



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

24/94/SR03/C7

**POSIZIONE SULLA 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”**

**Parere, ai sensi dell’articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281**

***Punto 3) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni***

Con riferimento al percorso di definizione di misure per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, sarebbe stato opportuno che le Regioni e le Province autonome fossero preventivamente informate e coinvolte, in quanto questa tematica è al centro dell’attenzione mediatica e dei cittadini e riveste una primaria importanza negli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Le Regioni e le Province Autonome, alla luce delle esperienze sviluppate nelle singole realtà regionali per individuare le migliori soluzioni possibili, avrebbero potuto dare un contributo importante per migliorare il testo del decreto e collaborare in modo propositivo, analogamente a quanto stanno già facendo con il Ministero della Salute per il completamento del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, rispetto al quale è comunque necessaria un’armonizzazione.

Il provvedimento è stato oggetto di un primo confronto con le Regioni e le Province Autonome nel corso della riunione che si è svolta alla presenza del Ministro della Salute dello scorso 25 giugno, nel corso della quale è stata rappresentata la disponibilità a valutare le proposte regionali finalizzate a migliorare e a rendere condivisibile il testo del Decreto che, nell’attuale formulazione, si ritiene non possa ottenere il parere favorevole della Conferenza.

Alla luce di questa disponibilità, proprio perché le Regioni e le Province Autonome sono tutte già da tempo impegnate nell’attuazione di misure di miglioramento dei tempi di attesa e condividono pienamente l’obiettivo finale del Decreto Legge 73/2024, che è quello di assicurare una risposta efficace e tempestiva ai bisogni assistenziali dei cittadini da parte della sanità pubblica nell’ottica della complessiva tutela del diritto costituzionale alla salute, è stato avviato un lavoro, in seno alla Commissione Salute della Conferenza, per migliorare il testo che ha prodotto le proposte emendative di seguito riportate.

Le Regioni e le Province Autonome ritengono imprescindibile lo stralcio dell’articolo 2 la cui attuale formulazione è quanto meno lesiva del principio di leale collaborazione, laddove prevede che a fronte delle segnalazioni di cittadini, enti locali ed associazioni di categoria (che dovrebbero essere innanzitutto trasmesse alle Regioni interessate) l’Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria possa accedere presso le Aziende sanitarie, scavalcando le Regioni e le Province Autonome, anche avvalendosi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute (anziché delle Regioni stesse).

Le Regioni e le Province Autonome valutano che l’attuale formulazione, ove non emendata, presenti dei profili di illegittimità costituzionale e considerano quantomeno necessaria una riscrittura condivisa di questo articolo che, nel prevedere lo svolgimento dei monitoraggi e dei controlli delle prestazioni sanitarie sulla base di dati raccolti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa di cui

all'articolo 1, abbia un chiaro riferimento nella collaborazione interistituzionale e nel rispetto delle rispettive competenze istituzionali: lo Stato controlla le Regioni, le Regioni controllano le Aziende sanitarie e si confrontano con il livello ministeriale. Non è condivisibile che gli esiti delle verifiche costituiscano elementi di valutazione del Ministero della Salute ai fini dell'applicazione di misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili regionali o aziendali, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico in quanto tale valutazione rientra nelle competenze regionali.

In subordine allo stralcio integrale dell'articolo 2, le Regioni e le Province Autonome hanno provato a proporre una modifica del testo normativo, costituzionalmente orientata, che viene riportata tra le proposte emendative.

Si osserva, tra l'altro, che qualora il Ministero della Salute intenda rafforzare le attività di controllo del Sistema Nazionale di Controllo e verifica dell'Assistenza Sanitaria, tali disposizioni dovrebbero essere oggetto di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, analogamente a quanto già avvenuto in occasione dell'approvazione del DM 17 giugno 2006 di istituzione del Sistema.

Un'efficace attuazione di misure di contenimento dei tempi di attesa non può prescindere dalla disponibilità di congrue risorse economico-finanziarie aggiuntive e di adeguate risorse umane.

L'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, l'assunzione di personale ed il ricorso alle prestazioni aggiuntive (preferibili rispetto all'attività libero professionale intramuraria), lo svolgimento di attività sanitaria in orario notturno, prefestivo e festivo, gli indispensabili adeguamenti tecnologici e gli aggiornamenti informatici, necessitano di un'adeguata disponibilità di risorse economiche e di personale. E' necessario procedere alla quantificazione dei maggiori oneri attesi, all'esplicitazione delle risorse disponibili a legislazione vigente ed al reperimento delle risorse eventualmente mancanti. Occorre, infatti, considerare che le risorse dell'articolo 1, commi 232 e 233, della Legge di bilancio per l'anno 2024 potrebbero essere già state utilizzate dalle Regioni e dalle Province Autonome per l'attuazione dei propri Piani regionali e provinciali di contenimento dei tempi di attesa, nel qual caso il Decreto sarebbe privo di qualunque finanziamento.

