANCIO

Tel. 06 6706 5790 – SBilancioCU@senato.it – X @SR_Bilancio

Il presente dossier è destinato alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari.

Si declina ogni responsabilità per l'eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge.

I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

Servizio del bilancio, (2024). Nota di lettura, «A.S. 1161: "Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"». NL153, giugno 2024, Senato della Repubblica, XIX legislatura

INDICE

Articolo 1 (<i>Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa</i>)	1
Articolo 2 (<i>Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria</i>)	3
Articolo 3 (<i>Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie</i>).....	11
Articolo 4 (<i>Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche</i>).....	16
Articolo 5 (<i>Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario</i>).....	17
Articolo 6 (<i>Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale</i>)	20
Articolo 7 (<i>Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario</i>)	22

Articolo 1

(Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa)

Il comma 1, al fine di governare le liste di attesa, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6 – Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. L'AGENAS è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

Il comma 2, ai fini della realizzazione di quanto previsto dal comma 1, rende disponibili i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria – TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003 al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le 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 e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali.

Il comma 3 prevede che, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, siano adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali.

Il comma 4 dispone che la Piattaforma di cui al comma 1 opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2, della Missione 6 – Salute, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) 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 l'8 luglio 2024.

Il comma 5 prevede che la Piattaforma di cui al comma 1 persegua l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- c) verifica del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- e) produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche;
- f) attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali.

Il comma 6, a fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, autorizza l'AGENAS ad attuare 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.

Il comma 7 prescrive che dall'attuazione del presente articolo non derivino 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.

La RT 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 4.500.000 euro per l’anno 2024 e per garantirne la piena operatività, sono previsti 3.000.000 euro sia per il 2025 che per il 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/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* 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 R.III. rappresenta che l’articolo mira a superare gli attuali limiti del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, così come era stato disciplinato dall’Allegato B del PNGLA 2019-21 di cui all’Intesa Stato-Regioni del febbraio 2019. Il sistema di monitoraggio attuale non dispone di un reale set di indicatori di flusso né è in grado di dimensionare la consistenza delle liste d’attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero e, dunque, orientare la programmazione dell’offerta secondo parametri realistici e tempestivi ma si basa sul mero calcolo delle percentuali di copertura dei tempi di attesa per classe di priorità sulle prestazioni prenotate (monitoraggio *ex-ante* ambulatoriale) ed erogate (monitoraggio *ex-post* ambulatoriale e ricoveri) con tempistiche differite e con numerose distorsioni di calcolo. Inoltre, con il sistema attuale i calcoli, fatti salvi quelli del monitoraggio *ex post* che si fondano sull’utilizzo dei dati del sistema Tessera Sanitaria fornito al Ministero della salute dal Ministero dell’economia e delle finanze con cadenze prestabilite, sono dichiarati dalle regioni e dalle province autonome stesse. Lo stesso dicasi per il monitoraggio delle agende pubbliche e accreditate collegate ai sistemi CUP regionali e sovra-aziendali, la cui rilevazione viene condotta dalle regioni e dalle province autonome e trasmessa al Ministero della salute mediante la compilazione di un file *excel*.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d’impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, nel prendere atto delle indicazioni fornite dalla RT in ordine all’entità delle risorse destinate all’intervento in esame, si osserva che non sono fornite indicazioni, nemmeno di massima, in ordine alla congruità di tali somme rispetto agli obiettivi perseguiti, che viene semplicemente confermata dalla RT in quanto esse

sarebbero “dimensionate per progettare e realizzare l’infrastruttura nazionale PNLA, nelle sue componenti *hardware* e *software*, in grado di interoperare con le piattaforme regionali/provinciali”. Sul punto sarebbe auspicabile un approfondimento.

In merito alle spese gestionali relative alla Piattaforma, si rileva che non viene fornita una quantificazione delle stesse che sono genericamente poste in carico del bilancio dell’AGENAS con specifico riferimento alle somme dedicate alle attività informatiche, senza prevedere nessuna risorsa aggiuntiva in favore dell’Agenzia. Pertanto, andrebbe indicato l’ammontare di tali spese di gestione ed evidenziata la quota di spese rimodulabili destinate alle spese informatiche del bilancio di AGENAS che potranno essere stabilmente destinate a coprire tale nuovo onere.

Non si hanno rilievi da formulare in ordine all’eventuale attività di valutazione attribuita all’AGENAS ai sensi del comma 6, data la sua natura non obbligatoria e apparendo plausibile la sua sostenibilità a valere sulle risorse ordinariamente disponibili.

Articolo 2 ***(Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria)***

L’articolo provvede all’istituzione dell’Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (di seguito denominato «Organismo») destinato a operare alle dirette dipendenze del Ministro della salute.

In particolare, il comma 1 dichiara l’istituzione dell’Organismo è finalizzata a rafforzare le attività di controllo del vigente Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (SIVeAS) e chiarisce che l’Organismo è chiamato a svolgere le funzioni già attribuite al predetto Sistema assicurandone anche il relativo supporto tecnico. La norma precisa che non spetta all’Organismo lo svolgimento delle funzioni del comitato LEA, dell’AGENAS, della Commissione nazionale, sull’appropriatezza delle prescrizioni e del Nuovo sistema informativo sanitario, di cui alle lettere e), g), h) e l) dell’art. 1, co. 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006¹.

¹ Il comma 288 della legge finanziaria per il 2006 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. Al sistema sono state ricondotte le seguenti attività (art. 1, co. 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006): a) esercizio del potere di accesso da parte del Ministero della salute, per le esigenze della programmazione sanitaria nazionale, presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, avvalendosi del Nucleo di supporto per l’analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), esteso a tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie; b) esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica presso i medesimi enti dei livelli essenziali di assistenza, compresa la verifica dei relativi tempi d’attesa; c) attività relative al sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria, afferente al Ministero della salute, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale; d) attività inerenti al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere; e) attività del comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), cui è affidato il compito di verifica dell’erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione; f) 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, di cui agli accordi Stato-regioni del 14 febbraio 2002 e dell’11 luglio 2002; g) 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; h) attività della commissione nazionale sull’appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di 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; i) attività

Il comma 2 attribuisce all'Organismo il compito di vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati 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; stabilisce che lo stesso si avvale anche dei dati forniti da AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 del presente decreto-legge e dalle attività di *audit* svolte dall'Agenzia stessa.

Il comma 3 conferisce all'Organismo un potere di accesso ispettivo, che è espressamente finalizzato a promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e a superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali. Tale potere è esercitabile nei riguardi delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, delle aziende ospedaliere universitarie e dei policlinici universitari, degli erogatori privati accreditati e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni. I previsti accessi sono intesi a verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione, su segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti. Sono previsti in capo all'Organismo anche alcuni poteri istruttori, esercitabili a seguito di segnalazioni da parte di cittadini o associazioni di categoria o per la tutela degli interessi diffusi circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze. I predetti poteri istruttori consistono nell'acquisizione della pertinente documentazione e nella richiesta di chiarimenti e riscontri; a tal fine è previsto che le regioni e le province autonome devono dare risposta, anche per via telematica, entro 15 giorni. È previsto che l'Organismo possa avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Organismo costituiscono "elementi di valutazione del Ministero della salute" ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusi la revoca o il rinnovo dell'incarico.

