
Proposte di norme da inserire nella Legge Finanziaria 2027

Sommario

1. Premessa	3
2. Quadro di sintesi	4
2.1. Spese obbligatorie – Prospetto C	4
2.2. Proposte emendative che necessitano di copertura finanziaria - Prospetto A.....	5
2.3. Proposte emendative che non comportano maggiori oneri per la finanza pubblica rispetto al quadro normativo vigente - Prospetto B	5
3. Proposte emendative - Prospetti A e B	6
3.1. Relazione	6
Incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard (Comma 1)	6
Riconduzione al finanziamento indistinto delle quote per gli obiettivi di Piano sanitario (Comma 2)	6
Spesa per il personale del SSN (Commi 3-9).....	6
Adeguamento retributivo del personale sanitario (Commi 10-13).....	8
Quota vincolata alle voci di spesa non soggette a tetto (Comma 14)	10
Fondo per l'innovazione terapeutica a impatto sistemico e l'efficientamento delle cure (Commi 15-18).....	10
Spese sanitarie per l'assistenza sanitaria erogata ai profughi provenienti dall'Ucraina (Commi 19-20).....	11
Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (Commi 21-22)	12
Finanziamento per la diffusione e l'utilizzazione dei DAE, ai sensi dell'articolo 1, comma 5 della legge 4 agosto 2021, n. 116 (Comma 23)	12
Ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Comma 24).....	13
Fondo per Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Commi 25-26)	13
3.2. Proposte normative	15
4. Spese obbligatorie di cui al Prospetto C: proposte emendative subordinate alla eventuale mancata copertura finanziaria	22
4.1. Relazione	22
Premessa: criticità concernenti il servizio mensa e il buono pasto sostitutivo e la retribuzione da corrispondere durante il periodo di ferie	22
Fondo per il concorso agli oneri derivanti dal contenzioso pendente in materia di servizio mensa e buono pasto del personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, vincolata alle voci di spesa non soggette a tetto (Commi 1-8).....	23
Interpretazione autentica dell'articolo 8 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di pausa, servizio mensa e buono pasto nel lavoro pubblico (Commi 9-11)	24
Retribuzione durante il periodo di ferie (Comma 12)	27
Retribuzione nelle giornate di ferie. (Proposta sostitutiva) (Comma 13)	29

Disposizioni in materia di contratti di lavoro flessibile negli enti del Servizio sanitario nazionale (Comma 14).....	30
Disposizioni in materia di ripartizione degli oneri delle prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di lungo assistenza per le persone anziane non autosufficienti (Commi 15-17).....	31
4.2. Proposte normative	35

La programmazione economico-finanziaria per l'anno 2027 si colloca in un contesto caratterizzato da persistenti pressioni inflazionistiche, da un'evoluzione demografica che accresce il fabbisogno di assistenza sanitaria e dalla necessità di rafforzare la sostenibilità e l'equità del Servizio sanitario nazionale. In tale quadro, il Governo riconosce la priorità strategica di investire nel capitale umano sanitario e nell'accesso equo alle cure, al fine di garantire la qualità dei servizi pubblici essenziali e di preservare l'universalità del sistema sanitario.

Ai fini di una corretta valutazione delle proposte che seguono, occorre premettere che la crescita del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard tra il 2026 e il 2027, come determinata a legislazione vigente, risulta pressoché interamente assorbita dalla dinamica delle quote già finalizzate dalle leggi di bilancio per il 2025 e per il 2026.

A legislazione vigente, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard si attesta a 142.905 milioni di euro per l'anno 2026 e a 143.909 milioni di euro per l'anno 2027, con un incremento di 1.004 milioni di euro. Tale incremento è determinato quasi integralmente dall'evoluzione, tra i due esercizi, delle risorse finalizzate dalla legge 30 dicembre 2024, n. 207 (legge di bilancio 2025) e dalla legge 30 dicembre 2025, n. 199 (legge di bilancio 2026). In particolare, l'incremento è quasi interamente assorbito dalle risorse per i rinnovi contrattuali del personale del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2025-2027 previste dalla legge di bilancio 2025, per un valore pari a 1.002 milioni di euro. Tra i due esercizi si registrano, inoltre, ulteriori incrementi di quote finalizzate, solo in parte compensati dalla riduzione o dalla cessazione di quote previste per il solo anno 2026 o in misura decrescente nel tempo. La residua quota di incremento risulta comunque assorbita da ulteriori norme emanate negli esercizi precedenti (L. 131/2025, art. 6, cc. 5 e 8, L. 151/2025, art. 3, e D.L. 156/2025, art. 2).

Si evidenzia infine che per alcune spese che si profilano, a quadro normativo vigente, quali spese obbligatorie per i servizi sanitari regionali, in base a recenti orientamenti giurisprudenziali (es., contenzioso per buoni pasto o rette Alzheimer) si propongono modifiche normative finalizzate a garantirne la sostenibilità.

2. Quadro di sintesi

2.1. Spese obbligatorie – Prospetto C

Si riepilogano le spese da considerarsi obbligatorie, per cui è necessaria la relativa copertura finanziaria a decorrere dall'anno 2027.

VALORI IN MLN DI EURO	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029	Totale 2027-2029
Contenzioso pendente in materia di servizio <u>mensa e buono pasto</u> del personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale.	35	35	35	105
Assistenza residenziale ex art. 30 c.1.b del Dpcm 12/01/2017 (<u>copertura quota ad oggi non a carico del FSN</u>)	3.200	3.200	3.200	9.600
Rifinanziamento spese per assistenza sanitaria a soggetti provenienti dall' <u>Ucraina</u> (c. 19)	114	114	114	342
Rifinanziamento contributo per l'esercizio delle funzioni in materia di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni, e somministrazioni di emoderivati (L.210/1992).	174	174	174	522
Totale	3.523	3.523	3.523	10.579

A tali spese occorre aggiungere anche la necessità di copertura delle **spese correlate alle pressioni inflazionistiche** al fine della garanzia dei LEA per almeno **3,480** mld di euro annui e di **adeguamento retributivo** del personale medico e infermieristico per **1,722** mld di euro per il 2027, come evidenziato nel prospetto A, di cui sopra, in ordine alla richiesta di **incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard**.

