



Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale

A.C. 1741

Dossier n° 271 - Schede di lettura
23 aprile 2024

Informazioni sugli atti di riferimento

| | |
|--------------------------|---|
| A.C. | 1741 |
| Titolo: | Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità |
| Iniziativa: | Parlamentare |
| Primo firmatario: | Schlein |
| Iter al Senato: | No |
| Numero di articoli: | 4 |
| Date: | |
| presentazione: | 26 febbraio 2024 |
| assegnazione: | 12 marzo 2024 |
| Commissione competente : | XII Affari sociali |
| Sede: | referente |
| Pareri previsti: | I, V, VI, IX e Commissione parlamentare per le questioni regionali |

Contenuto

La proposta di legge in esame, composta da **4 articoli**, è finalizzata ad introdurre disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità.

L'**articolo 1** dispone che, a decorrere dal 2024, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, come dalle ultime leggi di Bilancio, è incrementato su base annua dello 0,21 per cento del prodotto interno lordo (PIL) nominale nazionale, per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028, fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore allo 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento.

La disposizione dell'**articolo 1** prosegue prevedendo che, nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, devono inoltre essere comprese le **maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni** correlati all'erogazione delle **prestazioni assistenziali** da garantire in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

La legge di bilancio 2022 ([legge n. 234 del 2021](#)) ha fornito, ai commi 159-171, la prima definizione dei **livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)** per la non autosufficienza, e ha qualificato l'[offerta integrata sociosanitaria](#) territoriale, delineando le azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti. A ciò si aggiunge la costituzione di sistemi di servizi socio-sanitari integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS (ambiti territoriali sociali) sono chiamati a garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza tali servizi, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, oltre che l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA). Presso le Case delle comunità sono fra l'altro presenti équipe integrate, composte da personale appartenente al SSN e agli ATS, in grado di assicurare la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM), che, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) in Italia rappresentano un insieme di servizi e prestazioni che le amministrazioni pubbliche devono garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro reddito, in ambito sociale. L'obiettivo è assicurare un minimo standard di servizi sociali su tutto il territorio nazionale, contribuendo a ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali. Questo sistema è simile ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel settore sanitario, che definisce i servizi sanitari che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) deve fornire gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.

I LEPS includono diversi ambiti di intervento, tra cui: **Assistenza domiciliare**: servizi a sostegno delle persone non autosufficienti o con limitata autonomia a casa propria, come assistenza personale, supporto psicologico e riabilitativo. **Assistenza residenziale**: offerta di alloggi protetti o case di riposo per anziani, persone con disabilità o minori in difficoltà, dove vengono garantiti assistenza e supporto continuativi.

Inclusione sociale e lavorativa: programmi e iniziative per favorire l'integrazione sociale e professionale delle persone svantaggiate, come disabili, migranti, disoccupati di lunga durata e giovani in difficoltà. **Sostegno alle famiglie:** misure di aiuto economico e servizi a sostegno delle famiglie, in particolare quelle con minori, persone disabili o anziani non autosufficienti. Questo può includere assegni di natalità, contributi per l'assistenza domiciliare, e servizi di consulenza. **Prevenzione e contrasto della povertà:** strategie e programmi volti a ridurre la povertà e l'esclusione sociale, come il Reddito di Cittadinanza o altre forme di sostegno al reddito per le famiglie più vulnerabili. L'effettiva implementazione dei LEPS può variare a seconda delle regioni e delle capacità finanziarie locali, ma lo Stato si impegna a garantire un livello base di prestazioni in tutto il territorio nazionale. La definizione e l'aggiornamento dei LEPS sono compiti che spettano al Governo, in accordo con le Regioni, per assicurare che le politiche sociali rispondano efficacemente ai bisogni dei cittadini in un contesto di cambiamenti demografici, economici e sociali.

Si ricorda in proposito che la citata legge di Bilancio 2022 per la prima volta ha definito come LEPS (art.1, comma 162) i servizi socio-assistenziali, erogati dagli ATS, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane. Al riguardo, con [D.P.C.M. 3/10/2022](#) è stato adottato il [Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024 \(PNNA 2022-2024\)](#), nonché il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.