Considerato che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è notoriamente sottodimensionato, rispetto a quello dei principali Paesi europei, e sta determinando serie difficoltà in tutte le Regioni, incluse quelle che il Ministero della Salute ha collocato ai primi posti per la qualità dell'assistenza sanitaria, ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario dei bilanci sanitari, le Regioni non sono nelle condizioni di finanziare il costo di misure ed interventi aggiuntivi, seppur condivisi per la finalità, poiché il Fondo Sanitario Nazionale è già largamente insufficiente.

Con riferimento alle disposizioni in materia di personale è necessario che con molta chiarezza vengano superati i tetti di spesa esistenti in materia di personale e che tale superamento sia adeguatamente accompagnato da ulteriori risorse economico-finanziarie destinate a coprire effettivamente, in tutti i sistemi sanitari regionali, il fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale determinato secondo standard uniformi e condivisi.

L'articolo 5 è intitolato "*superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario*", ma introduce limitate ed insufficienti novità per l'anno in corso e poche novità anche per l'anno 2025, peraltro condizionate alla definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del SSN ed alla conseguente approvazione del Piano dei fabbisogni triennali regionali del personale. La definizione di tale metodologia rischia, però, di rivelarsi priva di reale efficacia, atteso che la norma prevede che la sua adozione avvenga comunque "*in coerenza con i valori di cui al comma 1*" dello stesso articolo 5, vale a dire nell'ambito degli attuali tetti di spesa per

il personale. Peraltro, trattandosi di una misura organizzativa in attuazione di una metodologia ministeriale, la prevista approvazione da parte del Ministero della Salute appare invasiva delle competenze regionali.

Le misure per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni non devono essere soltanto funzionali a garantire l'incremento del numero di prestazioni erogabili attraverso un potenziamento dell'offerta, ma anche a ricercare l'appropriatezza prescrittiva e la conformità alle evidenze scientifiche, la programmazione ed il governo della produzione sanitaria, nella consapevolezza che l'incremento esponenziale dell'offerta, da solo, non rappresenta una soluzione duratura.

E' necessario attuare delle strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni sanitarie che intervenga sulla domanda e sull'offerta attraverso la collaborazione professionale tra i medici di assistenza primaria ed i medici specialisti, per assicurare una presa in carico appropriata e semplificata della persona a partire dalle strutture territoriali, a partire dalle Case della Comunità e dai Medici di Medicina Generale che devono essere attivamente coinvolti.

Tuttavia, non è pensabile che un solo provvedimento possa risolvere una criticità di rilievo nazionale (in quanto interessa tutte le Regioni) in tempi brevi. Soprattutto, un Decreto non può raggiungere questo risultato in assenza di adeguate risorse finanziarie, delle necessarie risorse umane, senza l'implementazione di misure che possano affrontare il problema per quanto concerne sia l'offerta che la domanda di prestazioni che deve essere appropriata. Non a caso, finora nessun Paese europeo aveva affrontato la problematica delle liste di attesa con un approccio esclusivamente inquisitorio e sanzionatorio.

Per le considerazioni svolte, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome a maggioranza (avviso contrario della Regione Lazio) esprime parere negativo salvo l'accoglimento della seguente proposta di modifica all'articolo 2 tesa, in una logica di leale collaborazione a migliorare il testo del decreto e a renderlo rispettoso delle competenze e delle prerogative di ciascun livello istituzionale come previsto dalla Costituzione:

**L'articolo 2 - Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria è sostituito dal seguente.**

**“1. Al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, è istituita presso il Ministero della salute un'Unità di Missione per la verifica e il monitoraggio sull'assistenza sanitaria, di seguito denominato « Unità », che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge le funzioni già attribuite al predetto Sistema, assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per le funzioni di cui all'articolo 1, comma 3, lettere e), g), h) e l) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 189 del 16 agosto 2006.**

**2. L'Unità ha il compito di vigilare e svolgere verifiche presso le Regioni 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 in stretto raccordo e collaborazione con il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria di cui al comma 7 del presente articolo. A tali fini, l'Unità si avvale anche dei dati forniti da AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di**

cui all'articolo 1 e dalle attività di *audit* svolte dall'Agenzia in base al comma 6 del medesimo articolo 1.

3. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Unità esercita le sue funzioni sulla base di un decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della legge di conversione del presente decreto-legge.

4. L'Unità è costituita 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 quattro dirigenti di livello non generale, di cui tre da imputare all'aliquota sanitaria alla cui copertura si provvede anche mediante l'indizione di nuove procedure concorsuali pubbliche. In sede di prima applicazione, gli incarichi dirigenziali di cui al primo periodo possono essere conferiti anche in deroga alle percentuali dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le medesime finalità, il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 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 n. 165 del 2001, 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 dell'attuazione delle disposizioni di cui al sesto periodo, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'Area Funzionari del Comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche. Detto personale è posto, 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. 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.