Il comma 4 prevede che l'Organismo è costituito da:

- 1 ufficio dirigenziale di livello generale;
- 4 uffici di livello dirigenziale non generale di cui n.3 di struttura complessa;
- 20 unità di personale non dirigenziale appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali.

E' previsto che la dotazione organica del Ministero della salute sia 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. Gli incarichi dirigenziali relativi agli uffici dell'Organismo possono essere, in sede di prima applicazione, conferiti in deroga alle percentuali dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001, cioè senza dover osservare i limiti quantitativi per il conferimento di incarichi a tempo determinato. Il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, le 20 unità di personale non dirigenziale nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari, mediante: procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 165/2001, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. È poi espressamente stabilito che le assunzioni in oggetto siano effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali e che nelle more del reclutamento del predetto personale a tempo indeterminato, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di n. 20

del Sistema nazionale linee guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, per la parte concernente la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza; l) attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria; m) attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei livelli essenziali di assistenza.

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. È espressamente escluso l'avvalimento con le modalità anzidette di personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. Viene poi specificato che 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. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 1.001.930 per l'anno 2024 e di euro 2.003.859 a decorrere dall'anno 2025 per le assunzioni a tempo indeterminato, di euro 160.000 per l'anno 2024 e di euro 250.000 annui a decorrere dal 2025 per le spese di funzionamento, di euro 59.747 per l'anno 2024 e di euro 109.536 annui a decorrere dal 2025 per il compenso del lavoro straordinario, nonché di euro 23.100 per l'anno 2024 e di euro 46.200 annui a decorrere dall'anno 2025 per i buoni pasto.

Il comma 5 stabilisce che il personale dell'Organismo svolge funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria, e che allo stesso personale è riconosciuta, nei limiti del servizio cui è destinato, la qualifica di agente di pubblica sicurezza, ai sensi dell'articolo 4-*bis* del regolamento di cui al regio decreto 6 maggio 1940, n. 635.

Il comma 6 quantifica gli oneri di missione, riferiti all'espletamento delle ispezioni di cui al precedente comma 3, in euro 125.000 per il 2024 e in euro 250.000 a decorrere dal 2025.

Il comma 7, infine, agli oneri derivanti dal comma 4 e dal comma 6, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e a euro 2.659.595 annui a decorrere dal 2025, si provvede:

- per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

La RT evidenzia che l'articolo istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute. Si declinano i compiti dell'Organismo che dovrà vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati 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. L'Organismo accede presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, 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 sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti.

A tali fini, rileva il comma 3 prevede la possibilità di avvalimento del Comando Carabinieri per la tutela della salute, che potrà avvenire, in conformità con quanto già previsto a legislazione vigente, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. Resta fermo quanto previsto dal decreto ministeriale del 15 agosto 2017.

Con il comma 4 si definisce poi la composizione dell'Organismo, costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale di cui tre di struttura complessa. Conseguentemente la dotazione organica del Ministero della salute è incrementata, a decorrere dal 1° luglio 2024, di un dirigente di livello generale e di 4 dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria. Per le medesime finalità, all'Organismo è assegnato, oltre alle 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 (n. 33 unità di personale, di cui n. 19 dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali e n. 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008), un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale.

Al fine di meglio definire le attività delle strutture coinvolte ed evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri, il Ministero della salute - tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 4, comma 5, del d.lgs. 300/1999 secondo cui si procede alla revisione periodica dell'organizzazione ministeriale, con cadenza almeno biennale - provvederà alla riorganizzazione secondo le procedure di cui all'articolo 17, comma 4-*bis*, della legge 23 agosto 1988, n. 400.

Il Ministero della salute è autorizzato, quindi, a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di n.20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, 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 30 marzo 2001, n. 165, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche. Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more delle procedure assunzionali, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di n. 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, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. 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.

Di seguito il fabbisogno di spesa per il suddetto personale aggiuntivo previsto:

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021 (13 mesi)	Retribuzione di posizione fissa	Retribuzione di posizione variabile VALORE MASSIMO lordo dipendente	Retribuzione di risultato lordo dipendente	Oneri riflessi 38,38% (32,70% su retribuzione di risultato)	Retribuzione pro capite totale lordo stato	Incremento contrattuale CCNL 2022-2024 5,78%				RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2022-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivo (a regime dal 2025)
DIRIGENTE I fascia	60.802,87	39.859,20	76.111,44	38.000,00	79.981,52	293.969,04	16.993,14				318.992,18	1	157.496,09	310.992,18
DIRIGENTE II fascia	47.015,77	19.347,11	26.900,00	18.087,07	39.402,20	144.753,15	8.366,73				153.119,88	1	76.559,94	153.119,88

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021	Retribuzione parte fissa (incarico struttura complessa)	Retribuzione di posizione variabile	Indennità specifica medica	Indennità per incarico o struttura complessa	Retribuzione di risultato	Indennità di esclusività	Oneri riflessi 38,38% (32,70% su retribuzione di risultato e indennità di esclusività <5 anni)	Retribuzione pro capite totale lordo stato	Incremento contrattuale CCNL 2022-2024 5,78%	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2022-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivo (a regime dal 2025)
Dirigenti sanitari struttura complessa	47.015,77	13.745,11	26.900,00	8.476,34	10.218,00	17.883,85	18.473,29	52.707,92	195.420,28	11.295,29	206.715,57	3	310.073,36	620.146,71

MINISTERO DELLA SALUTE	Stipendio CCNL 2019-2021	Tredicesima	Indennità di amministrazione	Totale fondamentale lordo dipendente	Oneri riflessi 38,38%	Totale	Treatmento economico accessorio (lordo stato)	Retribuzione pro capite totale (fondamentale e accessorio - lordo Stato)	Incremento contrattuale CCNL 2022-2024 (5,78%)	RETRIBUZIONE TOTALE PRO CAPITE LORDO STATO - CON INCR. CONTR. 5,78% CCNL 2022-2024	UNITA' AUTORIZZATE	Oneri 2024 (6 mesi)	Oneri complessivo (a regime dal 2025)	
Funzionari	32.551,93	1.933,49	4.529,48	39.989,90	11.510,12	41.500,02	1.967,55	43.467,57	2.512,43	45.980,00	24	459.800,00	819.800,00	
TOTALE												25	1.001.929,39	2.003.858,77

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, nonché quelli connessi alla corresponsione dei buoni pasto e dei compensi per lavoro straordinario che sarà effettuato dal personale non dirigenziale, così come rappresentato nella tabella sottostante.