Sono considerati LEPS:

a) l'**assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo; assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. Entrambi questi interventi vanno considerati in parallelo con le azioni previste dalla Missione 6 (Salute) del PNRR. Inoltre la legge di bilancio 2022 ha definito come LEP la messa a punto di soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR (M5C2) in materia di assistenza agli indigenti ed assistenza domiciliare e telemedicina, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni; adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) i **servizi sociali di sollievo**, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) i **servizi sociali di supporto**, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, nonché l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Va infine ricordato che la legge di bilancio per il 2024 ([L. n. 213/2023](#), commi 198-200) ha, da ultimo, operato una ridefinizione in termini uniformi degli obblighi di monitoraggio e di rendicontazione – da parte delle regioni – degli interventi inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) relative al settore della non autosufficienza nonché degli interventi di sostegno ai soggetti con disabilità grave e alle relative famiglie. La rendicontazione è resa al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Viene peraltro richiamata la disciplina già vigente che subordina l'erogazione delle risorse statali in materia, spettanti a ciascuna regione o ambito territoriale, alla rendicontazione sull'avvenuta liquidazione ai beneficiari di almeno il 75 per cento delle omologhe risorse trasferite nel secondo anno precedente, introducendo un meccanismo di riassegnazione delle risorse assegnate e non spese.

L'**articolo 2** introduce all'articolo 11, del [D.L. n. 35/2019](#) (L n. 60/2019) - recante, tra l'altro, misure urgenti in materia sanitaria - il **nuovo comma 4.2**, riferito alle disposizioni sull'autonomia finanziaria delle regioni e delle province autonome sul tema del **finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale** nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. La **disposizione introdotta** prevede che **dall'anno 2024** le Regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, **il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico**.

Si specifica che, dal 2024, non trova applicazione la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui al medesimo articolo 11, commi da a 4, nonché la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 (**comma 1**).

In proposito si ricorda che i **commi da 1 a 4 dell'articolo 11** hanno operato una **revisione** della disciplina sui **limiti di spesa per il personale** degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Più nel dettaglio, i **commi da 1 a 4 dell'articolo** in commento hanno inteso contrastare la carenza di personale SSN, che appare destinata ad acuirsi a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni sul pensionamento anticipato, rischiando di compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La disposizione ha perciò fissato **nuovi limiti di spesa per il personale SSN**, in coerenza con le indicazioni della legge di bilancio 2019 sul livello del finanziamento per il SSN per il 2019 e sulle misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati da inserire nel Patto per la salute 2019-2021.

In particolare, sul contenimento della spesa per il personale sanitario hanno inciso i seguenti vincoli di crescita:

- **blocco del *turn-over***: introdotto dall'art. 1, comma 174, della legge 311/2004, (legge finanziaria 2005) per le sole Regioni in piano di rientro (PdR), nel caso in cui venga accertata dagli organismi di verifica e monitoraggio una situazione di squilibrio economico-finanziario del settore sanitario a fronte del quale non siano stati adottati i provvedimenti previsti per il ripiano o questi non siano risultati sufficienti. Il blocco automatico del *turn-over* è stato inizialmente previsto fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di verifica. Successivamente la stabilità 2015, (art. 1, comma 583, della legge 190/2014), ha ridotto i termini del blocco automatico del *turn-over* al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica. La legge di stabilità 2011 (legge 220/2010) ha introdotto la possibilità di derogare a tale blocco, nel limite del 10%, nel caso in cui il tavolo tecnico di verifica avesse accertato il raggiungimento almeno parziale degli obiettivi del PdR e tale misura fosse necessaria per garantire il raggiungimento dei LEA. L'art. 4-*bis* del c.d. Decreto Sanità (decreto legge 13 settembre 2012, n. 158) ha poi aumentato la misura della possibile deroga al 15 per cento, a partire dal 2012;
- per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, in relazione alle **spese di personale** fino al 2020, non è stato consentito il **superamento del corrispondente ammontare del 2004 diminuito dell'1,4%**, al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004 (art. 2, co. 71-73, della legge di stabilità 2010 - legge 191/2009. La legge di stabilità 2015 - legge 190/2014, al comma 584, ha esteso al 2020 i parametri di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN). Per gli enti delle Regioni sottoposte ai piani di rientro da deficit sanitario o ai programmi operativi di prosecuzione di tali piani, restano comunque fermi gli obiettivi in materia di personale previsti in detti piani o programmi (art. 17, comma 3-*ter*, del decreto legge n. 98 del 2011). Per il conseguimento di questo obiettivo alle Regioni è stata consentita l'adozione degli interventi sulla rete ospedaliera e sulla spesa per il personale (fondi di contrattazione integrativa, organizzazione delle strutture semplici e complesse, dirigenza sanitaria e personale del comparto sanitario);
- **blocco dei rinnovi contrattuali**;
- **limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013** pari al trattamento spettante nell'anno 2010, introdotto dal [decreto legge 78/2010](#), prorogato fino al 2014 dal [decreto legge 98/2011](#), ed ulteriormente esteso al 2015 con la stabilità 2015 (legge 190/2014);
- **congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale** ([decreto legge 98/2011](#) e legge di stabilità 2014).