2.2. Proposte emendative che necessitano di copertura finanziaria - Prospetto A

5

Voce	2027	2028	2029+	Totale Manovra Triennio 2027 - 2029
Comma 10 – Infermieri SSN (2/3 gap)	1.111	1.111	1.111	3.333
Comma 12 (a – Med. Emergenza-Urgenza (3/3)	114	0	0	114
Comma 12 (b – Anatomia Patologica (3/3)	23	0	0	23
Comma 12 (c – Altri medici SSN (2/3 gap)	474	474	474	1.422
Totale personale sanitario	1.722	1.585	1.585	4.892
Comma 14 – Voci non soggette a tetto	3.480	3.753	4.050	11.283
Comma 15 – Fondo per l'innovazione terapeutica	1.500	0	0	1.500
Comma 19 - Rifinanziamento spese Ucraina	114	114	114	342
Comma 23 – Rifinanziamento Defibrillatori	2	2	2	6
TOTALE MANOVRA	6.818	5.454	5.751	18.023

*La tabella fa riferimento per i commi 10, 12, 14 e 15 alla proposta della Regione Lazio e, invece, per i commi 19 e 23 alle proposte della Regione Emilia-Romagna.

Per l'attuazione delle manovre descritte, sarebbe necessario un incremento del Fondo Sanitario Nazionale di 6.818 milioni di euro nell'anno 2027, di ulteriori 5.454 milioni di euro nell'anno 2028 e di ulteriori 5.751 per l'anno 2029.

2.3. Proposte emendative che non comportano maggiori oneri per la finanza pubblica rispetto al quadro normativo vigente - Prospetto B

Comma 2. Riconduzione al finanziamento indistinto delle quote per gli obiettivi di Piano sanitario
Commi 3 – 9. Spesa per il personale del SSN
Commi 21-22. Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze
Comma 24. Ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale

3. Proposte emendative - *Prospetti A e B*

3.1. Relazione

Incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard (Comma 1)

Con la disposizione di cui al comma 1 si prevede l'incremento dal 2027 e fino al 2029 del livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, secondo il prospetto A, di cui al paragrafo 2.1. Tale incremento è da intendersi aggiuntivo rispetto alle risorse già previste e vincolate a legislazione vigente, e pertanto necessita di apposita copertura finanziaria, come illustrato in premessa.

Riconduzione al finanziamento indistinto delle quote per gli obiettivi di Piano sanitario (Comma 2)

La presente manovra si basa, altresì, sulla considerazione che la quota del Fondo sanitario nazionale storicamente vincolata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, pur nata per il finanziamento di specifici progetti, finanzia oggi attività ormai divenute di carattere ordinario e strutturale per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Si propone, pertanto, al comma 2, di ricondurre tale quota al finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard, destinandola al sostegno del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso. Restano in ogni caso ferme le finalità e le definizioni normative degli obiettivi indicati ai citati commi 34 e 34-bis.

Spesa per il personale del SSN (Commi 3-9)

La *spesa per il personale del SSN*, con le manovre di finanza pubblica che si sono susseguite dall'inizio degli anni duemila a tutt'oggi, è stata via via assoggettata a vincoli stringenti, talora più rigorosi e severi rispetto a quelli previsti per i restanti comparti della pubblica amministrazione. Nello stesso lasso temporale, con frammentari e spesso contraddittori provvedimenti con forza di legge, si sono inoltre approvate misure che, con diverse motivazioni e finalità, hanno tentato di ammorbidire tali vincoli, in alcuni casi solo a favore dei Sistemi sanitari regionali che presentassero l'equilibrio economico, senza tuttavia mai rendere la spesa per il personale un fattore il cui governo fosse orientato ai reali bisogni di salute dei cittadini e, in sostanza, alla piena garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Da ultimo, e siamo alla normativa vigente, si sono previste, a livello regionale, possibilità di incrementi della spesa storica, con provvedimenti a termine e comunque condizionate al rispetto di macchinosi parametri per la definizione dei fabbisogni da prevedere con regolamenti di livello nazionale. Il risultato della costante volontà di non rimuovere il vincolo di base

che impone alle aziende sanitarie che la spesa del personale si attesti alla spesa rilevata nel 2004 decurtata dell'1,4 % (l'articolo 2, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni), pur a fronte delle deroghe temporanee sopra descritte (in taluni casi di fatto obbligate come nel caso dell'emergenza COVID-19), ha impedito una corretta e pluriennale programmazione del fabbisogno di risorse umane nel SSN, incidendo quindi gravemente sulla capacità del sistema di rispondere pienamente e con adeguatezza alla sua fondamentale funzione iscritta nei principi fissati negli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di fatto limitando, talora anche gravemente, il diritto costituzionale previsto all'art. 32 della Carta fondamentale. Le misure proposte non comportano costi aggiuntivi, dovendo la spesa per il personale essere ricondotta nell'ambito del complessivo finanziamento annuale del SSN.

Si dispone, quindi, al comma 3, la rimozione di ogni vigente vincolo alla spesa per il personale del SSN, se non in applicazione della disciplina posta dai successivi commi 4-9.

Con il comma 4, si chiarisce in modo puntuale cosa si debba intendere per spesa del personale nel cui aggregato sono da ricomprendere il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato, con rapporti di lavoro di natura professionale, consentiti dalla normativa in materia di lavoro nelle pubbliche amministrazioni, negli enti ed aziende del SSN, con altre forme di rapporto di lavoro flessibile e con convenzioni.

Nel comma 5 vengono stabiliti i principi e criteri, sulla base dei quali saranno definiti gli organici degli enti ed aziende del SSN, non più quindi in ossequio esclusivamente ad obiettivi di finanza pubblica, ma tenendo conto di obiettivi connessi con la garanzia di erogazione dei LEA e di valorizzazione e sicurezza dei professionisti operanti nel sistema.

Il comma 6, a fini di garanzia delle scelte sul piano nazionale ed a tutela di uniformità nell'erogazione dei servizi ai cittadini, stabilisce le procedure tramite le quali, con Decreto del Ministro della salute, venga definita, entro il 31 dicembre 2027, una nuova metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN nel rispetto dei criteri e i principi di cui al comma 4. Sulla base di tale metodologia è previsto che le Regioni, a loro volta, entro il 31 marzo 2028, adeguino i rispettivi piani triennali del fabbisogno del personale ed i relativi obiettivi di spesa. È prevista, altresì, una modalità transitoria per la definizione dei piani triennali del fabbisogno di personale, nelle more dell'emanazione del Decreto del Ministro della salute.