PREVISIONE BUONI PASTO	unità	costo buoni pasto mensile per una unità	costo buoni pasto per 25 unità 12 mesi	COSTO COMPLESSIVO ANNUO	COSTO COMPLESSIVO 6 mesi dal 1 luglio 2024
BUONI PASTO MESE N.22 X 7 EURO	25	154,00	46.200,00	46.200,00	23.100,00

PREVISIONE STRAORDINARI	unità	costo orario medio area funzionari	COSTO ANNUO UNITA' calcolato su 11 mesi *20 ore/mese	ONERI C/AMM.NE 24,20%	IRAP 8,50%	COSTO COMPLESSIVO ANNUO 11 mesi	COSTO COMPLESSIVO 6 mesi dal 1 luglio 2024
STRAORDINARIO circa 20 ore mese	20	18,76	82.544,00	19.975,65	7.016,24	109.535,89	59.746,85

SPESE PROCEDURE CONCORSUALI E FUNZIONAMENTO	TOTALE COSTO CONCORSI ANNO 2024	COSTO FUNZIONAMENTO ANNO ANNUO DAL 2025	COSTO FUNZIONAMENTO ANNO 2024
	35.000,00	250.000,00	125.000,00

Gli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni di cui al comma 6 sono quantificati per l'anno 2024 in euro 125.000 e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

Nel prospetto seguente è riportato l'onere complessivo derivante dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 4 e 6.

art. 2 comma 4		
	2024 (6 mesi)	a regime
1dg + 1 dir. Amm + 3 dir. San.	542.129,39	1.084.258,77
20 funzionari	459.800,00	919.600,00
ONERI ASSUNZIONALI	1.001.929,39	2.003.858,77
procedura concorsuale	35.000,00	
funzionamento	125.000,00	250.000,00
ONERI DI FUNZIONAMENTO	160.000,00	250.000,00
STRAORDINARI	59.746,85	109.535,89
BUONI PASTO	23.100,00	46.200,00
TOTALE	1.244.776,24	2.409.594,66
art. 2 comma 6		
	2024 (6 mesi)	a regime
MISSIONI	125.000	250.000
TOTALE	1.369.776,24	2.659.594,66

Agli oneri derivanti dai commi 4 e 6, pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e in euro 2.659.595 annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede, per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e, a decorrere dall'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Il prospetto riepilogativo ascrive alle norme i seguenti effetti sui saldi di finanza pubblica in conto maggiori/minori spese correnti e maggiori entrate tributarie correnti, come segue:

(milioni di euro)

Co.	Descrizione norma	e/s	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto			
			2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - personale	S C	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - effetti riflessi	E TC					0,5	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - procedure concorsuali	S C	0,04				0,04				0,04			

Co.	Descrizione norma	e/s	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto				
			2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - spese di funzionamento	S	C	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - straordinari	S	C	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - straordinari - effetti riflessi	E	TC					0,03	0,1	0,1	0,1	0,03	0,1	0,1	0,1
4	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - buoni pasto	S	C	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,05
6	Istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - oneri di missione	S	C	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3
7	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	S	C	-1,4				-1,4				-1,4			
7	Riduzione Tabella A - SALUTE	S	C		-2,7	-2,7	-2,7		-2,7	-2,7	-2,7		-2,7	-2,7	-2,7

Al riguardo, va evidenziato che la RT prevede che all'Organismo sono assegnate, oltre alle unità di personale previste dalla norma, anche 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 (n. 33 unità di personale, di cui n. 19 dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali e n. 14 funzionari i cui costi gravano sul capitolo 2008), e che si procederà alla riorganizzazione del Ministero per evitare una possibile sovrapposizione di competenze con conseguente duplicazione di oneri. A tale proposito, andrebbe chiarito il metodo con cui è stato determinato il fabbisogno di personale stabilito dalla norma e fornite maggiori delucidazioni circa il rischio di duplicazione di oneri e sovrapposizione con il personale già in servizio.

Inoltre, in relazione alla norma per cui si stabilisce che l'Organismo istituito con l'articolo in esame potrà avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, andrebbero richieste comunque conferme in merito all'effettiva possibilità che tale avvalimento del

comando Carabinieri per la tutela della salute possa aver luogo, potendo il medesimo avvalersi della sola dotazione organica già prevista ai sensi della legislazione vigente.

Per quanto riguarda il nuovo contingente di personale, si verifica la congruità e prudenzialità in linea di massima dei parametri adottati nella quantificazione degli oneri considerati distintamente per 5 posizioni dirigenziali (1 dirigente generale, 3 dirigenti di II fascia dei ruoli sanitari con incarico di struttura complessa e 1 dirigente amministrativo) in aggiunta a n. 20 funzionari, comprensivi dell'incremento del 5,78% previsto per la contrattazione del triennio 2022/2024, nel confronto con i dati ritraibili dal Conto Annuale della R.G.S. (aggiornato al 2022) e dall'allegato 15 (Spese per competenze fisse del personale) annesso allo stato previsione del dicastero della Salute iscritto nel bilancio 2024/2026².

In merito alla stima degli oneri relativi all'espletamento dei concorsi pubblici nonché relativamente alle maggiori spese di funzionamento, ai buoni pasto e ai compensi per lavoro straordinario previste per il 2024 e a regime dal 2025, andrebbero richiesti elementi illustrativi dei criteri e parametri adottati a tal fine, oltre a assicurazioni circa la durata delle procedure selettive, da concludersi entro la fine del 2024.

Inoltre, andrebbero richiesti i dati e parametri nonché le ipotesi considerate nel calcolo degli oneri di missione per l'espletamento delle ispezioni stimate, per l'anno 2024 in euro 125.000, e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

Infine, va evidenziato che, nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali nel biennio 2024-2025, il comma 4 autorizza il Ministero della salute ad avvalersi di un contingente di n.20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali, attraverso procedure di passaggio "diretto" ex articolo 30 del T.U.P.I, riservate ad appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Dal momento che ivi la disposizione prevede la clausola che all'atto del collocamento fuori ruolo sia reso comunque "indisponibile" nella dotazione

² Il Conto Annuale riporta i seguenti dati: per il Dirigente di I fascia del dicastero della Salute, è prevista una retribuzione "media" annua di 229.434 euro, di cui 66.873 euro di componenti retributive fondamentali (*Tabellare, I.I.S., R.I.A.*) e 162.252 euro di componenti accessorie (*Indennità varie*); per i 3 dirigenti del ruolo Sanitario del dicastero della Salute, è prevista una retribuzione media annua di 80.044 euro, di cui 47.414 euro di componenti retributive fondamentali (*Tabellare, I.I.S., R.I.A.*) e 32.131 euro di componenti accessorie (*straordinario e Indennità varie*); per il dirigente di II fascia del ruolo amministrativo del dicastero della Salute, è prevista una retribuzione media annua di 119.046 euro, di cui 47.634 euro di componenti retributive fondamentali (*Tabellare, I.I.S., R.I.A.*) e 71.413 euro di componenti accessorie (*Indennità varie*); per i funzionari della III area di inquadramento del dicastero della Salute è prevista una retribuzione media annua di 38.791 euro, di cui 27.051 euro di componenti retributive fondamentali (*Tabellare, I.I.S., R.I.A.*) e 11.741 euro di componenti accessorie (*straordinario e Indennità varie*). I dati esposti dalla RT sono indicati al lordo dei contributi a carico dello "Stato", cui vanno pertanto aggiunti gli oneri previdenziali posti a carico del lavoratore (8,5%). A conferma, anche il dato ritraibile dall'Allegati 3 -16 dello stato di previsione del dicastero della Salute, redato secondo il noto criterio degli Anni – persona, che indica 214.000 euro circa annui in relazione alla posizione dirigenziale generale; 99.105 euro per i dirigenti di II fascia del ruolo sanitario; 112.493 euro per i dirigenti di II fascia dei ruoli amministrativi; 31.845 euro per i funzionari di III fascia Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.O.P, Conto Annuale, sul sito *internet* del dipartimento; Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.B., Bilancio dello Stato 2024/2026, Tabella Salute, pagina 686 e seguenti.

organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario³, nulla da osservare.