Pertanto, a decorrere **dal 2024 non potrà trovare applicazione la disciplina che attualmente prevede il limite**, introdotto a decorrere dal 2019, **per l'incremento della spesa per il personale degli enti del SSN oltre il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018**, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, in termini del corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1,4% (limite di spesa previsto dall'art. 2, co. 71, della legge 191/2009).

In caso di mancato rispetto del suddetto parametro dell'1,4%, la Regione si considera egualmente adempiente qualora abbia raggiunto l'equilibrio economico ed attuato, dal 2015, un percorso di **graduale riduzione della spesa per il personale** in vista del totale conseguimento nell'anno 2020 del parametro (nella nozione suddetta di graduale riduzione rientra anche l'ipotesi di una variazione pari allo 0,1 annuo, come specificato dall'articolo 1, comma 454, della L. 27 dicembre 2017, n. 205).

Riguardo invece alla **disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale**, l'art. 23, comma 2, del D.Lgs. 75/2017 ha previsto che, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo di tali risorse destinate annualmente al personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna amministrazione pubblica, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016, nel contempo individuando un diverso limite per gli enti locali che nell'anno 2016 non hanno potuto destinare risorse aggiuntive alla contrattazione integrativa a causa del mancato rispetto del patto di stabilità interno del 2015.

La disciplina di limitazione della spesa precisa che la stessa, ai fini dell'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al costo del personale, è **considerata al lordo degli oneri riflessi** (fra cui spese previdenziali ed assistenziali) e dell'imposta regionale sulle attività produttive dovute per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e per il personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni; nella predetta spesa non sono invece considerati gli **oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004**, quelli per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e quelli relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati all'interno del Programma nazionale di ricerca sanitaria (di cui all'articolo 12-*bis* del D. Lgs. 502/1992).

Inoltre, è consentito alle Regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, di **incrementare ulteriormente i limiti di spesa sottoposti al contenimento della disciplina in esame**, di un ammontare non superiore alla **riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati**. Vengono estese, con riferimento ai nuovi limiti, le procedure previste per la **verifica del rispetto dei limiti vigenti** nonché il principio secondo cui la Regione si considera comunque adempiente qualora abbia assicurato l'equilibrio economico. Di conseguenza, il nuovo vincolo di spesa per il personale è assoggettato alle verifiche del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che dovrà certificare, in base a quanto previsto dal

comma 73, articolo 2, della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010), l'**effettivo conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa**.

Si ricorda in proposito che, ai fini di tale verifica, devono essere rispettate le disposizioni dell'Intesa del 23 marzo 2005 sui compiti e la composizione del predetto tavolo ([qui l'approfondimento](#)).

Il **comma 2 dell'articolo 2** in esame precisa che eventuali maggiori costi a carico delle regioni, derivanti dall'applicazione del comma 1, dovranno trovare copertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto all'articolo 1 della presente legge.

L'**articolo 3** prevede specifiche misure per l'abbattimento delle liste d'attesa. Al **comma 1**, si dispone che, nelle more dell'aggiornamento del [Piano nazionale di governo delle liste di attesa \(PNGLA\)](#), le Regioni e le Province autonome, sono chiamate ad adottare le misure che seguono, con la finalità di perseguire gli obiettivi:

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

Al riguardo, la legge di Bilancio 2024 (art. 1, co. 232, L. n. 213/2023) ha autorizzato le Regioni e le Province autonome a potersi avvalere fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste ai commi 218-222 (**incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive** personale medico e sanitario) della medesima legge, potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in **deroga** alla normativa vigente sui limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, al fine di garantire l'attuazione dei [Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa](#). Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad 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. Ciò al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il **recupero delle liste d'attesa** (qui i singoli Contratti istituzionali di sviluppo già firmati per la Missione 6 PNRR: [Abruzzo](#); [Basilicata](#); [Campania](#); [Calabria](#); [Emilia Romagna](#); [Friuli Venezia Giulia](#); [Lazio](#); [Liguria](#); [Lombardia](#); [Marche](#); [Molise](#); [Pa Bolzano](#); [Pa Trento](#); [Piemonte](#); [Puglia](#); [Sardegna](#); [Sicilia](#); [Toscana](#); [Umbria](#); [Valle d'Aosta](#); [Veneto](#)) mediante incremento della tariffa oraria (fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e fino a 60 euro lordi onnicomprensivi per il personale del comparto) per le **prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico ed infermieristico** presso i servizi di **emergenza urgenza** ospedalieri, oltre che per le prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale del personale medico e del comparto sanitario.