Col comma 7 si stabilisce che gli obiettivi di spesa del personale tengano conto delle risorse per il finanziamento del trattamento accessorio e viene stabilito un meccanismo affinché all'evoluzione della spesa corrisponda, quanto meno, il mantenimento al personale delle stesse risorse pro-capite di trattamento accessorio in godimento nell'anno precedente. In tale ambito si prevede, altresì, che le Regioni, nell'ambito del loro potere di coordinamento e nel rispetto di quanto previsto dalla contrattazione

collettiva nazionale, possano emanare specifiche linee di indirizzo, anche con riferimento a modalità di riequilibrio dei valori medi pro-capite fra le aziende dei rispettivi SSR.

Il comma 8 chiarisce i livelli di relazioni sindacali ed il ruolo della contrattazione integrativa aziendale connessi alle previsioni di cui ai commi 3-9 e, in particolare, del comma 6.

Infine, il comma 9 abroga espressamente tutte le norme vigenti disciplinanti limiti alla spesa del personale nel SSN ed ogni norma incompatibile con il contenuto delle disposizioni di cui ai commi 3-9. Resta ferma l'autonomia finanziaria delle Regioni e delle Province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, prevista attualmente dall'articolo 11, comma 4.1, del decreto-legge n. 35 del 2019.

Adeguamento retributivo del personale sanitario (Commi 10-13)

Si rende necessario destinare **risorse specifiche all'adeguamento delle retribuzioni del personale sanitario del SSN**, al fine di riallinearne i livelli salariali alla media dei principali Paesi dell'Europa occidentale. Tale esigenza emerge da un'analisi comparativa condotta sulla base dei dati OECD Health Statistics (ultimo anno disponibile nel periodo 2021–2024), corretta per il differenziale di potere d'acquisto mediante gli indici Eurostat Price Level Indices (PLI 2023, EU27=100). L'aggiustamento a Parità di Potere d'Acquisto (PPP) è stato applicato normalizzando ciascuna retribuzione estera in funzione del rapporto tra il livello dei prezzi italiano (PLI pari a 98) e quello del Paese di riferimento, al fine di esprimere tutti i valori in “euro italiani” e rendere il confronto omogeneo, neutralizzando le distorsioni derivanti dai differenziali di costo della vita tra i diversi Paesi. I dati PLI si riferiscono all'anno 2023, ultimo anno con copertura completa e definitiva per tutti i Paesi UE27 nell'archivio Eurostat.

Per le Professioni sanitarie si evidenzia, con particolare riferimento agli infermieri, che l'Italia si colloca all'undicesima posizione su 23 Paesi UE esaminati. La retribuzione annua lorda risultante dal Conto Annuale RGS 2023 è pari a € 36.560, a fronte di una media dei Paesi dell'Europa occidentale, dopo la correzione PPP, pari a € 49.727, con un gap di € 13.167 per infermiere. L'adeguamento retributivo è riconosciuto nella misura dei due terzi del differenziale, pari a € 8.778 lordi per infermiere, a tutti i 277.138 infermieri del SSN (fonte: AGENAS 2023). Tale misura, pur non colmando integralmente il divario con la media europea, rappresenta un avvicinamento significativo e strutturale ai livelli retributivi dei Paesi di riferimento, compatibile con la sostenibilità finanziaria dell'intervento. **Si propone di ripartire l'impatto della manovra in tre annualità, per un valore annuo pari a 1.111 milioni di euro. L'importo complessivo è stimato in 3.333 milioni di euro nell'arco del triennio.**

Per i dirigenti medici, l'Italia si posiziona al tredicesimo posto su 22 Paesi UE. La retribuzione annua lorda risultante dal Conto Annuale RGS 2023 è pari a € 92.756, a fronte di una media PPP-adjusted dell'Europa occidentale pari a € 107.939, con un gap unitario di € 15.183. L'adeguamento è riconosciuto nella misura dei due terzi del differenziale retributivo per la generalità dei 109.024 dirigenti medici del SSN (fonte: AGENAS 2023), con una significativa eccezione per le discipline di Medicina d'Emergenza-Urgenza e di Anatomia Patologica, per le quali l'adeguamento è riconosciuto nella misura integrale del gap.

La differenziazione risponde alla necessità di creare un differenziale retributivo positivo capace di invertire la crisi di attrattività che colpisce queste due discipline. **La Medicina d'Emergenza-Urgenza** registra una carenza strutturale di circa 3.500 medici, pari al 38% del fabbisogno complessivo (fonte: indagine SIMEU 2024, condotta su 153 strutture corrispondenti a oltre 7 milioni di accessi annui). Il 17% dei turni non è coperto in alcun modo, il 45% dei medici usciti nel 2023 non è stato sostituito e il 60,7% delle borse di specializzazione risulta non assegnato o abbandonato (fonte: studio Anaao Assomed 2025). **L'Anatomia Patologica** ha subito un calo del 25% dell'organico in cinque anni, passando da 1.500 a 1.100 specialisti (fonte: SIAPeC, 9° Congresso Triennale, Padova 2022), con il 50,1% dei contratti di specializzazione non assegnati o abbandonati (fonte: Anaao Assomed 2025), in un contesto di domanda crescente legata alla medicina di precisione e alla diagnostica molecolare. Il riconoscimento dell'adeguamento integrale per queste discipline intende rafforzarne l'attrattività e contrastare una spirale di carenza di organico che, se non affrontata con interventi mirati, rischia di compromettere la funzionalità di servizi essenziali per la tutela della salute pubblica.

Per la Medicina d'Emergenza-Urgenza e l'Anatomia Patologica l'adeguamento retributivo sarà colmato interamente nell'anno 2027, rispettivamente per 114 milioni di euro e per 23 milioni di euro. Per l'adeguamento retributivo dei restanti dirigenti medici si propone di ripartire l'impatto della manovra in tre annualità, per un valore annuo pari a 474 milioni di euro. L'importo complessivo, per tale fattispecie, è stimato in 1.422 milioni di euro nell'arco del triennio.