Sui profili di copertura, dal momento che la disposizione ivi prevista stabilisce che ai maggiori oneri previsti si provveda, per il 2024, a valere di una riduzione delle risorse previste in bilancio e 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, verificata l'esistenza delle relative disponibilità alla data di entrata in vigore del decreto legge⁴, andrebbero fornite rassicurazioni circa l'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte dei fabbisogni di spesa previsti nel 2024.

Quanto alla copertura finanziaria degli oneri previsti invece a decorrere dal 2025, posto che a tal fine si provvede a carico degli stanziamenti riferibili ai fondi speciali di parte corrente, a tal fine ricorrendo agli accantonamenti riferibili al dicastero della salute, andrebbero richieste conferme in merito alla esistenza delle relative disponibilità alla data di entrata in vigore del decreto legge.

Infine, venendo anche allo scrutinio degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica, non ci sono osservazioni.

Articolo 3

(Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

Il comma 1 stabilisce che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra-regionale.

Il comma 2 qualifica, ai fini di cui al comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali quale condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 (eventualmente conseguenti all'accreditamento), 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.

Il comma 3 dispone che l'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, e del predetto decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022.

³ Ad ogni modo, si rammenta che l'istituto del fuori ruolo e del comando determinano effetti finanziari differenziati tra le Amministrazioni coinvolte. Sul punto, segnalando la disciplina prevista agli articoli 56-59 del D.P.R. n. 3 del 1957, si rinvia a quanto previsto dal comma 12 dell'articolo 70 del T.U.P.I. in presenza di enti dotati di autonomia di bilancio.

⁴ Il capitolo 2401 dello stato di previsione del ministero della Salute iscritto nel bilancio 2024/2026 prevede uno stanziamento di 113,9 milioni di euro per il 2024. Il medesimo capitolo registra una dotazione in conto residui del medesimo anno pari a 23,8 milioni di euro. Al 7 giugno scorso la disponibilità di competenza era di 84,6 milioni di euro. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.B, Sistema *Datamart/RGS* interrogazione retrodatata al 7 giugno 2024 dello stato di previsione del ministero della Salute.

Il comma 4 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovano l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare e disdire l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, ove previsto.

Il comma 5 stabilisce che il CUP attiva 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 effettuata, 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il comma 6 qualifica l'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del CUP di una regione, definitivamente accertata, come illecito professionale grave ai sensi dell'articolo 95, comma 1, lettera e), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo n. 36 del 2023. L'esclusione è disposta dalle gare avviate in qualsiasi regione e l'operatore economico non può avvalersi della possibilità prevista dall'articolo 96, commi 2, 3, 4, 5 e 6, del decreto legislativo n. 36 del 2023 (recanti una serie di disposizioni che consentono all'operatore di evitare la sanzione dell'esclusione dalle gare pubbliche).

Il comma 7 prevede che nelle linee di indirizzo di cui al comma 5 siano altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, possa 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, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

Il comma 8 impone, nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, la definizione e la garanzia dell'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.

Il comma 9 vieta 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 2005. In caso di violazione di tale divieto, per i fatti commessi a decorrere dall'8 giugno 2024, si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, primo (ai sensi del quale ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 ad un massimo di 6.000 euro) e secondo periodo (ai sensi del quale ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge n. 724 del 1994, relativo alla regolare tenuta del 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 ad un massimo di 20.000 euro) della legge n. 266 del 2005, raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale.

Il comma 10 stabilisce che, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate 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 (ai sensi del quale le regioni e province autonome possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 per il recupero delle liste di attesa, pari a circa 500 milioni di euro) e 233 (che dispone che il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge n. 95 del 2012, relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, è rideterminato 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), della legge n. 213 del 2023,

attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, 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.

Il comma 11 prevede che, per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute, con riferimento al 30 giugno 2024, provveda al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213 del 2023. Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del SSN per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenute con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Il comma 12 impone che dall'attuazione del presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

La RT chiarisce innanzitutto che le disposizioni disciplinano le caratteristiche e le attività dei CUP di prenotazione regionali e infra-regionali, promuovendone l'interoperabilità con i centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati. Dall'attuazione delle disposizioni 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 (dei quali 150 milioni per il 2019, 100 per il 2020 e 100 per il 2021), ai quali vanno aggiunti i 50 milioni di euro stanziati per il 2020 dal comma 5 dell'articolo 23-*quater* del decreto-legge n. 119 del 2018.

La R. III., in ordine alle risorse in conto capitale appena indicate dalla RT, ricorda che esse sono state iscritte sul capitolo 7114 dello stato di previsione del Ministero della salute relativo alla legge di bilancio per il 2019-2021, la quale appunto stanziava gli importi di 150 milioni di euro per il 2019, 150 milioni per il 2020 e 100 milioni per il 2021, per un totale complessivo pari a 400 milioni, poi ripartite con decreto del Ministro della salute 20 agosto 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 15 novembre 2019.

Con riferimento al comma 3, **la RT** rappresenta 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 comunque condizionato all'effettiva verifica del fabbisogno e ai requisiti di cui all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Con riferimento 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 di cui all'articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo, della legge n. 266 del 2005, la RT afferma che dalla sua applicazione potranno discendere effetti finanziari positivi, consistenti nei maggiori introiti derivanti appunto dal raddoppio delle sanzioni per la violazione del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione.

Dopo averne ribadito il contenuto, la RT esclude infine la sussistenza di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica per effetto dei commi 10 e 11.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, si ricorda preliminarmente – come sottolinea la R.III. - che già il Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2019-2021 (intesa Feb. 2019) aveva previsto “la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità” e che le regioni e province autonome dovevano impegnarsi entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa affinché: “i sistemi CUP debbano prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica; l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti; la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI”.

Ciò premesso, e preso atto delle risorse stanziare per il 2019-2021 per l'implementazione delle necessarie strumentazioni tecniche e informatiche, si osserva che la stessa RT sembra assumere la necessità di ulteriori, futuri interventi da parte degli enti interessati, che infatti “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. Tuttavia tali risorse, inizialmente iscritte nel capitolo 7114 dello stato di previsione del Ministero della salute, non risultano più stanziare nel suddetto capitolo per il triennio 2024-2026. Pertanto, andrebbe innanzitutto chiarito il grado di attuazione delle misure previste dal Piano nazionale del 2019 e la conseguente attività residua ancora da implementare, di cui andrebbe stimato il relativo costo. Inoltre, andrebbe chiarito se e in quale misura le somme indicate dalla RT siano ancora disponibili e utilizzabili, evidentemente presso i bilanci degli enti interessati dalla norma.

Nulla da osservare sui commi 2, 3 e 6.

In merito ai commi 4 e 5, considerato quanto già previsto dal citato piano nazionale del 2019, andrebbe chiarita la loro portata innovativa, al fine di confermare, considerando le somme eventualmente coinvolte e la modulabilità del loro utilizzo rispetto a finalità già perseguite, l'effettività della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 12.

Per quanto attiene al comma 7, si ricorda che l'articolo 3, comma 15, del decreto legislativo n. 124 del 1998 già prevede che qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sia tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione del costo della prestazione. La norma pertanto non sembra innovare sostanzialmente la legislazione vigente, mirando evidentemente ad una sua effettiva applicazione, anche se – rispetto alla normativa richiamata – equipara la sanzione indistintamente per tutti i soggetti inadempienti al livello minimo del *ticket* dovuto su base reddituale e non a quanto il singolo soggetto avrebbe versato a titolo di compartecipazione. Comunque, trattandosi di entrate eventuali derivanti da sanzioni, non vi sono rilievi da formulare.