L'acquisto in deroga riguarda in particolare la normativa cd. di *spending review* (ex articolo 15, comma 14, primo periodo, del DL. 95/2012) riferita alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale **ad alto rischio di inappropriata** per le quali si è inteso applicare una riduzione - sia dell'importo che dei volumi d'acquisto delle prestazioni - in una misura percentuale fissa applicata dalla Regione o Provincia autonoma di riferimento a tutti i contratti e accordi vigenti nell'esercizio 2012, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. In questo ambito, il [Decreto ministeriale 18 ottobre 2012](#) ha fissato una tariffa massima per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, come importo massimo rimborsabile a carico del SSN.

In proposito si ricorda che già dal 2016, l'articolo 1 della legge di stabilità n. 208/2015, ai commi da 574 a 578, aveva introdotto alcune deroghe alla predetta disciplina di revisione della spesa, relativamente alla riduzione del 2% dell'importo e dei volumi della spesa per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da privato - compreso l'acquisto di prestazioni da privato per pazienti non residenti in regione: la cosiddetta mobilità attiva -, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità (qui un [approfondimento](#) del tema sulla razionalizzare dell'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati).

Peraltro, il **tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati** viene contestualmente **rideterminato** dal comma 233 della sopra richiamata legge di Bilancio in esame, nel valore della spesa consuntivata per l'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, assicurando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Inoltre, per l'attuazione delle finalità di cui alle sopra indicate misure per l'abbattimento delle liste d'attesa, si prevede un **limite di spesa** da parte di Regioni e Province autonome che allo scopo possono utilizzare una **quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto** del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Per l'attuazione delle analoghe finalità di riduzione delle liste d'attesa per l'anno 2023, la normativa vigente del comma 9-septies, articolo 4, del [DL. 198/2022 \(Proroga termini, L. n. 14/2023\)](#) aveva invece fissato un limite di spesa pari ad una **quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto** del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato per l'anno 2023, per il calcolo del quale è necessario ancora attendere il decreto di riparto.

Si sottolinea, per completezza, che con riferimento allo strumento della deroga ai regimi tariffari ordinari dei medici, il comma 9-octies del richiamato D.L. 198/2022 ha consentito a Regioni e Province autonome di avvalersi fino al 31 dicembre 2023, al fine di garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, del regime di deroga **ai regimi tariffari ordinari**, utilizzando alcuni istituti già previsti dall'articolo 29 del DL. 104/2020 (cd. Agosto, L. n. 106/2020) per il **recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione**

(vale a dire a carattere programmabile e non urgente) e di **specialistica ambulatoriale e di screening**, come previsto dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 (L. n. 106/2021), oltre che dalle disposizioni di cui al comma 277, articolo 1, della medesima legge di Bilancio per il 2022.

Pertanto, la deroga ai regimi tariffari ordinari per il ricorso a prestazioni aggiuntive, inizialmente prevista fino al 31 dicembre 2020, è stata successivamente prorogata dall'articolo 26, comma 1, del [decreto-legge n. 73/2021](#) (cd Sostegni *bis*, L. n. 106/2021) fino al **31 dicembre 2021**, in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 previste nei rispettivi **Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa** utilizzando anche strutture pubbliche e private accreditate ed **ulteriormente prorogata al 31 dicembre 2022**, dalla legge di Bilancio 2022 (articolo 1, comma 276, L. n. 234 del 2021). In quest'ultimo caso, le Regioni sono state però tenute a rimodulare il Piano per le liste d'attesa e a ripresentarlo entro il 31 gennaio 2022 ai Ministeri della salute e dell'economia. A questo fine le Regioni e le Province autonome hanno dovuto rimodulare il piano per le liste d'attesa già adottato ai sensi del citato articolo 29 del D.L. 104/2020, prevedendo, ove ritenuto necessario, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dalla deroga, sono state chiamate a rendicontare alle rispettive Regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di *budget* assegnato, anche ai fini della valutazione della deroga concessa.

Più in dettaglio, le misure da adottare devono perseguire le seguenti finalità:

1. **fronteggiare la grave carenza di personale**, superare il precariato e garantire la continuità delle prestazioni sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza, nei limiti delle risorse previste in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. Allo scopo, le Regioni e le Province autonome sono chiamate ad indire, entro il 30 giugno 2024, **procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione a tempo indeterminato** di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche, necessario a fare fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale (lett. a));
2. **favorire una migliore programmazione e la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie**: allo scopo le Regioni e le Province autonome sono chiamate ad istituire, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un **sistema di prenotazione unico regionale** o per aree infraregionali territorialmente omogenee da un punto di vista demografico e per il numero e la tipologia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché delle agende delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture accreditate presenti nel proprio territorio (lett. b));
3. **garanzia da parte delle Regioni e Province autonome**, verificata l'impossibilità di assicurare l'erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal PNGLA 2019-2021, fino al 31 dicembre 2024, dell'**erogazione della medesima prestazione tramite l'attività libero-professionale intramuraria**, mantenendo a proprio carico la differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del Servizio sanitario nazionale;
4. pubblicazione ed **aggiornamento in tempo reale sul sito internet istituzionale** di ciascuna Regione e Provincia autonoma interessata, con la finalità di rendere trasparente il **quadro generale sulla situazione delle liste di attesa**, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, dei tempi di attesa per ciascuna prestazione sanitaria prevista nel PNGLA (lett. d)).