Tali stime si fondano sul confronto tra la retribuzione italiana risultante dal Conto Annuale RGS 2023 e la media retributiva PPP-adjusted dei Paesi dell'Europa occidentale. Le fonti dati impiegate – OECD Health Statistics, Eurostat PLI, RGS Conto Annuale 2023, AGENAS 2023, Ministero della Salute “Il Personale del Sistema Sanitario Nazionale”, SIMEU 2024, SIAPeC 2022 e Anaao Assomed 2025 – sono di natura pubblica, istituzionale e internazionalmente riconosciute.

Parallelamente, la manovra finanziaria tiene conto della **necessità di assicurare adeguata copertura alle principali voci di spesa sanitaria non soggette a tetto di spesa**. La quantificazione degli importi è stata effettuata sulla base del tasso di crescita medio annuo composto (CAGR) dei costi per beni e servizi del SSN rilevato tra il 2023 e il 2024, pari al 4,93%. Tale parametro è stato preferito al Tasso di Inflazione Programmata (TIP) 2026, fissato all'1,5%, in quanto quest'ultimo non riflette adeguatamente la dinamica effettiva dei costi di approvvigionamento sostenuti dalle aziende sanitarie, che negli ultimi esercizi hanno registrato incrementi strutturalmente superiori all'inflazione generale. L'applicazione del CAGR storico ai fabbisogni del triennio 2027–2029 garantisce una proiezione più aderente alla realtà gestionale delle strutture sanitarie e riduce il rischio di sottofinanziamento di componenti di spesa incompressibili, la cui copertura rappresenta una condizione imprescindibile per la continuità e l'efficacia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. **La stima dell'impatto di tale manovra è pari a 3.480 milioni di euro per l'anno 2027, di ulteriori 3.753 milioni di euro per l'anno 2028 e di ulteriori 4.050 per l'anno 2029.**

Fondo per l'innovazione terapeutica a impatto sistemico e l'efficientamento delle cure (Commi 15-18)

La legge finanziaria per il 2027 promuove inoltre il **rafforzamento dell'accesso alle innovazioni terapeutiche e ai trattamenti farmacologici in grado di prevenire o ritardare l'insorgenza di condizioni di cronicità**. Investire nella prevenzione e nelle terapie precoci costituisce non solo una scelta di equità e tutela della salute pubblica, ma anche una strategia di sostenibilità di lungo periodo per il sistema sanitario, riducendo il carico assistenziale futuro e migliorando la qualità della vita dei cittadini.

L'attuale sistema di finanziamento della spesa sanitaria è spesso basato su una logica di "silos" (compartimenti stagni), dove il costo di un farmaco o di un trattamento innovativo viene percepito esclusivamente come un onere immediato, senza considerare i risparmi indiretti che tale innovazione genera sul sistema complessivo (minori ospedalizzazioni, riduzione delle liste d'attesa, contrazione delle prestazioni diagnostiche). A tal proposito, l'obiettivo centrale della proposta è il passaggio da una logica di "spesa per il prodotto" a una di "investimento per l'esito". Con l'istituzione del "Fondo per l'Innovazione a Risparmio Certificato", si intende incentivare l'adozione di terapie e protocolli di prevenzione che, pur richiedendo un investimento iniziale, siano in grado di produrre una riduzione comprovata degli oneri assistenziali nel medio periodo.

La presente proposta introduce anche un principio di responsabilità condivisa. Attraverso decreti attuativi, verranno stabiliti criteri di rimborso qualora gli obiettivi di

efficientamento non vengano raggiunti, applicando il modello del "pagamento in base al risultato". Inoltre, non si limita a finanziare l'innovazione, ma punta a efficientare il sistema. Promuovere trattamenti che riducono il carico sui dipartimenti di emergenza e sulle strutture ospedaliere significa non solo risparmiare risorse, ma anche migliorare la qualità della vita dei pazienti e la fluidità delle prestazioni per l'intera collettività.

La stima dell'impatto di tale manovra è pari a 1.500 milioni di euro per l'anno 2027.

In questo quadro, la manovra per il 2027 si propone di coniugare responsabilità finanziaria e tutela del diritto alla salute, orientando le risorse pubbliche verso interventi capaci di rafforzare la resilienza del sistema sanitario e di rispondere alle sfide epidemiologiche, demografiche ed economiche dei prossimi anni.

Spese sanitarie per l'assistenza sanitaria erogata ai profughi provenienti dall'Ucraina (Commi 19-20)

Le Regioni e le Province autonome sostengono le **spese sanitarie per l'assistenza sanitaria erogata ai profughi provenienti dall'Ucraina**, richiedenti e titolari della protezione temporanea in conseguenza degli eventi bellici. Il Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della Protezione Civile, rep. 4190 del 27 novembre 2024, ha stabilito di utilizzare le risultanze della ricognizione effettuata dalle Regioni e dalle Province autonome in relazione alle spese sanitarie effettivamente sostenute per l'assistenza ai profughi.

Con riferimento al fabbisogno 2027, il Decreto-Legge 31 dicembre 2025, n. 200, all'articolo 5, comma 10-sexies, ha prorogato le disposizioni in materia di assistenza sanitaria agli sfollati dall'Ucraina fino al 31 dicembre 2026 ed ha istituito, a tal fine, un fondo con una dotazione di 45 milioni per l'anno 2026 e di **solì 9 milioni per l'anno 2027**: l'ammontare del fondo risulta significativamente inferiore alla spesa sanitaria consolidata dell'anno 2023 (pari a 114.166.087,99 euro) ed è necessario che sia incrementato per evitare che le Regioni e le Province autonome sostengano delle spese non adeguatamente finanziate, almeno fino al valore 2023 (**114 milioni di euro**). Le modifiche proposte all'articolo 5, comma 10-sexies, del Decreto Legge 31 dicembre 2025, n. 200, sono funzionali per allineare l'ammontare del Fondo istituito nello stato di previsione del Ministero della salute all'ammontare consolidato (anno 2023) delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall'Ucraina, per assicurare la disponibilità dei finanziamenti fino alla conclusione degli eventi bellici, per anticipare alle Regioni ed alle Province autonome l'80% delle risorse consolidate erogate a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria.