5. Gli oneri per l'espletamento delle funzioni di cui al comma 3 sono quantificati per l'anno 2024 in euro 125.000 e in euro 250.000 annui a decorrere dal 2025.

**6. Agli oneri derivanti dal comma 4 e 6 pari a euro 1.369.777 per l'anno 2024 e in 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 e, 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.**

**7. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituiscono con specifica disposizione regionale l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione che provvede ad individuare il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), di seguito denominato RUAS, a cui si attribuiscono le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa da adottare con validità annuale. Il RUAS è responsabile in ordine al 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 nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste d'attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma della presente legge in tema di regolazione contrattuale degli erogatori. Redige, con cadenza annuale, un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d'attesa in ambito aziendale e segnala le eventuali criticità. Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.”**

#### Relazione illustrativa

La riformulazione dell'articolo 2 si è resa necessaria in quanto la norma approvata dal Governo appare in palese contrasto con il rispetto delle prerogative delle Regioni e delle Province autonome sancite dalla Costituzione.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome rimette, inoltre, alle valutazioni del Governo le seguenti ulteriori proposte di modifica:

- **Articolo 1 Istituzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa**

(proposta emendativa ablativa) 1.5

La lettera b) del comma 5 dell'articolo 1 è soppressa.

(proposta emendativa sostitutiva) 1.5

Alla lettera c) dell'articolo 1 del comma 5 le parole “*del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione*” sono sostituite dalle seguenti “*dell'implementazione dei percorsi di tutela previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa*”

(proposta emendativa ablativa) 1.5

La lettera e) dell'articolo 1 del comma 5 è soppressa.

Relazione illustrativa

La finalità della piattaforma deve limitarsi al monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa e della garanzia delle indicazioni di appropriatezza, nel rispetto delle competenze regionali e aziendali. Inoltre, predisporre tutti gli adeguamenti sulle infrastrutture regionali al fine di rendere interoperabili con la piattaforma nazionale comporta investimenti economici consistenti non commisurati alle finalità delle informazioni utili per il monitoraggio delle liste di attesa.

(Proposta emendativa aggiuntiva) 1.6

Al comma 6 dell'art. 1 sono aggiunte le seguenti parole:  
sulla base di criteri di funzionamento dei sistemi regionali, secondo gli aspetti richiamati al comma 5, definiti entro sessanta giorni, dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

**- Dopo l'articolo 2 inserire il seguente articolo 2 bis (Implementazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)**

1. Al fine di garantire l'operatività del presente decreto, il Ministero della Salute, in collaborazione con l'AGENAS, l'ISS, e d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, elabora con cadenza triennale un Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, Il Ministro della Salute adotta, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1, relativo al primo triennio di vigenza del presente decreto

3. Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1 definisce le azioni e gli strumenti finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di cui al presente decreto, in particolare:

a) Sul versante della domanda, vengono individuate metodologie per la definizione di condizioni cliniche appropriate per ciascuna classe di priorità che siano coerenti con il bisogno di salute del cittadino. Per l'applicazione di tali condizioni, sistemi di prescrizione guidata facilitano il prescrittore al momento della richiesta di prestazioni.

b) Sul versante dell'offerta, vengono definite metodologie per lo studio del fabbisogno di supporto alla programmazione delle prestazioni sanitarie da rendere disponibili nei sistemi informativi aziendali. Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'intera offerta prestazionale deve essere resa disponibile nel sistema CUP e la prenotabilità delle prestazioni deve essere garantita in modo continuativo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

c) Sul versante dei monitoraggi dei tempi di attesa, per la specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera viene aggiornato l'elenco delle prestazioni da monitorare sulla base di criticità riscontrate dai flussi nazionali e vengono definite le modalità e le cadenze delle rilevazioni.

Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale si istituisce un nuovo flusso informativo nazionale di raccolta dei dati di prenotazione

#### Relazione illustrativa

L'articolo aggiuntivo prevede l'implementazione e l'adozione del Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Riteniamo indispensabile, in un decreto legge che si vuole occupare di liste di attesa, il riferimento ad questo strumento che per il triennio 2024-2026 è in fase di redazione con il contributo tecnico delle regioni. Il PNGLA introduce importanti innovazioni in materia di governo della domanda e dell'offerta con nuovi flussi informatici, revisioni di linee di guida per il corretto accesso ai sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie, nonché strumenti di monitoraggio aggiornati per la quantificazione della domanda di prestazioni ambulatoriali e di ricovero. A questi si affianca un piano aggiornato dei controlli di appropriatezza prescrittiva e di assegnazione delle priorità di accesso alle strutture sanitarie. Così come un piano di comunicazione al fruitore dei servizi. È importante un inserimento in questo Decreto Legge per rafforzare gli strumenti previsti dal Piano così gli obiettivi assegnati annualmente e le necessarie risorse da assegnare per la sua implementazione

#### - **Articolo 3 Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie.**

(proposta emendativa sostitutiva)

**Art. 3 Titolo:** la parola "*implementazione*" è sostituita dalla seguente "*adeguamento*" ... *del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie.*

#### Relazione illustrativa

I CUP sono già tutti implementati ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 2010, dalla Legge di Bilancio 2019 e dal D.L. 119/2018 convertito dalla Legge 136/2018, casomai si adegueranno.