Si prevede inoltre che all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) venga attribuito il **compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa** di cui al precedente comma 1 (**comma 2**). A tale fine, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità con cui le Regioni inviano all'AGENAS, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa.

Si ricorda che a seguito dell'approvazione in Conferenza Stato Regioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ([PNGLA](#)) 2010-2012, all'AGENAS è già stato affidato il compito di contribuire all'implementazione delle attività di rilevazione per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa e delle modalità organizzative delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria e intramuraria allargata (ALPI) e all'implementazione della metodologia per la rilevazione dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Con il supporto tecnico-scientifico di Agenas, opera anche l'[Osservatorio sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali](#) in relazione al funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale del monitoraggio delle modalità organizzative della libera professione intramuraria. Esso è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di AGENAS e delle Regioni e Province Autonome. Inoltre, l'Agenzia dal 2012 supporta tecnicamente le Regioni per il monitoraggio "regionale" dei tempi di attesa dell'attività ALPI. L'[Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019](#) ha poi approvato il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, che ha confermato l'attribuzione ad AGENAS del compito di contribuire alle attività di rilevazione per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria (ALPI).

Si prevede che con l'innovazione di questo nuovo piano il monitoraggio debba essere realizzato con un collegamento diretto ai CUP regionali per ottenere dati tempestivi e oggettivi. Sulle iniziative di competenza del Ministero della salute in relazione al problema delle liste di attesa in ambito sanitario, con particolare riferimento all'assunzione di personale a tempo indeterminato e al potenziamento dei centri unici di prenotazione, il 20 marzo 2024 il Governo è intervenuto (v. interrogazione n. [3-01090](#)) sottolineando che, con particolare riferimento ai sistemi di

prenotazione (CUP) - anch'essi obiettivi del nuovo piano nazionale governo liste d'attesa 2024-2026 in corso di definizione - prosegue il monitoraggio annuale del collegamento delle agende di tutte le strutture pubbliche e private e che è prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro di esperti per i protocolli da seguire sulle prestazioni e, quindi, sulle liste d'attesa.

Con riferimento alla **copertura finanziaria**, il **comma 1** dell'articolo 4, prevede che gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, sulla base di una valutazione effettuata a partire dal livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, come definito dalle ultime leggi di Bilancio per il 2022 e per il 2023 (*cui occorrerebbe aggiungere gli incrementi stabiliti dal comma 217, articolo 1, dell'ultima legge di bilancio per il 2024 - L. n. 2013/2023*), sono valutati in termini incrementali rispetto al finanziamento 2024, **tenuto conto delle previsioni di crescita** del PIL tendenziale e programmatico, per un ammontare pari a:

- 4 miliardi per l'anno 2024;
- 8 miliardi per l'anno 2025;
- 12 miliardi per l'anno 2026;
- 16 miliardi per l'anno 2027;
- e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente provvedimento (**comma 2**) si provvede a valere sulle **maggiori risorse** derivanti dalla **crescita economica** prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Si prevede inoltre che, qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria del presente provvedimento, con decreto del Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, devono essere **individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive** di contrasto dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

In proposito si valuti l'opportunità di verificare la congruità delle disposizioni relative alla copertura finanziaria del provvedimento.

Quadro normativo e finanziario

In Italia, lo Stato finanzia sia la spesa sanitaria pubblica sia quella accreditata, vale a dire diretta a strutture sanitarie anche private che svolgono le loro attività in base ad un **livello programmato di risorse**, su base triennale, in **coerenza con il quadro macroeconomico complessivo** e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale per il 2024 a normativa vigente, vale a dire il finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata derivante dagli stanziamenti programmati dalle leggi di bilancio, risulta incrementato dall'ultima legge di Bilancio 2024 ([L. n. 213/2023](#), art. 1, comma 217) di **3.000 milioni** di euro nel **2024**, **4.000 milioni** nel **2025** e **4.200 milioni** a decorrere **dal 2026**, stanziamenti che si vanno a sommare a quelli stabiliti dalla legge di Bilancio 2023 (L. n. 197/2022, art. 1, comma 535), pari a **2.150 milioni** di euro per l'anno **2023**, **2.300 milioni** per il **2024** e **2.600 milioni** a decorrere dall'anno **2025**, oltre che della legge di Bilancio 2022 (legge n. 234/2021, art. 1, comma 258), con livelli preventivi complessivamente pari a **124.061 milioni** di euro per il **2022**, **126.061 milioni** per il 2023 e **128.061 milioni** per l'anno 2024, come illustrato dalla seguente tabella (*in mln di euro*):