Si prevede, inoltre, che dopo il terzo periodo del comma 10-sexies, dell'articolo 5, del Decreto Legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito con modificazioni dalla Legge 27 febbraio 2026, n. 26, venga aggiunta una disposizione che preveda, a decorrere dall'anno 2027 e fino alla conclusione degli eventi bellici che coinvolgono l'Ucraina,

che la Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento della Protezione civile adotti, con cadenza annuale, il decreto di trasferimento delle risorse spettanti alle Regioni e alle Province autonome in relazione alle spese sanitarie sostenute per l'assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall'Ucraina. Inoltre, nelle more dell'adozione di tale decreto si prevede che le Regioni e le Province autonome siano autorizzate ad iscrivere nei bilanci sanitari degli esercizi di riferimento, l'ottanta per cento dell'ultimo importo consolidato a titolo di rimborso degli oneri sostenuti per l'assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall'Ucraina, fermo restando i successivi congruagli a seguito della definitiva assegnazione.

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (Commi 21-22)

La proposta di norme indicate mira a stabilire un corretto allineamento del flusso di risorse fra Stato e Regioni per l'esercizio dei LEPS; non è pensabile che per tali importi (circa un miliardo l'anno) le Regioni possano anticipare risorse di parte corrente e, in parallelo, le risorse siano erogate a seguito di rendicontazione, attualmente delineati dall'art 89 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Si tratta, pertanto, di un "circolo vizioso", un problema che si autoalimenta, in quanto le Regioni, non potendo anticipare tutte le risorse, potranno rendicontare meno servizi e questo esito non è sicuramente quello che ha ispirato il legislatore a sistematizzare la materia per far fronte ai gravi problemi della non autosufficienza.

Pertanto, la proposta di norma, da un lato, autorizza le Regioni ad iscrivere, nel bilancio dell'esercizio di riferimento, l'ultimo valore annuale assegnato in esercizi precedenti, fermo restando i successivi congruagli a seguito dell'assegnazione definitiva, dall'altro, introduce, nelle more dell'avvio gestionale pluriennale, un anticipo annuale delle risorse previste/assegnate nell'anno precedente, pari all'80%, fermo restando i successivi congruagli a seguito dell'assegnazione definitiva/rendicontazione secondo la normativa vigente.

Finanziamento per la diffusione e l'utilizzazione dei DAE, ai sensi dell'articolo 1, comma 5 della legge 4 agosto 2021, n. 116 (Comma 23)

La proposta, di cui al comma 23, ha l'obiettivo di prevedere un ulteriore finanziamento per la diffusione e l'utilizzazione dei DAE, secondo quanto disposto dall'articolo 1, comma 2, della legge 4 agosto 2021, n. 116. In particolare, il programma pluriennale, ai sensi della citata disposizione, è stato attuato con DPCM 23 ottobre 2024 che ha disposto anche le modalità di accesso ai contributi previsti dall'articolo 1, comma 5, della suddetta legge, per un periodo di cinque anni e, dunque, fino al 2025. Si propone, dunque, con le medesime modalità stabilite dalla normativa richiamata,

l'aggiornamento per ulteriori cinque anni del programma pluriennale di cui trattasi e, di conseguenza, la possibilità dell'accesso ai contributi stanziati per il relativo periodo alle amministrazioni pubbliche, destinatarie del citato provvedimento.

Ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Comma 24)

In base all'art. 2 comma 68, lett. d), Legge 191/2009, nelle more dell'espressione dell'intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'erogazione delle risorse in via anticipata provvisoria è commisurata al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento della citata intesa, **relative al secondo anno precedente a quello di riferimento**. Tale meccanismo normativo ha generato un deficit di cassa sull'intero sistema delle Regioni stimato in oltre 8,9 mld. Pertanto, si propone al comma 24 una modifica normativa che disponga una erogazione delle risorse commisurata al livello delle erogazioni effettuate relative **all'ultimo esercizio di riferimento**.

Fondo per Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Commi 25-26)

Rifinanziamento, a decorrere dall'anno 2027, del contributo per il concorso agli oneri sostenuti dalle Regioni per l'esercizio della funzione di concessione degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, trasferita alle stesse Regioni in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (sentenze della Corte costituzionale nn. 35/2023 e 181/2023), con successiva fiscalizzazione mediante l'applicazione del d.lgs. 68/2011. La giurisprudenza di merito e di legittimità afferma, peraltro, la legittimazione passiva del Ministero della Salute sul tema. Occorre trovare una soluzione definitiva al finanziamento degli oneri sostenuti per l'esercizio della funzione (trasferimento soppresso pari a € 173.956.007 - CSR 18/11/2010 n.207).

La proposta emendativa rifinanzia il fondo per l'esercizio della funzione. Infatti, la legge 25 febbraio 1992, n. 210 e s.m.i. prevede all'art. 8 che "gli indennizzi previsti dalla presente legge sono corrisposti dal Ministero della sanità". L'art. 1, comma 586 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ha precisato che "gli indennizzi dovuti alle persone danneggiate da trasfusioni, somministrazioni di emoderivati o vaccinazioni, in base alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, riconosciuti dopo il 1° maggio 2001, demandati alle

Regioni, in attesa del trasferimento dallo Stato delle somme dovute, vengono anticipati dalla Regione agli aventi diritto". Il DPCM 26 maggio 2000 che aveva individuato le funzioni da trasferire alle Regioni in tema di salute umana e veterinaria, all'articolo 6 ha previsto che tali risorse fossero iscritte in apposito fondo da istituire nello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per essere successivamente ripartite tra le Regioni. La stessa norma prevede altresì, nel successivo comma 3, che "Il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica provvede annualmente al riparto e alla conseguente assegnazione, sulla scorta dei criteri di cui al comma 1, fino all'entrata in vigore delle disposizioni in materia di federalismo fiscale di cui all'art. 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133"