(proposta sostitutiva additiva) **3.3**

All'articolo 3, comma 3 la parola "*autorizzate*" è sostituita dalla seguente "*accreditate*"

#### Relazione illustrativa

Si precisa, inoltre, che le strutture sanitarie private che sono tenute a mettere a disposizione l'intera offerta prestazionale nel sistema CUP sono quelle accreditate e non quelle autorizzate.

(proposta emendativa sostitutiva) **3.5**

All'articolo 3, comma 5, la parola "*attiva*" è sostituita dalla seguente "*prevede*".

Le parole "*disdetta delle prenotazioni, per ricordare*" sono sostituite da "*gestione delle prenotazioni che ricordi*" all'assistito la data di erogazione della prestazione.

Le parole “*per richiedere*” sono sostituite dalle seguenti “*ne richieda*” la conferma o la cancellazione

(proposta emendativa parzialmente ablativa) 3.5

Le parole “*della prenotazione effettuata, da effettuarsi*” sono soppresse.

Relazione illustrativa

La sostituzione proposta è motivata dal fatto che il sistema di disdetta e di remind sono due cose diverse. In questo caso si fa riferimento al sistema di remind.

(proposta emendativa parzialmente ablativa) 3.7

All’articolo 3, comma 7, le parole “*all’erogatore pubblico o privato accreditato*” e “*nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa*” sono soppresse.

(proposta emendativa additiva) 3.7

All’articolo 3, comma 7, dopo le parole “Nelle Linee di indirizzo di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l’assistito” inserire le seguenti “*sia esso esente o non esente*” che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta

(proposta emendativa sostitutiva) 3.7

All’articolo 3, comma 7, le parole “*può essere*” sono sostituite dalla seguente “*è*” 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.”

Relazione illustrativa

La quota da pagare equivale al ticket dovuto da pazienti non esenti. Si fa presente che in caso di mancata/tardiva disdetta, tale quota è dovuta anche dai pazienti esenti. Va pagato all’azienda non all’erogatore. Il ticket è unico e non è differenziato per fasce di reddito. La sanzione resta all’azienda, non alla struttura.

(proposta emendativa parzialmente ablativa) 3.10

All’articolo 3, comma 10, la parola “*Nazionale*” è soppressa.

Relazione illustrativa

I nomenclatori tariffari utilizzati per le prestazioni erogate dal privato accreditato sono quelli regionali e non nazionali.

(Proposta emendativa ablativa) 3.10

All’art 3, comma 10 le parole “*dell’attività libero-professionale intramuraria*” sono soppresse

(Proposta emendativa aggiuntiva) 3.10



All'art. 3, comma 10 dopo la parola "vigente" sono aggiunte le parole "nel rispetto della appropriatezza prescrittiva, anche attraverso le piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con quanto previsto dal PNGLA di cui all'art 2 aggiuntivo"

**(Proposta emendativa aggiuntiva) 3.10**

All'art. 3, comma 10 dopo la parola "vigente" è aggiunto il periodo "In materia di determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, non rientrano nei limiti di spesa di cui all'art. 15, del decreto legge n. 95 del 06.07.2012 e ss.mm., gli incrementi di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie specialistiche di emodialisi e radioterapia."

Relazione illustrativa

La possibilità di incrementare la spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie specialistiche di emodialisi e radioterapia consentirà di ridurre i tempi di attesa per l'erogazione di queste prestazioni.

**- Articolo 4 Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche.**

**(proposta emendativa additiva) 4.2**

All'articolo 4, secondo comma, dopo le parole "con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente" inserire le seguenti parole "e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza"

Relazione illustrativa

La precisazione è finalizzata ad uniformare le disposizioni dell'articolo 4, comma 2 alla normativa che prevede che le disposizioni per i dipendenti in materia di rapporto esclusivo e attività libero professionale intramoenia siano applicate, per il rinvio generale operato dall'art.5, comma 2 del D. Lgs. 517/99, anche ai professori e ricercatori universitari inseriti in assistenza.