Le implicazioni finanziarie correlate al comma 8 andrebbero illustrate, anche se la norma appare suscettibile di applicazione secondo sufficienti margini di modulabilità in termini di tempistica delle prestazioni garantite e, comunque, sembra sostanzialmente prospettare un criterio di priorità in favore delle esigenze diagnostico-terapeutiche derivanti dalle malattie oncologiche e cronico-degenerative.

Si conviene con quanto asserito dalla RT in ordine al comma 9.

Sul comma 10, atteso che la previsione per la quale le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, anche avvalendosi di soggetti privati accreditati e dell'attività libero professionale intramuraria, opera comunque nei limiti di risorse già previste a l.v. per le medesime finalità in questione, non vi sono particolari osservazioni anche se andrebbe chiarita l'entità di risorse ancora disponibili derivanti dal comma 232 della legge di bilancio 2024, considerato che la norma consente ma non obbliga le regioni ad utilizzare fino allo 0,4 per cento del finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale standard statale per il 2024 (pari a circa 500 milioni di euro) per il recupero delle liste d'attesa. Soltanto a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, il comma 11 in esame vieta l'utilizzo di tali risorse per finalità diverse. Pertanto, le medesime risorse potrebbero essere già state utilizzate dalle regioni per altri scopi e non essere più disponibili.

Va inoltre segnalato che sulle risorse individuate dal comma 232 della legge di bilancio per il 2024 insiste anche la copertura degli oneri derivanti dall'articolo 4 del presente decreto-legge.

In relazione alle risorse di cui al comma 233 della legge di bilancio 2024, si ricorda che la RT le quantificava in circa 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.

Per quanto attiene al comma 11, andrebbe chiarito a cosa si riferisce l'espressione "bilanci del Servizio sanitario nazionale", potendosi presumere che si intenda i bilanci degli enti del SSN, per cui le somme eventualmente non utilizzate per le finalità previste

e accantonate costituirebbero di fatto degli avanzi di amministrazione, destinati a misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi. Tale meccanismo determina un impatto anche sull'indebitamento e sul fabbisogno delle annualità successive. Pur restando operativo il vincolo del rispetto degli equilibri complessivi di bilancio dei SSR, andrebbero fornite assicurazioni circa la sussistenza e la sostenibilità di adeguati margini di modulabilità delle risorse dei FSR, al fine di compensare l'eventuale eccedenza di spesa nelle annualità future derivante appunto dalla disposizione in esame.

In relazione alla clausola d'invarianza di cui al comma 12, si rinvia alle osservazioni formulate sui commi 1, 4, 5 e 10.

Articolo 4

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

L'articolo reca disposizioni in tema di potenziamento dell'offerta assistenziale, disponendo l'ampliamento della fascia oraria e giornaliera per le visite mediche e specialistiche.

In particolare, il comma 1 stabilisce che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e che può altresì essere prolungata la fascia oraria per l'erogazione delle suddette prestazioni. La disposizione mira a ridurre i tempi delle liste di attesa, nonché evitare le degenze prolungate causate dalla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici. È previsto che i direttori regionali della sanità vigilino sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettano un apposito *report* alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute e che le suddette attività rilevino ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

Il comma 2 prevede che presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera debba essere 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 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, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

Il comma 3 stabilisce che 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, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

La RT evidenzia 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. 213/2023, che assicura la necessaria copertura finanziaria per l'anno 2024.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, si evidenzia innanzitutto che la RT delimita l'intervento al solo 2024 mentre la norma non prevede tale limitazione temporale. La relazione illustrativa,

invece, afferma che per il rifinanziamento negli anni successivi si farà riferimento alle relative leggi di bilancio annuali.

Si sottolinea che la copertura degli oneri delle leggi dovrebbe essere approntata, in ossequio all'articolo 81 della Costituzione, dalle stesse leggi che determinano i relativi oneri, non potendosi rinviare la copertura alle successive leggi di bilancio. L'articolo 17, comma 1 della legge di contabilità, in attuazione dell'articolo 81 della Costituzione, prevede che ciascuna legge che comporti nuovi o maggiori oneri indica espressamente, per ciascun anno e per ogni intervento da essa previsto, la spesa autorizzata, che si intende come limite massimo di spesa, ovvero le relative previsioni di spesa, provvedendo alla contestuale copertura finanziaria dei medesimi oneri.

Con riferimento alla copertura per il 2024, si rinvia alle osservazioni formulate all'articolo 3.

Inoltre, andrebbero quantificati i costi derivanti dall'attuazione della misura, che appare facoltativa con riferimento al prolungamento della fascia oraria e obbligatoria con riferimento all'effettuazione di visite anche nei giorni di sabato e domenica.

Articolo 5

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

Il comma 1 incrementa annualmente, a decorrere dall'anno 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 SSN delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10% dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5% del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15% 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% è autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il comma 2 prevede 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 interministeriali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sia 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, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

Il comma 3 stabilisce che, fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2 (sulle modalità di calcolo della spesa per il personale), 3 (ulteriori margini di incremento della spesa per il personale, in misura pari a un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'aprile

2019) e 4 (verifica nell'ambito di apposito tavolo tecnico del raggiungimento degli obiettivi previsti), del decreto-legge n. 35 del 2019.

La RT ribadisce che, come espressamente previsto dalla norma, 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. 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 predetta 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 si applicano, quindi, le disposizioni di cui al quarto periodo del citato articolo 11, comma 1, che prevedono la possibilità di una variazione del 5 per cento, ulteriore rispetto a quella annuale del 10 per cento prevista dal secondo periodo del medesimo comma, subordinata all'applicazione della metodologia prevista dallo stesso articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019.

La RT assicura poi che la disposizione recata al 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.

La R. III. ricorda che in virtù del decreto-legge n. 35 del 2019, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN di ciascuna regione e provincia autonoma non ha potuto superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, o, se superiore, il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Dal 2021 si è potuto usufruire di un incremento di spesa del 5% subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, definita con DM del 24 gennaio 2023. A quanto consta, tuttavia, ad oggi, per assicurare l'erogazione dei LEA, le aziende sono costrette ad incrementare i carichi di lavoro e i turni straordinari di lavoro degli organici in forza nelle strutture con conseguente aumento del rischio di errori dovuti al mancato recupero delle energie psicofisiche.

In rapporto al comma 3 **la RT** sottolinea che esso mira a mantenere l'attuale regime della determinazione del fabbisogno di personale data a livello regionale per il calcolo della spesa corrispondente, fino all'adozione della nuova metodologia, salvaguardando

la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11, che di fatto subordina, a partire dall'anno 2022, gli ulteriori incrementi di spesa per il personale all'adozione della specifica metodologia concordata di determinazione di tale fabbisogno per gli enti del Servizio sanitario nazionale.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, si ricorda che la normativa di cui al comma 1 ricalca sostanzialmente quanto già previsto dal comma 1 dell'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, anche se la quota d'aumento del tetto per la spesa di personale pari all'incremento del 5% del Fondo sanitario regionale è attualmente subordinata, dall'anno 2022, all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, che è stata approvata con il D.M. Salute-MEF 24 gennaio 2023 (applicabile in via sperimentale per la definizione dei fabbisogni relativi agli anni 2022, 2023 e 2024). Tale metodologia è stata elaborata allo scopo di quantificare il fabbisogno del personale del SSN al fine di concedere in modo selettivo un innalzamento del tetto di spesa di personale vigente nella misura del 5% della variazione annuale del finanziamento corrente del SSN, con specifico riferimento al fabbisogno del personale ospedaliero e di personale operante in assistenza domiciliare integrata (ADI).