La matrice "sanitaria" dei suddetti indennizzi è stata peraltro esplicitata anche nella giurisprudenza della Corte costituzionale (v. da ultimo, sentenze Corte costituzionale n. 181/2023 e n. 35/2023). In particolare, nella recente sentenza n. 35/2023 la Corte afferma che "la mancata previsione del diritto all'indennizzo in caso di patologie irreversibili derivanti da determinate vaccinazioni raccomandate si risolve in una lesione degli artt. 2, 3 e 32 Cost., in quanto le esigenze di solidarietà sociale e di tutela della salute del singolo richiedono che sia la collettività ad accollarsi l'onere del pregiudizio individuale mentre sarebbe ingiusto consentire che siano i singoli danneggiati a sopportare il costo del beneficio anche collettivo. In tali casi, l'estensione dell'indennizzo alle vaccinazioni raccomandate completa il "patto di solidarietà" tra individuo e collettività in tema di tutela della salute e rende più serio e affidabile ogni programma sanitario volto alla diffusione dei trattamenti vaccinali, al fine della più ampia copertura della popolazione" (massima n. 45368). La medesima sentenza e la relativa ordinanza di rimessione della Corte di Cassazione precisano altresì che, ove si ritenesse che tale spesa non possa essere qualificata come spesa prettamente "sanitaria", la stessa non potrebbe che essere intesa come spesa "previdenziale", di competenza legislativa esclusiva statale, in considerazione dell' "analogo fondamento costituzionale delle due erogazioni pubbliche - quella pensionistica e quella indennitaria - entrambe fondate sugli obblighi di solidarietà sociale" (Considerato in diritto, par. 1.1).

La giurisprudenza di merito e di legittimità afferma peraltro la legittimazione passiva del Ministero della Salute sul tema.

L'importo del Fondo è determinato dal trasferimento "salute umana" tagliato dal DL 78/2011 (Conferenza Stato – Regioni il 18 novembre 2012 -Atto repertorio n.207/CSR)" pari a 173.956.007 come contributo alla finanza pubblica delle Regioni a statuto ordinario. La previsione normativa contenuta nel D.lgs. 68/2011 e successivamente ribadita come principio nella legge 111/2023 di "Riforma fiscale" (l'art. 2, c. 1, lett. g), punto 3)) che prevede che nell'esercizio della delega il Governo osservi, tra i principi e criteri direttivi generali il seguente: "3) all'attuazione, compatibilmente con gli equilibri

di finanza pubblica, dell'articolo 39, comma 3, del decreto legislativo n. 68 del 2011;” non è mai stata attuata strutturalmente, infatti, tale contributo alla finanza pubblica è tuttora in vigore pur avendo ricordato, nelle sedi istituzionali, i principi della Corte Costituzionale che hanno chiarito che i tagli agli enti territoriali devono avvenire sulla base del principio di temporaneità e transitorietà delle misure di contenimento della spesa pubblica. si propone tale emendamento anche in ossequio alla giurisprudenza costituzionale, (Sent. n.103/2018) che considera incostituzionali i contributi alla finanza pubblica permanenti (ossia a decorrere) (trasferimenti ex lege 59/1997 «Bassanini» tagliati dal DL 78/2010 da fiscalizzare previo rifinanziamento).

3.2. Proposte normative

Comma 1 (*Incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard*)

1. A decorrere dall'anno 2027, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 6.818 milioni di euro per l'anno 2027, di 5.454 milioni di euro per l'anno 2028 e di 5.751 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029, per le finalità di cui ai commi da 2 a 23.

Comma 2 (*Riconduzione al finanziamento indistinto delle quote per gli obiettivi di Piano sanitario*)

2. A decorrere dall'anno 2027, la quota del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard vincolata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è ricondotta al finanziamento indistinto ed è ripartita tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano secondo i criteri ordinari di riparto del medesimo fabbisogno. Restano ferme le finalità e le definizioni normative degli obiettivi di cui al primo periodo.

Commi 3 - 9 (*Spesa per il personale del SSN*)

3. La spesa per il personale del SSN non è soggetta ad alcun vincolo se non in attuazione di quanto previsto dai successivi commi da 4 a 9.
4. La spesa del personale ricomprende quella relativa al personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato, con rapporti di lavoro di natura professionale, consentiti dalla normativa in materia di lavoro nelle pubbliche amministrazioni, negli enti ed aziende del SSN, con altre forme di rapporto di lavoro flessibile e con convenzioni.

5. Gli organici del personale degli enti e delle aziende del SSN e la relativa spesa sono definiti sulla base dei seguenti principi e criteri:
 - a) garanzia di erogazione delle prestazioni e dei percorsi assistenziali nel rispetto dell'universalità e globalità del SSN;
 - b) rispetto degli obiettivi di programmazione sanitaria stabiliti a livello nazionale e regionale e del principio di equilibrio economico e finanziario del SSN;
 - c) programmazione pluriennale definita nell'ambito del piano triennale dei fabbisogni previsto dall'art. 6 del D.lgs. n. 165 del 2001;
 - d) valorizzazione e appropriato impiego e orientamento di tutte le professionalità operanti nell'ambito degli enti e delle aziende del SSN;
 - e) pieno rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e delle norme in materia di organizzazione dell'orario di lavoro;
 - f) rispetto della disciplina in materia di esternalizzazioni.
6. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali confederali e di categoria, entro il 31 dicembre 2027, è definita una nuova metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN nel rispetto dei criteri e i principi di cui al comma 4. Nelle more dell'approvazione della metodologia di cui al primo periodo, le Regioni adeguano, entro il 31 marzo 2028, i piani triennali del fabbisogno del personale ed i relativi obiettivi di spesa ai criteri e principi di cui al comma 5, **fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale**. Le Regioni trasmettono al Ministero della Salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i piani triennali e i relativi obiettivi di spesa.
7. Gli obiettivi di spesa tengono conto e includono le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite fissato dalla legislazione nazionale e dalla contrattazione collettiva è adeguato annualmente in coerenza con l'incremento degli organici, al fine di garantire almeno l'invarianza del valore medio pro-capite aziendale, prendendo a riferimento il personale in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente. A tale riguardo le Regioni, nell'ambito del loro potere di coordinamento e nel rispetto di quanto previsto dalla contrattazione collettiva nazionale, possono emanare specifiche linee di indirizzo, anche con riferimento a modalità di riequilibrio dei valori medi pro-capite fra le aziende dei rispettivi SSR.
8. La contrattazione collettiva nazionale definisce i livelli e le modalità di confronto con le organizzazioni sindacali in merito a quanto previsto dai commi da 3 a 9. Gli effetti di quanto previsto al comma 7 sui trattamenti economici del personale sono oggetto di contrattazione integrativa a livello aziendale.