**(proposta comma aggiuntivo) 4.3- bis** Dopo il comma 3 dell'articolo 4, aggiungere il seguente: "Al fine di concorrere al raggiungimento delle finalità del presente decreto, le risorse rientranti nei limiti di spesa, assegnati per l'esercizio 2023 alle strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, che a consuntivo sono risultate non interamente utilizzate e che sono state oggetto di specifici accantonamenti nei relativi bilanci delle aziende sanitarie, possono essere aggiunte ai limiti di spesa per l'esercizio 2024, in deroga ai limiti di spesa vigenti per tale esercizio ai sensi dell'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con

*modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano in via straordinaria per l'esercizio 2024, con riferimento alle economie accertate per l'esercizio 2023, nonché per gli esercizi 2025 e 2026, riferimento alle eventuali economie accertate, rispettivamente, per gli esercizi 2024 e 2025, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale per ciascun esercizio.”*

#### Relazione illustrativa

Ogni anno, tra le strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, si verificano significativi sotto utilizzi dei tetti di spesa, che la programmazione regionale ha definito nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. Gli importi di tali sotto utilizzi, generalmente, anche per prudenza gestionale, non determinano nei bilanci consuntivi delle aziende sanitarie regionali corrispondenti minori costi, rimanendo nelle voci di acquisto delle prestazioni sanitarie da privati; oppure, vengono riclassificati negli accantonamenti al fondo rischi ed oneri. E finiscono per essere rilevati a sopravvenienze attive e/o insussistenze del passivo solo in esercizi successivi, a distanza di anni. L'emendamento proposto renderebbe disponibili gli importi dei sotto utilizzi per lo smaltimento delle liste di attesa nell'esercizio successivo, senza maggiori oneri per la finanza pubblica. Trattandosi di una innovazione, si propone di adottare questa misura per il triennio 2024 – 2026. Salvo renderla permanente in futuro, dopo averne sperimentato la concreta attuazione.

#### (proposta comma aggiuntivo) 4.3- ter

*“Al fine di concorrere al raggiungimento delle finalità del presente decreto, nonché per contribuire alla sostenibilità di tali rimborsi da parte dei soggetti debitori, le regioni che a qualsiasi titolo devono recuperare somme pregresse dalle strutture private, accreditate per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, possono definire accordi straordinari per l'esercizio 2024 e, eventualmente, per gli esercizi successivi, al fine di recuperare tali somme, maggiorate degli interessi legali, attraverso l'erogazione gratuita di prestazioni sanitarie in aggiunta ai limiti di spesa vigenti per ciascun esercizio ai sensi dell'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.”*

#### Relazione illustrativa

A seguito di controlli, contestazioni e, in alcuni casi, di contenziosi, accade che diverse strutture private debbano restituire alle regioni (ovvero, alle aziende sanitarie locali) ingenti somme, maggiorate di interessi legali.

In alcuni casi, l'entità di tali somme è molto rilevante, tale da compromettere la solvibilità e, quindi, la sopravvivenza stessa della struttura accreditata. Alcune strutture, debtrici di somme rilevanti, e che storicamente hanno dimostrato di poter sviluppare livelli di attività appropriata superiori ai limiti di spesa vigenti, hanno proposto piani di rientro pluriennali, basati sulla erogazione gratuita delle prestazioni di assistenza ospedaliera e/o di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono accreditate, in aggiunta ai limiti di spesa che la regione assegna loro nel rispetto della normativa vigente.

Si sottolinea che l'emendamento proposto:

- non comporta alcun onere per la finanza pubblica;
- favorisce lo smaltimento delle liste di attesa;
- rende possibile, attraverso una congrua dilazione, maggiorata di interessi legali, il graduale rientro di debiti che, diversamente, sarebbe insostenibile per la continuità aziendale del debitore, con la conseguenza di vanificare le stesse possibilità di recupero e di determinare la perdita di posti di lavoro.

#### Proposte emendativa sostitutiva 4.1

Il comma 1 dell'articolo 4 è sostituito dal seguente;

1. Al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, oltre che in regime istituzionale anche mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2, del contratto collettivo nazionale del lavoro dell'Area Sanità del 23 gennaio 2024, e dell'articolo 7, comma 1, lett. D) del contratto collettivo nazionale del lavoro relativo al personale del Comparto sanità del 2 novembre 2022, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232 ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n.213; e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. L'ampliamento delle attività avviene previa definizione di criteri individuati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con Decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, acquisito il parere delle Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute.

#### Relazione illustrativa

L'articolo prevede l'effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica e il prolungamento della fascia oraria negli altri giorni, stabilendo che siano i Direttori regionali della sanità a vigilare sull'attuazione, trasmettendo un report al Ministero, rispondendone in prima persona in caso di inefficienze. In sostanza, le Aziende dovrebbero incrementare l'offerta assistenziale, senza fondi aggiuntivi e, se non riescono, saranno sanzionati i Direttori Generali regionali. Si nota confusione in merito ai livelli di competenza e responsabilità tra Stato, Regioni e Aziende. Di fatto, con questo decreto le Regioni perdono competenze in tema di programmazione e controllo sulle Aziende ma vengono sanzionate se le Aziende non gestiscono correttamente le liste d'attesa o non aprono gli ambulatori anche il sabato e la domenica. Anche in questo caso, non sono previste risorse aggiuntive per l'incremento dell'offerta assistenziale ma si rimanda sempre al comma 232 della legge di bilancio 2024.