Come chiarisce la RT la norma di cui al comma 1 consente l'applicazione dell'aumento del 5% dell'incremento del FSR, non applicandosi le disposizioni di cui al quarto periodo del citato articolo 11, comma 1, che prevedono tale possibilità solo subordinatamente all'applicazione della metodologia prevista dallo stesso articolo 11, comma 1, in quanto incompatibili con le norme in esame.

A titolo informativo si ricorda che per il 2024 l'incremento del FSN (che poi è ripartito fra i FSR) ammonta a 3 miliardi di euro rispetto al 2023, per cui la norma in esame, nel confermare la possibilità di una variazione del 10% su tale incremento e nel facilitare l'analoga variazione nella ulteriore misura del 5%, coinvolge rispettivamente risorse per il presente anno pari a 300 e a 150 milioni di euro, a fronte di una spesa per il personale sanitario che si è attestata nel 2022 a circa 40,4 miliardi di euro⁵.

La conferma del necessario rispetto degli equilibri economico-finanziari complessivi dei SSR e della coerenza con le programmazioni regionali in materia di assunzioni, nonché l'espressa verifica di congruità delle misure compensative per la concessione dell'ulteriore aumento del 5%, dovrebbero garantire la tutela dei tendenziali di finanza pubblica.

In ogni caso sarebbero utili informazioni circa l'attuazione dell'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 e all'effettiva e sostenibile implementazione delle misure per assicurare la neutralità finanziaria dell'innalzamento dei tetti di spesa per il personale.

⁵ V. [Il monitoraggio della spesa sanitaria](#), Rapporto RGS n. 10, 2023, pagina 26.

In ordine al comma 2, anche se i piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della nuova, richiamata metodologia saranno approvati con decreto interministeriale, che provvederà al “riscontro di congruità finanziaria”, si segnala che tale nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN viene indicata come coerente con i valori di cui al comma 1, ovvero con valori che potrebbero quindi incorporare gli incrementi ivi consentiti che, fermo restando il necessario rispetto dell’equilibrio economico-finanziario dei FSR, potrebbero comunque determinare tensioni in senso incrementativo sul FSN, anche alla luce della natura obbligatoria degli oneri di personale.

Articolo 6

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

Il comma 1 prevede che, per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, con decreto interministeriale sia definito, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, 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, 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. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza dello stesso, il piano d'azione di cui al primo periodo 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) e dalle strutture di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge n. 211 del 2011 (REMS), dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli *screening* oncologici, le iniziative finalizzate:

a) alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari;

b) alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti *screening*;

c) alla realizzazione degli 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 riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie 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-economico;

4) la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di *screening*.

La RT ribadisce 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.

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)

In particolare, le descritte iniziative finalizzate a supportare le varie tipologie di investimenti previsti e destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari rientrano negli interventi programmati nell'ambito della Priorità 2 del Programma, sostenuta dal FESR, mentre quelle finalizzate alla formazione degli operatori sanitari anche ai fini di sperimentazione di specifici progetti e modelli organizzativi 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.

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 R.III. ricorda che 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 (Fondo Sociale Europeo Plus e Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale), gestito dal Ministero della salute, per un finanziamento complessivo pari a 625 milioni di euro (inclusa la quota di cofinanziamento nazionale, pari al 40%), ripartito tra le priorità FSE+, FESR ed Assistenza tecnica.

Il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, sia nell'ottica di migliorare i sistemi sanitari nelle regioni meridionali e insulari (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia), sia in quella di ampliare la possibilità di raggiungere le fasce più vulnerabili della popolazione sotto i profili sociale ed economico.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori

Al riguardo, si premette che appare condivisibile l'asserzione della RT per la quale il piano d'azione delineato in linea di massima nel presente articolo si configura come indicazione/indirizzo strategico alle Regioni nell'attuazione degli interventi previsti nel Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, nell'ambito delle risorse già assegnate per la realizzazione degli stessi.

In ogni caso, oltre ad assicurare che tale aggiornamento delle tipologie delle misure da implementare non pregiudichi il completamento di progetti già avviati o programmati, andrebbe altresì esclusa un'alterazione del profilo temporale degli oneri già scontati a l.v., che potrebbe riflettersi sui saldi di finanza pubblica, ferma ovviamente restando la neutralità finanziaria complessiva nel periodo di tempo considerato.

Articolo 7

(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

Il comma 1 dell'articolo 7 stabilisce che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218, della legge di bilancio 2024 (legge n. 213 del 2023), tenuto conto anche di quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo⁶, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%.

Il comma 2 prevede che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio 2024⁷, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%.

Il comma 3 dispone che gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 sono valutati in 72,8 milioni di euro per l'anno 2024, 131,5 milioni di euro per l'anno 2025, 135,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 135,6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Il comma 4 prevede che gli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2 sono valutati in 15,6 milioni di euro per l'anno 2024, 28,8 milioni di euro per l'anno 2025, 30 milioni di euro per l'anno 2026 e 29,9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Il comma 5 precisa che le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto (8 giugno 2024). Inoltre, per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi.

Il comma 6 reca l'indicazione delle fonti di copertura finanziaria degli oneri di cui ai commi 3 e 4, stabilendo che si provveda:

-alla lettera a) quanto a 12 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente per reiscrizione in bilancio di residui passivi perenti eliminati, in coerenza con gli obiettivi programmati di finanza pubblica, come previsto dal comma 5 dell'articolo 34-*ter* della legge

⁶ Per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL dell'Area sanità del 19 dicembre 2019, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, può essere aumentata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

⁷ Per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del CCNL — triennio 2019-2021 relativo al personale del comparto sanità, per le quali la tariffa oraria può essere aumentata fino a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione

di contabilità e finanza pubblica (legge n. 196 del 2009), iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024 – 2026;

-alla lettera b), quanto a 23 milioni di euro per l'anno 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.

-alla lettera c), quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 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 2019 (legge n. 145 del 2018);

-alla lettera d), quanto a 25 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 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 2008 (legge n. 244 del 2007);

-alla lettera e) 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 mediante corrispondente riduzione 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. Il menzionato comma 246 della legge di bilancio 2024 dispone la destinazione di 240 milioni di euro per l'anno 2025 e di 340 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.

La RT evidenzia che la disposizione in esame stabilisce che i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità – triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento (comma 1).

Inoltre, dispone che compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento (comma 2).

Relativamente al comma 1, l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dai dirigenti sanitari è stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 218, della legge 213 del 2023, in circa 445,6 milioni di euro. Applicando un'aliquota marginale media Irpef del 43 per cento, considerando il differenziale di aliquota con la sostitutiva

del 15%, si 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

Per quanto concerne il comma 2, l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione, riferito alle prestazioni rese dal personale sanitario del comparto sanità è stimato, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 219, della legge 213 del 2023, in 133,4 milioni di euro.