9. Sono abrogate le seguenti disposizioni in materia di spesa del personale del Servizio sanitario nazionale:

- a) l'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni;
- b) l'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;
- c) l'articolo 11 del decreto-legge del 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e successive modificazioni e integrazioni;
- d) l'articolo 45, comma 1 bis, del decreto-legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre 2019, n. 157 e successive modificazioni e integrazioni;
- e) l'articolo 5 del decreto-legge del 7 giugno 2024, n. 73;

nonché ogni altra disposizione in contrasto o incompatibile con quanto previsto dai commi da 3 a 9. Resta ferma l'autonomia finanziaria delle Regioni e delle Province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Commi 10-11 *(Adeguamento retributivo personale infermieristico del SSN) (del personale delle Professioni sanitarie)*

- 10. Una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a 1.111 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, è destinata all'adeguamento delle retribuzioni del personale infermieristico ospedaliero dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale (del personale delle Professioni sanitarie), nella misura dei due terzi del differenziale retributivo rispetto alla media dei Paesi dell'Europa occidentale. L'adeguamento è erogato a tutti gli infermieri del SSN. L'adeguamento di cui al presente comma opera sulle componenti della retribuzione accessoria ed è comprensivo della quota parte a carico del datore di lavoro per contributi previdenziali, assistenziali e IRAP, nella misura stimata del 37 per cento.
- 11. Le risorse di cui al comma 10 sono ripartite fra le Regioni e le Province autonome sulla base dell'incidenza del personale delle professioni sanitarie sul totale del personale delle professioni sanitarie a livello nazionale.

Commi 12-13 *(Adeguamento retributivo dei dirigenti medici del SSN)*

- 12. Una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a 611 milioni di euro per l'anno 2027, pari a 474 milioni di euro per l'anno 2028 e pari a 474 milioni di euro per l'anno 2029, è destinata all'adeguamento delle retribuzioni dirigenti medici

dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, secondo il seguente criterio differenziato:

- a) ai medici specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza operanti nei servizi di Pronto Soccorso del Servizio sanitario nazionale è riconosciuto l'adeguamento nella misura integrale del differenziale retributivo rispetto alla media dei Paesi dell'Europa occidentale, per una quota pari a 114 milioni di euro integralmente riconosciuti dall'anno 2027;
- b) ai medici specialisti in Anatomia Patologica del Servizio sanitario nazionale è riconosciuto l'adeguamento nella misura integrale del differenziale retributivo, per una quota pari a 23 milioni di euro integralmente riconosciuti dall'anno 2027;
- c) a tutti i restanti dirigenti medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è riconosciuto l'adeguamento nella misura dei due terzi del differenziale retributivo, per un valore pari a 474 milioni di euro per l'anno 2027, per un valore pari a 474 milioni di euro per l'anno 2028 e per un valore pari a 474 milioni di euro per l'anno 2029.

L'adeguamento di cui al presente comma opera sulle componenti della retribuzione accessoria ed è comprensivo della quota parte a carico del datore di lavoro per contributi previdenziali, assistenziali e IRAP, nella misura stimata del 37 per cento.

13. Le risorse di cui al comma 12 sono ripartite fra le Regioni e le Province autonome sulla base dell'incidenza del personale medico sul totale del personale medico a livello nazionale.

Comma 14 (*Quota vincolata alle voci di spesa non soggette a tetto*)

14. Una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a 3.480 milioni di euro per l'anno 2027, 3.753 milioni di euro per l'anno 2028 e 4.050 milioni di euro per l'anno 2029, è destinata alla copertura delle voci di spesa sanitaria non soggette a tetto, con particolare riferimento alla voce dei beni e servizi essenziali e alla voce dei farmaci ospedalieri, al fine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni in un contesto di persistenti pressioni inflazionistiche.

Commi 15-18 (*Fondo per l'innovazione terapeutica a impatto sistemico e l'efficientamento delle cure*)

15. Al fine di garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e promuovere l'adozione di trattamenti innovativi e preventivi che generino una riduzione comprovata degli oneri assistenziali, è istituito presso il Ministero della Salute il

"Fondo per l'Innovazione a Risparmio Certificato", con una dotazione di 1.500 milioni di euro per l'anno 2027.

16. Possono accedere alle risorse del Fondo, di cui al comma 15, i trattamenti farmacologici, inclusi i protocolli di prevenzione primaria e secondaria, che dimostrino, sulla base di evidenze scientifiche e modelli farmaco-economici, la capacità di generare una diminuzione netta dei costi sanitari complessivi (indotto) legati alla patologia trattata entro un orizzonte temporale di 36 mesi dall'inizio della somministrazione o dell'intervento. Ai fini dell'accesso al Fondo, i risparmi di cui sopra devono essere riconducibili a:
 - a) Riduzione del tasso di ospedalizzazione e dei ricoveri ordinari o in regime di day-hospital;
 - b) Diminuzione degli accessi ai dipartimenti di emergenza-urgenza (Pronto Soccorso);
 - c) Contrazione della spesa per prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e specialistiche;
 - d) Riduzione del consumo di altre terapie farmacologiche correlate alle complicanze della patologia.
17. È istituito presso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) l'Ufficio per la Valutazione degli Esiti e dell'Impatto Sistemico (UVEIS). L'Ufficio ha il compito di:
 - e) Validare i modelli di impatto economico presentati dai richiedenti;
 - f) Monitorare nel triennio la reale produzione degli esiti attesi attraverso l'analisi dei flussi informativi sanitari regionali;
 - g) Certificare annualmente il risparmio generato per confermare la copertura delle spese a valere sul Fondo.
18. Con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri di priorità per l'accesso al fondo, le modalità di rendicontazione dei risparmi e le procedure di rimborso in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di efficientamento (modelli di outcome-based pricing).