#### Proposta additiva 4.3

Al comma 3 dell'articolo 4 in fine sono aggiunte le seguenti parole *“qualora le prestazioni siano rese mediante ricorso alle prestazioni aggiuntive ai sensi del comma 1”*

### Relazione illustrativa

L'articolo 4, comma 1, per garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie prevede che le visite diagnostiche e specialistiche siano effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, facendo sorgere in capo alle aziende un vero e proprio obbligo in tal senso. Tuttavia il comma 3 prevede che per far fronte a tale obbligo si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (cioè della quota parte dello 0,4% del FSN di spettanza di ciascuna regione) risorse che sono finalizzate, se le attività sono rese dal personale dipendente, a remunerare le prestazioni aggiuntive. Un'interpretazione letterale della norma pertanto determinerebbe l'impossibilità di effettuare esami diagnostici e visite diagnostiche e specialistiche in regime istituzionale. Al fine di evitare tale interpretazione che inevitabilmente limiterebbe il numero di prestazioni erogabili in periodi notturni e festivi con conseguenti negativi riflessi sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, con la proposta emendativa si intende chiarire che le attività in parola vanno effettuate in primis in regime istituzionale e poi in regime di acquisto di prestazioni secondo le disposizioni dei vigenti contratti collettivi nazionali dell'Area Sanità e del Comparto. Conseguentemente si propone anche l'integrazione del comma 3 prevedendo che l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, dalla L. 213/2023 sia limitato all'ipotesi di ricorso alle prestazioni aggiuntive.

La proposta di soppressione del terzo periodo del comma 1, che prevede l'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità in relazione all'erogazione delle prestazioni serali e festive, discende dalla stessa ratio sottesa alla proposta di abrogazione del comma 3, ultimo periodo, dell'articolo 4 e cioè l'incompatibilità con la sfera di autonomia regionale costituzionalmente garantita.

### (Proposta emendativa addittiva)

All'art. 4, comma 3 dopo le parole *“della Legge 30 dicembre 2023, n. 213.”* sono aggiunte le parole *“A tale scopo le risorse di cui all'Art. 1, comma 232 della Legge 30 dicembre 2023, n. 213 sono incrementate di 500 mln per l'anno 2024, 500 mln per l'anno 2025 e 1 mld per l'anno 2026”*

## **- Articolo 5 Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario**

### (Proposta sostitutiva)

Nella rubrica la parola “sanitario” è sostituita dalle seguenti “del servizio sanitario nazionale”.

### (Proposta ablativa) 5.1

Il comma 1 è soppresso.

### Relazione illustrativa

La norma, di cui al comma 1 conferma per l'anno 2024 e fino all'adozione della nuova metodologia per la definizione del fabbisogno del personale l'incremento della spesa di personale di cui all'articolo

11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 nella misura del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e di un ulteriore 5 per cento su richiesta della Regione. Si ricorda che quest'ultimo incremento ai sensi dell'art. 11 del DL 35/2019 era subordinato al verificarsi di determinate condizioni oggettive, in particolare all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, adottato con decreto del ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni su proposta dell'Agenas.

In base alla nuova previsione legislativa per l'anno 2024 l'incremento del 5% richiesto dalle Regioni non è subordinato all'adozione della predetta metodologia ma alla verifica della congruità delle misure compensative della maggior spesa di personale.

**Di fatto, in base alle disposizioni citate, il limite di spesa ad oggi dinamico (si incrementa comunque ogni anno di una percentuale dell'incremento del fondo sanitario regionale) rischia di ripresentarsi di fatto come limite riferito al 2024 in quanto la “metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni” è definita anche con i valori di cui al comma 1.**

Suscita inoltre perplessità la previsione secondo cui i Piani triennali dei fabbisogni di personale conseguenti all'adozione della metodologia per la loro definizione debbano essere approvati con decreto ministeriale ancorchè previa intesa stato-regioni e solo "*ai fini del riscontro di congruità finanziaria*". Oltre agli aspetti di possibile violazione della sfera di competenza regionale costituzionalmente garantita, siffatta disposizione rischia di allungare a dismisura i tempi di definizione dei piani e quindi delle assunzioni di personale. **Pertanto si propone, in sede di conversione in legge del decreto, l'abrogazione di tale previsione.**

#### (Proposta emendativa aggiuntiva)

All'art. 5, alla fine del comma 2 è aggiunto il seguente periodo: "*Al fine di perseguire finalità di perequazione territoriale nelle dotazioni di personale occupato nei diversi sistemi sanitari regionali, i decreti con i quali è adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN provvedono anche a stabilire le modalità con le quali avviene il finanziamento straordinario del reclutamento di personale a tempo indeterminato nei sistemi sanitari regionali che presentino, al 31 dicembre di ciascun anno, il parametro di personale occupato inferiore al fabbisogno di personale come definito dalla metodologia adottata*".