Applicando un'aliquota marginale media Irpef del 35 per cento, considerando il differenziale di aliquota con la sostitutiva del 15%, si 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:

(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

Per un ammontare complessivo di:

(milioni di euro)

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

Il comma 6 dispone la copertura degli oneri di cui ai commi 3 e 4, 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, a cui si provvede:

- a) quanto a 12 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione del Fondo di parte corrente di cui all'[articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#), iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute, che presenta le necessarie disponibilità;
- b) quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, 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. Trattasi di una limitazione della riassegnazione in spesa dei proventi derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato;

- c) quanto a 55,146 milioni di euro per l'anno 2024 mediante corrispondente riduzione delle risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. La riduzione garantisce la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno;
- d) quanto a 25 milioni di euro per l'anno 2024, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che presenta le necessarie disponibilità;
- e) 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 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 246, 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.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica ascrive alle norme i seguenti effetti, in conto maggiori/minori spese ed entrate tributarie correnti:

(milioni di euro)

Co.	Let.	Descrizione	e/s	nat	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto				
					2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	
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	IRPEF	E	T	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8	-72,8	-124,8	-124,8	-124,8
			addizionale regionale	E	T						-4,5	-7,8	-7,8		-4,5	-7,8	-7,8
				S	C		4,5	7,8	7,8								
			addizionale comunale	E	T							-2,2	-3,3	-3,0		-2,2	-3,3
S	C			2,2	3,3	3,0											
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	IRPEF	E	T	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7	-15,6	-26,7	-26,7	-26,7
			addizionale regionale	E	T						-1,4	-2,3	-2,3		-1,4	-2,3	-2,3
				S	C		1,4	2,3	2,3								

La RT così predispose la stima degli oneri, in conto minori entrate: relativamente al comma 1 (dirigenti sanitari) stima l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione in 445,6 milioni di euro, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 218, della legge di bilancio 2024; quanto al comma 2 (personale sanitario) stima l'ammontare complessivo dei compensi interessati dall'agevolazione in 133,4 milioni di euro, considerando anche gli effetti delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio 2024.

Sul punto, rammentando quanto previsto dall'articolo 17, comma 3, terzo periodo, della legge di contabilità n. 196 del 2009, andrebbero fornite informazioni più dettagliate sui dati utilizzati per le quantificazioni come l'ammontare delle prestazioni ambulatoriali specialistiche e assistenziali previste a titolo di prestazioni lavorative "aggiuntive", per le diverse professionalità del settore sanitario, distribuite per ambiti regionali, dando altresì distinta indicazione delle risorse destinate al personale sanitario avente qualifica dirigenziale e non dirigenziale^{9 10}.

Quanto poi al metodo di quantificazione, applicando la RT un'aliquota marginale media IRPEF del 43 per cento e del 35 per cento, rispettivamente, per i dirigenti sanitari e per il personale non dirigenziale delle professionalità sanitarie, considerando il differenziale di aliquota con l'imposta sostitutiva del 15%, perviene ad una stima di

delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità – triennio 2016-2018, del 19 dicembre 2019, prevista dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si applica fino al 31 dicembre 2026 ed è estesa, dall'anno 2024 all'anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi". Sul comma 219 evidenziava che "per le medesime finalità di cui al comma 218, le disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si applicano fino al 31 dicembre 2026 e sono estese, dall'anno 2024 all'anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità – triennio 2019-2021, dal personale sanitario di tale comparto operante presso i medesimi aziende ed enti del SSN. Per le predette attività la tariffa oraria può essere aumentata fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi". Il comma 220 ha poi autorizzato, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto, ivi stabilendo che al predetto finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente. Cfr. A.S. 926, RT annessa al maxi emendamento, pagine 38-39.

⁹ L'articolo 1, comma 220, della legge di bilancio 2024 qualifica espressamente gli importi previsti nell'Allegato III della medesima legge di bilancio quale "limite di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma per le finalità di cui ai commi da 218 a 222".

¹⁰ Si segnalano alcuni dati, aggiornati al 2022, in merito alla platea del personale delle professionalità sanitarie degli enti del S.S.N. e alla quota di risorse registrate per il comparto a titolo di lavoro straordinario nel medesimo anno. Relativamente al primo dato, il personale del S.S.N. di tutte le professionalità in servizio al 2022 assommava a 451.871 unità, di cui 101.827 medici o odontoiatri e 268.013 delle professionalità infermieristiche. Con riferimento a tale platea, il Conto Annuale della R.G.S., fatto pari a 100 il valore della massa salariale relativo ai dirigenti sanitari (medici e professionalità assimilate) indica per il medesimo anno il 37,8% quale quota di emolumenti ascrivibile al solo "lavoro straordinario". Cfr. Ministero della salute, pubblicazione "Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati - Anno 2022", tabella 2 dell'Allegato; Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.O.P., Conto Annuale al 2022, Focus 23 SSN, pagina 10.

minori entrate IRPEF di 88,4 milioni di euro per il 2024 e di 151,5 dal 2025, di 5,9 milioni di euro per il 2025 e 10,1 milioni di euro dal 2026 a titolo di minori addizionali regionali, e di 2,9 milioni di euro per il 2025, 4,3 milioni di euro per il 2026 e 3,9 milioni di euro dal 2027 in termini di minor gettito da addizionali comunali.

Venendo ai profili inerenti la copertura finanziaria, ai sensi del comma 6, lettere a)-e), si provvede agli oneri come segue:

- quanto a 12 milioni di euro per il 2024, a valere della dotazione del 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 (lettera a)¹¹;
- quanto a 23 milioni di euro per l'anno 2024, mediante utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge n. 388 del 2000, relative alle sanzioni Antitrust che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi (lettera b)¹²;
- quanto a 55,1 milioni di euro per l'anno 2024, ai fini della compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno, attraverso la riduzione del fondo destinato al rinnovo dei CCNL per il personale del pubblico impiego, relativamente alle risorse previste per il triennio 2019-2021 (lettera c)¹³;
- quanto a 25 milioni di euro per l'anno 2024, mediante 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'[articolo 2, comma 361, della legge n. 244 del 2007](#) (lettera d)¹⁴;
- 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 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma

¹¹ Si tratta del capitolo 1084 dello stato di previsione del Ministero della salute, con una dotazione di 16,8 milioni di euro per il 2024. Al 7 giugno 2024 la disponibilità di competenza era di 12,7 milioni di euro. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S. I.G.B., Sistema *Datamart/RGS*, interrogazione dello stato di previsione del Ministero della salute, 7 giugno 2024.

¹² Il capitolo interessato è il 1650 dello stato di previsione del MISE che reca una previsione di spesa per il 2024 per 23,8 milioni di euro. Al 7 giugno 2024 la disponibilità di competenza era di 9,2 milioni di euro circa. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S. I.G.B., Sistema *Datamart/RGS*, interrogazione dello stato di previsione del MISE, 7 giugno 2024.

¹³ Il capitolo interessato è il 3027, iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, la cui dotazione nel bilancio 2024-2026 (destinata anche al finanziamento dei rinnovi per il triennio 2024-2026) assomma a 4,4 miliardi di euro per il 2024, a 6,7 miliardi per il 2025 e a 6,9 miliardi per il 2026. Tale dotazione si presenta integralmente disponibile al 7 giugno 2024, essendo state solo avviate le trattative per i rinnovi contrattuali 2022-2024. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., Sistema *DATAMART/RGS*, interrogazione al 7 giugno 2024.