| Livello finanziamento SSN | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 (a decorrere) |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------|
| LB 2022 (co. 258) | 124.061 | 126.061 | 128.061 | 128.061 | 128.061 |
| LB 2023 (co. 535) | - | +2.150 | +2.300 | +2.600 | +2.600 |
| LB 2024 (co. 217) | - | - | +3.000 | +4.000 | +4.200 |
| TOTALE | 124.061 | 128.211 | 133.361 | 134.661 | 134.861 |
| Maggiori costi energia (DL. 50/2022 Energia e DL. 144/2022 Aiuti-ter) | - | +1.600 | - | - | - |
| Maggiori risorse FSN (DL. 34/2023 Energia e salute) | - | +1.400 | - | - | - |

Per il 2023, in particolare, al fine di compensare i **maggiori costi** dovuti all'**aumento dei prezzi delle fonti energetiche**, con [DM Salute 10 gennaio 2023](#) sono state ripartite le risorse di tale nuovo livello di finanziamento pari a complessivi 1.600 milioni di euro, di cui 200 milioni di euro in base all'art. 40, comma 1, DL. 50/2022 (cd. decreto energia, L. n. 91/2022) e 1.400 milioni, ai sensi dell'art. 5, comma 3, del [D.L. n. 144/2022](#) (cd. decreto Aiuti-ter, L. n. 175/2022), in relazione alle quote di accesso di regioni e province autonome al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2022. Un'ulteriore **integrazione del FSN per circa 1.400 milioni nel 2023** proviene dalle disposizioni urgenti del [DL. 34/2023 in tema di energia e salute](#), con particolare riferimento al contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (1.085 milioni), all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive ed anticipo dell'indennità nei servizi di emergenze-urgenza (170 milioni) ed altre misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza.

Con riferimento alla **dinamica della spesa sanitaria tendenziale** fissata dai documenti previsionali governativi, da ultimo, la Nota di Aggiornamento al DEF (Documento di economia e finanza) NADEF2023 dello scorso settembre 2023 evidenzia, per il **periodo previsionale 2023-2026**, una riduzione della spesa sanitaria in termini di PIL dal 6,6% al 6,1%, al di sotto del valore del 2019 (6,4%) , come evidenziato in tabella (Fonte: elaborazione della Corte dei conti - Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali, aprile 2024, importi in milioni di euro):

Spesa sanitaria corrente nei Documenti di Economia e finanza 2015-2023: risultati 2014-2022 e previsioni 2023-2026 (* valori previsionali)

| Descrizione | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| NaDef 2023 | | | | | | | | 127.451 | 131.103 | 134.734* | 132.946* | 136.701* | 138.972* |
| Spesa sanitaria | | | | | | | | 6,99 | 6,7 | 6,6 | 6,2 | 6,2 | 6,1 |
| Incidenza % Pil | | | | | | | | 3,9 | 2,87 | 2,77 | -1,33 | 2,82 | 1,66 |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2023 | | | | | | 115.663 | 122.665 | 127.451 | 131.103 | 136.043 | 132.737 | 135.034 | 138.399 |
| Spesa sanitaria | | | | | | 6,4 | 7,4 | 7,1 | 6,9 | 6,7 | 6,3 | 6,2 | 6,2 |
| Incidenza % Pil | | | | | | | 6,1 | 3,9 | 2,9 | 3,8 | -2,4 | 1,7 | 2,5 |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| NaDef 2022 | | | | | | | | 127.834 | 133.998 | 131.724 | 128.708 | 129.428 | |
| Spesa sanitaria | | | | | | | | 7,2 | 7,1 | 6,7 | 6,2 | 6,1 | |
| Incidenza % sul Pil | | | | | | | | | 4,8 | -1,7 | -2,3 | 0,6 | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2022 | | | | | 114.423 | 115.661 | 122.721 | 127.834 | 131.710 | 130.734 | 128.872 | 129.518 | |
| Spesa sanitaria | | | | | 6,5 | 6,4 | 7,4 | 7,2 | 7 | 6,6 | 6,3 | 6,2 | |
| Incidenza % sul Pil | | | | | | 1,1 | 6,1 | 4,2 | 3 | -0,7 | -1,4 | 0,5 | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2021 | | | | 112.185 | 114.318 | 115.710 | 123.474 | 127.138* | 123.622* | 126.231* | 124.410* | | |
| Spesa sanitaria | | | | 6,5 | 6,5 | 6,5 | 7,5 | 7,3 | 6,7 | 6,60 | 6,30 | | |
| Incidenza % sul Pil | | | | | 1,90 | 1,20 | 6,7 | 3,00 | -2,8 | 2,10 | -1,40 | | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2020 | | | 110.977 | 112.185 | 113.869 | 115.448 | 119.556* | 121.083* | | | | | |
| Spesa sanitaria | | | 6,5 | 6,5 | 6,4 | 6,5 | 7,2 | 6,9 | | | | | |
| Incidenza % sul Pil | | | | 1,1 | 1,5 | 1,4 | 3,6 | 1,3 | | | | | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2019 | | 111.224 | 112.504 | 113.611 | 115.410 | 118.061* | 119.953* | 121.358* | 123.052* | | | | |
| Spesa sanitaria | | 6,7 | 6,7 | 6,6 | 6,6 | 6,6 | 6,6 | 6,5 | 6,4 | | | | |
| Incidenza % sul Pil | | | 1,2 | 1 | 1,6 | 2,3 | 1,6 | 1,2 | 1,4 | | | | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |
| Def 2018 | 110.961 | 111.240 | 112.372 | 113.599 | 115.818* | 116.382* | 118.572* | 120.894* | | | | | |
| Spesa sanitaria | 6,80 | 6,70 | 6,70 | 6,60 | 6,60 | 6,40 | 6,30 | 6,30 | | | | | |
| Incidenza % sul Pil | | 0,30 | 1,00 | 1,10 | 2,00 | 0,50 | 1,90 | 2,00 | | | | | |
| Tasso % di variazione | | | | | | | | | | | | | |