#### Relazione illustrativa

L'aggiunta di un ulteriore periodo al comma 2 consente la concreta applicazione della metodologia consentendo la possibilità alle regioni di rendere operativa la stessa in quanto i Ministeri potranno incrementare il limite di spesa fino al raggiungimento dello standard alle regioni che hanno in tetto di spesa che non gli consente di assumere nonostante lo standard stabilisce un numero di personale superiore, consentendo contestualmente la possibilità di attivare meccanismi perequativi

#### Proposta additiva (con subordinata) 5.3

- a) al comma 3 è aggiunto il seguente periodo: “*Le disposizioni di cui al comma 4, dell’articolo 11 di quest’ultimo decreto si applicano anche successivamente all’adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN.*

*Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazioni mediche della dirigenza del SSN in relazione alla tipologia, anche tenuto conto della carenza di professionisti appartenenti a talune branche specialistiche, e alle condizioni di lavoro, nonché di valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari, degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e degli operatori socio-sanitari, anche considerando le attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nell’ambito della disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell’anno 2018. Le suddette risorse aggiuntive sono utilizzate in deroga ai limiti di spesa di cui all’articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e ai limiti di cui all’articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall’entrata in vigore del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l’attuazione del presente comma”.*

### Relazione illustrativa

L’emendamento relativo alla rubrica è proposto per rendere la stessa coerente con i contenuti dell’articolo che fanno riferimento alla determinazione della spesa di tutto il personale del SSN e non solo di quello del ruolo sanitario.

La proposta di soppressione del comma 1 è volta a mantenere, fino all’adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, gli attuali limiti di spesa del personale che il comma 1, facendo coincidere dall’anno 2024 il tetto di spesa con il “valore” della spesa sostenuta nel 2023, ridurrebbe nei confronti di quelle regioni che nel 2023 non avevano raggiunto il limite di spesa previsto dall’articolo 11 del DL 35/2019.

Conseguentemente si propone la soppressione anche dell’inciso “*in coerenza con i valori di cui al comma 1*” contenuto al comma 2, primo periodo. Peraltro, anche se fosse mantenuto il comma 1 tale inciso andrebbe ugualmente soppresso in quanto contraddice la ratio sottesa all’adozione della metodologia per determinare il fabbisogno di personale degli enti del SSN che è quella, come recita la rubrica dell’articolo, del “superamento del tetto di spesa per l’assunzione di personale sanitario (rectius del SSN), ovviamente nel quadro dell’equilibrio economico e delle risorse del FSN. Verrebbe di fatto riproposto un limite di spesa per il personale, riferito al 2024, oltre tutto senza nemmeno la dinamicità attualmente prevista dall’articolo 11 del D.L 35/2019, secondo cui le risorse per il personale sono incrementate ogni anno di una percentuale dell’incremento del fondo sanitario regionale.

Con la proposta sostitutiva del terzo periodo del comma 2 si intende eliminare una norma che subordina l’adozione dei piani triennali dei fabbisogni di personale all’approvazione da parte del ministero della salute di concerto con il ministero dell’economia e delle finanze, ancorchè previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La competenza in materia infatti deve ritenersi esclusivamente regionale, attenendo a profili pubblicistico-organizzativi del lavoro pubblico e, quindi, secondo la costante giurisprudenza della Corte Costituzionale, riconducibili alla materia dell’organizzazione regionale. Si propone la sostituzione della norma con un'altra che da un lato impone alle Regioni e alle Province

autonome di conformarsi alla metodologia per la definizione del fabbisogno del personale adottata secondo la procedura indicata nel medesimo comma 2, ma dall'altro riconosce alle stesse regioni e province autonome la competenza ad approvare i piani dei fabbisogni predisposti dagli enti del SSN che insistono sul proprio territorio.

L'aggiunta di un secondo periodo al comma 3 (che diventerebbe comma 2 con la soppressione del comma 1) è finalizzata a consentire, come attualmente previsto ai sensi dell'articolo 11, comma 1, secondo, quarto e quinto periodo, del DL 35/2019, l'incremento della spesa del personale in rapporto all'incremento annuale del FSN e l'inclusione all'interno di tale incremento delle risorse per il trattamento accessorio. Inoltre, con il proposto mantenimento del comma 4 dell'articolo 11 dello stesso DL 35/2019 si conservano le disposizioni dell'articolo 1, comma 73 della L. 191/2009, a cui il comma 4 rinvia, che salvaguardano le regioni che pur non raggiungendo gli obiettivi di costo assicurano l'equilibrio economico.