¹⁴ Il capitolo 2401 dello stato di previsione del Ministero della salute iscritto nel bilancio 2024-2026 prevede uno stanziamento di 113,9 milioni di euro per il 2024. Il medesimo capitolo registra una dotazione in conto residui per il medesimo anno pari a 23,8 milioni di euro. Al 7 giugno 2024 la disponibilità di competenza era di 84,6 milioni di euro. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.B., Sistema *Datamart/RGS* interrogazione dello stato di previsione del Ministero della salute, 7 giugno 2024.

246, della legge n. 213 del 2023 (rifinanziamento fabbisogno sanitario nazionale *standard*) (lettera e)¹⁵.

A tale proposito, andrebbero fornite rassicurazioni in merito alle disponibilità libere da impegni già perfezionati - ovvero, in via di perfezionamento - alla data di entrata in vigore del decreto-legge, relativamente agli stanziamenti richiamati alle lettere a), b), d) ed e), nonché riguardo all'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte degli interventi di spesa previsti dalla normativa vigente per il triennio 2024-2026 e a decorrere dal 2027¹⁶.

Con specifico riferimento alla copertura di parte dell'onere per il 2024 (55,1 milioni di euro) disposta a valere delle risorse indicate alla lettera c)¹⁷, andrebbero fornite conferme in merito alla sostenibilità del definanziamento delle risorse stanziare (e ancora inoperte) previste nel bilancio per il 2024, relativamente alle "code" della sessione contrattuale 2019/2021. Andrebbero poi fornite maggiori informazioni sulle disponibilità in esame¹⁸, atteso che i rinnovi contrattuali per il triennio in questione risultano già in massima parte disposti, e considerato che la quantificazione delle risorse era stata a suo tempo calibrata con l'obiettivo di assicurare un incremento medio del trattamento economico dei pubblici dipendenti pari al 3,78% al netto del conglobamento dell'elemento perequativo¹⁹.

Quanto allo scrutinio degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica, andrebbero forniti i quadri di calcolo degli effetti indotti, con l'indicazione delle aliquote applicate, come stabilito dalla Circolare n. 32/2010 del Dipartimento della R.G.S.²⁰

¹⁵ La dotazione generale del FSN è individuata al capitolo 2700 dello stato di previsione del MEF e reca per il 2025 e 2026 una dotazione di competenza rispettivamente di 9,2 e 9,5 miliardi di euro.

¹⁶ Le istruzioni tecniche indicate dal dipartimento della RGS nella circolare n. 32/2010 (pagina 5) segnalano che nel caso di coperture mediante riduzione di precedenti autorizzazioni di spesa, la dimostrazione della disponibilità delle risorse cui si attinge, dovrebbe sempre accompagnarsi ad indicazioni sui motivi del mancato utilizzo delle risorse medesime, per le finalità cui erano originariamente destinate sulla base della legislazione vigente.

¹⁷ A tal fine, in relazione alla tornata contrattuale 2019/2021, si segnala che le risorse sono state inizialmente stanziare dall'articolo 1, comma 436, della legge di bilancio 2019, per 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. Tali risorse sono state poi integrate dall'articolo 1, comma 127, della legge di bilancio 2020; dall'articolo 1, comma 959, della legge di bilancio 2021; legge di bilancio per il 2019 ha previsto che l'erogazione di tale elemento continuasse anche oltre la scadenza fissata, calcolata sul monte di costo del lavoro 2018, incorporando gli effetti della tornata contrattuale 2016-18. La legge di bilancio per il 2021 (art. 1, comma 869 della legge n. 178/2020) ha previsto poi che quota parte delle risorse stanziare per gli incrementi contrattuali del settore statale, cifrabile in circa 255 milioni di euro, fosse specificamente destinata ai comparti Funzioni centrali e Istruzione e ricerca per la copertura a regime dell'onere occorrente per stabilizzare l'elemento perequativo: questa specifica destinazione avrebbe portato quindi a riconoscere ai comparti contrattualizzati, sul triennio 2019-2021, incrementi contrattuali superiori al 4,07%, stimabili in circa il 4,2%. Cfr. ARAN, Rapporto semestrale n. 1/2020, sul sito *internet* dell'agenzia, pagina 12.

¹⁸ Si rammenta peraltro che il comma 1 dell'articolo 34-*bis* della legge di contabilità prescrive che, salvo che non sia diversamente previsto con legge, gli stanziamenti di parte corrente che non risultino impegnati al termine dell'esercizio finanziario debbano di norma costituire economie di bilancio

¹⁹ Cfr. Ministro dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.O.P., Conto Annuale al 2022, Focus n. 5 "Costo del Lavoro pubblico", pagine 16 e seguenti.

²⁰ Paragrafo 5.

Ultimi dossier del Servizio del Bilancio

Apr. 2024"

[Nota di lettura n. 142](#)

Schema di decreto legislativo recante adeguamento della disciplina sanzionatoria prevista dal testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, al regolamento (UE) n. 1259/2013 che modifica il regolamento (CE) n. 111/2005, recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i paesi terzi (**Atto del Governo n. 149**)

Mag. 2024

[Nota di lettura n. 143](#)

A.S. 1086: "Interventi in materia di sicurezza stradale e delega al Governo per la revisione del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285" (Approvato dalla Camera dei deputati)

"

[Nota di lettura n. 144](#)

Schema di decreto legislativo recante semplificazione dei controlli sulle attività economiche (**Atto del Governo n. 150**)

"

[Elementi di documentazione n. 4](#)

Il bilancio dello Stato 2024-2026. Una analisi delle spese per missioni e programmi

"

[Nota di lettura n. 145](#)

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di riordino del sistema nazionale della riscossione (**Atto del Governo n. 152**)

"

[Nota di lettura n. 146](#)

A.S. 1133: "Conversione in legge del decreto-legge 7 maggio 2024, n. 60, recante ulteriori disposizioni urgenti in materia di politiche di coesione"

"

[Nota di lettura n. 147](#)

A.S. 1054: "Disposizioni per il riconoscimento e la promozione delle zone montane"

"

[Nota di lettura n. 150](#)

Schema di decreto legislativo recante disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale all'articolo 138 del regolamento (UE) 2018/1139 e alla direttiva (UE) 2022/2380, che modificano la direttiva 2014/53/UE, concernente l'armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri relative alla messa a disposizione sul mercato di apparecchiature radio (**Atto del Governo n. 155**)

"

[Nota di lettura n. 148](#)

A.S. 1138: "Conversione in legge del decreto-legge 15 maggio 2024, n. 63, recante disposizioni urgenti per le imprese agricole, della pesca e dell'acquacoltura, nonché per le imprese di interesse strategico nazionale"

"

[Nota di lettura n. 149](#)

A.S. 1143: "Disposizioni in materia di rafforzamento della cybersicurezza nazionale e di reati informatici" (Approvato dalla Camera dei deputati)

Giu. 2024

[Nota di lettura n. 151](#)

A.S. 1146: "Disposizioni e delega al Governo in materia di intelligenza artificiale"

"

[Nota di lettura n. 152](#)

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva di esecuzione (UE) 2022/2438, che modifica la direttiva 93/49/CEE e la direttiva di esecuzione 2014/98/UE, per quanto riguarda gli organismi nocivi regolamentati non da quarantena rilevanti per l'Unione sui materiali di moltiplicazione delle piante ornamentali, sui materiali di moltiplicazione delle piante da frutto e sulle piante da frutto destinate alla produzione di frutti (**Atto del Governo n. 156**)