L'ammontare della spesa sanitaria corrente stimato per il 2023 è pari a circa 134,7 miliardi, che si riduce nel 2024 a 132,9 miliardi (- 1,3 per cento) in conseguenza di una riduzione dei costi del personale e alla definitiva cessazione di quelli legati alla struttura commissariale per l'emergenza COVID. Essa risale nel biennio successivo, attestandosi a 136,7 miliardi nel 2025 (+2,8 per cento) e a 139,0 miliardi nel 2026 (+1,7 per cento).

Per i valori a consuntivo, si prendono a riferimento i dati della Ragioneria generale dello Stato sul finanziamento dei Servizi sanitari regionali, sintetizzati nella seguente tabella:

Spesa sanitaria corrente di conto economico per regione - Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

| Regioni | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Piemonte | 8.192,1 | 8.188,6 | 8.097,2 | 8.241,7 | 8.304,3 | 8.389,9 | 8.534,0 | 8.929,6 | 9.254,9 | 9.281,1 |
| Valle d'Aosta | 271,2 | 259,6 | 261,8 | 256,5 | 254,5 | 256,5 | 262,2 | 289,4 | 303,9 | 316,3 |
| Lombardia | 18.293,4 | 18.789,9 | 18.847,7 | 18.936,4 | 19.437,6 | 19.845,7 | 20.057,1 | 21.119,8 | 21.558,6 | 21.907,6 |
| Provincia autonoma di Bolzano | 1.151,0 | 1.135,5 | 1.163,7 | 1.186,7 | 1.237,3 | 1.265,8 | 1.277,5 | 1.414,7 | 1.484,7 | 1.477,5 |
| Provincia autonoma di Trento | 1.150,6 | 1.152,6 | 1.128,3 | 1.148,4 | 1.193,9 | 1.198,9 | 1.213,1 | 1.292,3 | 1.306,9 | 1.429,8 |
| Veneto | 8.675,6 | 8.754,3 | 8.834,5 | 8.980,1 | 9.244,9 | 9.327,4 | 9.468,9 | 10.248,5 | 10.611,7 | 10.974,6 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.468,9 | 2.374,0 | 2.327,4 | 2.366,5 | 2.433,4 | 2.496,0 | 2.567,2 | 2.622,2 | 2.734,7 | 2.809,4 |
| Liguria | 3.122,4 | 3.159,0 | 3.175,6 | 3.184,7 | 3.209,8 | 3.227,1 | 3.251,5 | 3.347,5 | 3.484,6 | 3.592,7 |
| Emilia Romagna | 8.611,3 | 8.644,0 | 8.740,1 | 8.846,5 | 9.026,5 | 9.157,4 | 9.227,4 | 10.072,7 | 10.062,3 | 10.363,5 |
| Toscana | 6.948,1 | 7.107,2 | 7.197,8 | 7.277,8 | 7.446,9 | 7.396,6 | 7.505,5 | 8.090,7 | 8.260,6 | 8.120,0 |
| Umbria | 1.645,6 | 1.629,3 | 1.651,7 | 1.672,6 | 1.716,3 | 1.743,1 | 1.719,8 | 1.813,4 | 1.883,3 | 1.943,3 |
| Marche | 2.713,3 | 2.736,0 | 2.739,2 | 2.791,9 | 2.825,5 | 2.853,4 | 2.891,1 | 3.020,8 | 3.133,3 | 3.153,8 |
| Lazio | 10.621,3 | 10.662,3 | 10.712,7 | 10.701,6 | 10.698,3 | 10.713,0 | 10.791,3 | 11.480,6 | 11.739,4 | 12.052,8 |
| Abruzzo | 2.316,0 | 2.374,2 | 2.347,4 | 2.411,1 | 2.463,6 | 2.471,1 | 2.485,5 | 2.558,2 | 2.614,1 | 2.651,1 |
| Molise | 696,4 | 662,2 | 642,5 | 660,7 | 650,3 | 645,5 | 742,1 | 688,9 | 717,1 | 709,3 |
| Campania | 9.579,9 | 9.796,8 | 9.872,1 | 10.011,2 | 10.158,7 | 10.301,8 | 10.395,1 | 10.944,9 | 11.349,1 | 11.471,1 |
| Puglia | 6.931,0 | 7.047,7 | 7.092,6 | 7.231,0 | 7.262,7 | 7.376,1 | 7.462,2 | 7.706,3 | 8.116,9 | 8.231,7 |