In subordine, ed in alternativa al mantenimento dell'articolo 11, comma 1, secondo, quarto e quinto periodo del DL 35/2019 (ma confermando la vigenza del comma 4 di tale articolo) si propone l'inserimento di un ulteriore periodo per consentire alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, nell'ambito della disponibilità dei propri bilanci, di destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Il testo è stato mutuato dall'analoga previsione del disegno di legge recante misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria. Si ritiene la misura alternativa necessaria per garantire fondi adeguati alla corresponsione del trattamento accessorio al personale

## **Articolo 7 - Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario.**

(proposta emendativa ablativa)

All'art 7, comma 6 le lettere d) ed e) sono soppresse

Relazione illustrativa

Per le Regioni è inaccettabile qualsiasi taglio al FSN

(clausola di salvaguardia)

**Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:**

*“7-bis. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale e provinciale con fondi del proprio bilancio, anche compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.”.*

Relazione illustrativa

Si ritiene opportuno proporre l'inserimento della clausola di salvaguardia relativa alle competenze attribuite alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome dai rispettivi statuti e dalle norme di attuazione.

Per la regione Trentino-Alto Adige/Südtirol rileva la competenza primaria in materia di "ordinamento degli enti sanitari e ospedalieri" di cui all'articolo 4, numero 7, dello Statuto di Autonomia, nonché al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 1975, n. 474, recante "Norme di attuazione dello statuto per la Regione Trentino-Alto Adige in materia di igiene e sanità".

Per le Province Autonome di Trento e di Bolzano rileva inoltre la competenza secondaria statutariamente prevista in materia di igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera, di cui all'articolo 9, numero 10, dello Statuto di Autonomia, nonché al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 1975, n. 474, recante "Norme di attuazione dello statuto per la Regione Trentino-Alto Adige in materia di igiene e sanità".

Si evidenzia inoltre che le Province Autonome di Trento e di Bolzano provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio ai sensi dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e non accedono al Fondo sanitario nazionale.

Il decreto-legge interviene nelle materie dell'ordinamento degli enti sanitari e ospedalieri e dell'assistenza sanitaria. Con riferimento alla prima materia, le Province autonome godono di competenza primaria (art. 4 dello Statuto), mentre con riferimento alla seconda di competenza concorrente (art. 9). Inoltre occorre tenere in considerazione che il D.P.R. 28 marzo 1975, n. 474, recante "Norme di attuazione dello statuto per la regione Trentino-Alto Adige in materia di igiene e sanità", ha trasferito alle Province autonome le attribuzioni dell'amministrazione dello Stato in materia di igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, esercitate sia direttamente dagli organi centrali e periferici dello Stato sia per il tramite di enti e di istituti pubblici a carattere nazionale o sovra-provinciale in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Detto trasferimento è coerente con quanto previsto dall'articolo 4 del decreto legislativo 16 marzo 1992, n. 266 ("Norme di attuazione dello statuto speciale per il Trentino - Alto Adige concernenti il rapporto tra atti legislativi statali e leggi regionali e provinciali, nonché la potestà statale di indirizzo e coordinamento") il quale esclude che, nelle materie di competenza propria della Regione o delle Province autonome, le leggi dello Stato possano "attribuire agli organi statali funzioni amministrative, comprese quelle di vigilanza, di polizia amministrativa e di accertamento di violazioni amministrative, diverse da quelle spettanti allo Stato secondo lo statuto speciale e le relative norme di attuazione, salvi gli interventi richiesti ai sensi dell'art. 22 dello statuto medesimo."

Si evidenzia inoltre che le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario provinciale (SSP) esclusivamente con fondi del proprio bilancio ai sensi dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e non accedono al Fondo sanitario nazionale.

A tutela dell'assetto delle competenze legislative ed amministrative spettanti alle Province autonome ai sensi dello Statuto speciale e delle relative norme di attuazione, è quindi necessario inserire la clausola di salvaguardia e sopprimere il riferimento alle province autonome contenuto nell'articolo 2.



(Proposte additive)

## **7.1 7.2**

Ai commi 1 e 2 dopo le parole “*i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive*” inserire le seguenti “*effettuate dalla data di entrata in vigore del presente decreto*”.

### Relazione illustrativa

L'art. 7 prevede nei confronti dei dirigenti sanitari e dei dipendenti del comparto che effettuano prestazioni aggiuntive secondo le previsioni del CCNL di riferimento, un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento. Il testo legislativo peraltro fa riferimento, sia al comma 1 che al comma 2, ai "compensi erogati". Ciò potrebbe far supporre che tale nuova aliquota si applichi retroattivamente anche alle prestazioni che pur rese prima della data di entrata in vigore del decreto siano liquidate successivamente. Tale interpretazione "letterale" non appare coerente con le regole contabili e comunque creerebbe una disparità di trattamento del tutto ingiustificata poiché penalizzerebbe i dipendenti di quelle aziende che hanno più velocemente erogato i compensi. Con l'emendamento proposto la riduzione dell'imposta si applicherebbe senza possibilità di dubbio con riferimento alle prestazioni aggiuntive effettuate a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto.

Roma, 11 luglio 2024