| Basilicata | 1.022,1 | 1.029,0 | 1.033,6 | 1.035,4 | 1.069,2 | 1.059,9 | 1.051,5 | 1.096,6 | 1.131,5 | 1.147,5 |
| Calabria | 3.312,3 | 3.369,2 | 3.358,9 | 3.427,2 | 3.416,4 | 3.514,2 | 3.538,0 | 3.626,8 | 3.600,6 | 3.734,7 |
| Sicilia | 8.523,2 | 8.637,0 | 8.650,0 | 8.834,1 | 9.042,0 | 9.210,9 | 9.184,7 | 9.561,8 | 9.957,0 | 10.197,8 |
| Sardegna | 3.183,7 | 3.238,0 | 3.238,6 | 3.290,3 | 3.215,4 | 3.262,9 | 3.302,7 | 3.370,0 | 3.570,6 | 3.705,6 |
| ITALIA | 109.429,4 | 110.746,3 | 111.113,6 | 112.492,4 | 114.307,5 | 115.713,3 | 116.928,3 | 123.295,8 | 126.875,7 | 129.271,2 |
| Variazione % | | 1,2% | 0,3% | 1,2% | 1,6% | 1,2% | 1,1% | 5,4% | 2,9% | 1,9% |
| Regioni non sottoposte a piano di rientro (a) | 59.224,0 | 60.037,1 | 60.317,4 | 60.967,1 | 62.281,1 | 63.000,5 | 63.706,8 | 67.739,6 | 69.380,7 | 70.484,1 |
| Variazione % | | 1,4% | 0,5% | 1,1% | 2,2% | 1,2% | 1,1% | 6,3% | 2,4% | 1,6% |
| Regioni sottoposte a piano di rientro (b) | 41.980,1 | 42.549,4 | 42.676,3 | 43.277,0 | 43.692,0 | 44.232,6 | 44.598,9 | 46.567,5 | 48.094,2 | 49.048,5 |
| Variazione % | | 1,4% | 0,3% | 1,4% | 1,0% | 1,2% | 0,8% | 4,4% | 3,3% | 2,0% |
| Autonomie speciali (c) | 8.225,3 | 8.159,8 | 8.119,8 | 8.248,4 | 8.334,4 | 8.480,1 | 8.622,6 | 8.988,7 | 9.400,7 | 9.738,6 |
| Variazione % | | -0,8% | -0,5% | 1,6% | 1,0% | 1,7% | 1,7% | 4,2% | 4,6% | 3,6% |

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012, i dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni al fine di ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni precedentemente alla definizione di principi contabili omogenei (DLgs 118/2011).

(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Relazioni allegate o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare, corredata, pertanto, della sola relazione illustrativa.

Necessità dell'intervento con legge

La proposta di legge interviene a dettare disposizioni sui temi del finanziamento del Servizio Sanitario nazionale, della realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica e dell'abbattimento delle liste di attesa attualmente disciplinati da leggi di bilancio e normative di rango primario.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come sopra ricordato il provvedimento interviene, tra l'altro, a disciplinare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard anche allo scopo di assicurare la copertura dell'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale, nonché i criteri per il governo della spesa del personale da parte delle Regioni e misure per l'abbattimento delle liste di attesa.

La materia trattata appare pertanto riconducibile alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), nonché all'ambito "tutela della salute", oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.