Commi 19-20 *(Rifinanziamento delle spese sostenute dalle Regioni per l'assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall'Ucraina)*

19. All'articolo 5, comma 10-sexies, del Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito con modificazioni dalla Legge 27 febbraio 2026, n. 26, le parole "9 milioni di euro per l'anno 2027" sono sostituite dalle seguenti: "114 milioni di euro per l'anno 2027 e per gli anni successivi fino a conclusione degli eventi bellici".
20. Dopo il terzo periodo del comma 10-sexies, dell'articolo 5, del Decreto Legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito con modificazioni dalla Legge 27 febbraio

2026, n. 26, sono aggiunti i seguenti periodi: *“A decorrere dall’anno 2027 e fino alla conclusione degli eventi bellici che coinvolgono l’Ucraina, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione civile adotta, con cadenza annuale, il decreto di trasferimento delle risorse spettanti alle Regioni e le Province autonome in relazione alle spese sanitarie sostenute per l’assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall’Ucraina. Nelle more dell’adozione decreto di cui al precedente capoverso, le Regioni e le Province autonome sono autorizzate ad iscrivere nei bilanci sanitari degli esercizi di riferimento, l’ottanta per cento dell’ultimo importo consolidato a titolo di rimborso degli oneri sostenuti per l’assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall’Ucraina, fermo restando i successivi conguagli a seguito della definitiva assegnazione”*.

Commi 21-22 (Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze)

21. A decorrere dall’anno 2027, nelle more dell’assegnazione del finanziamento delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le Regioni sono autorizzate ad iscrivere nel bilancio dell’esercizio di riferimento l’ultimo valore annuale assegnato in esercizi precedenti, fermo restando i successivi conguagli a seguito dell’assegnazione definitiva.
22. A decorrere dall’anno 2027 dal mese di gennaio di ciascun anno, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto e il Ministro dell’economia e delle finanze, è erogato alle Regioni, a titolo di anticipazione, l’ottanta per cento dello stanziamento annuale già ripartito del Fondo per le non autosufficienze di cui all’articolo 1, al comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 ovvero nelle more di adozione del Piano nazionale triennale per la non autosufficienza e del relativo riparto dell’ottanta per cento dello stanziamento annuale previsto dal Fondo per le non autosufficienze di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in tal caso l’anticipazione è effettuata sulla base delle percentuali attribuite a ciascuna Regione l’anno precedente.

Comma 23 (Finanziamento per la diffusione e l'utilizzazione dei DAE, ai sensi dell'articolo 1, comma 5 della legge 4 agosto 2021, n. 116)

23. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell’economia e delle finanze e per la pubblica amministrazione, sentiti gli altri Ministri interessati, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è aggiornato il programma pluriennale, disposto dal DPCM 23 ottobre 2024 ai sensi dell’articolo 1, comma 2, della legge 4 agosto 2021, n.116, per

ulteriori tre anni, a decorrere dall'anno 2027. Ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge 4 agosto 2021, n.116, per l'attuazione del suddetto programma, si prevede un finanziamento nel limite di 2 milioni di euro annui.

Comma 24 (*Ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale*)

24. All'articolo 2, comma 68, lettera d), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le parole: «*relative al secondo anno precedente a quello di riferimento*» sono sostituite dalle seguenti: «*relative all'anno precedente a quello di riferimento*».

Commi 25 -26 (*Fondo per Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210*).

25. Al fine di concorrere agli oneri sostenuti dalle Regioni per l'esercizio della funzione di concessione degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, trasferita alle stesse Regioni in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il fondo di cui all'articolo 1, comma 821, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 è incrementato di 174 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027. Il fondo è ripartito tra le Regioni interessate con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di una proposta formulata dalle Regioni in sede di auto-coordinamento tenendo conto del fabbisogno derivante dagli indennizzi corrisposti.

26. A decorrere dall'anno 2028, il fondo, di cui al comma precedente, confluisce tra i trasferimenti da sopprimere, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 per le Regioni a statuto ordinario.

4. Spese obbligatorie di cui al Prospetto C: proposte emendative subordinate alla eventuale mancata copertura finanziaria

22

4.1. Relazione¹

Premessa: criticità concernenti il servizio mensa e il buono pasto sostitutivo e la retribuzione da corrispondere durante il periodo di ferie

In relazione ai seguenti temi, si rilevano gli effetti economici già emersi e quelli potenziali connessi al contenzioso e agli orientamenti giurisprudenziali in materia:

- riconoscimento del servizio mensa o, in alternativa, del buono pasto sostitutivo in favore del personale del comparto che effettui prestazioni giornaliere eccedenti le sei ore: sono emersi oneri già sostenuti per sentenze esecutive o passate in giudicato pari a **euro 7.981.596,59**, oneri derivanti da accordi transattivi già stipulati pari a **euro 32.134.059,56**, oneri potenziali da contenziosi pendenti pari a **euro 38.523.327,59** e oneri potenziali da applicazione generalizzata dell'orientamento giurisprudenziale pari a euro **1.897.206.482,90**;
- inclusione, nella retribuzione spettante durante il periodo di ferie, di emolumenti ulteriori rispetto al trattamento stipendiale fisso, derivanti da indennità correlate alle mansioni concretamente svolte, alla presenza in servizio ovvero allo status personale e professionale del lavoratore: sono emersi oneri già sostenuti per sentenze esecutive o passate in giudicato pari a **euro 384.526,30**, oneri potenziali da contenziosi pendenti pari a **euro 1.190.511,65** e oneri potenziali annui a regime pari a **euro 45.134.041,77**.

Gli orientamenti giurisprudenziali sviluppatisi in materia sono suscettibili di determinare ingenti oneri per gli enti del Servizio sanitario regionale, sia in relazione al contenzioso in essere, sia con riferimento alle possibili rivendicazioni future.

Gli oneri legati al contenzioso già instaurato, non possono più essere letti come una mera esposizione eventuale, in quanto la Cassazione sta ormai trattando l'orientamento come consolidato e, di fatto, sta segnalando alle aziende che la prosecuzione del giudizio presenta margini sempre più ridotti.

La conseguenza è che il rischio economico si avvicina molto a un onere effettivo e immediato: le aziende potrebbero trovarsi esposte non solo al pagamento dei buoni pasto rivendicati e dei relativi accessori, ma anche alle spese di lite e, nei casi di prosecuzione del ricorso nonostante la proposta ex art. 380-bis, a ulteriori somme per responsabilità aggravata.

In termini di bilancio, questo significa trasformare rapidamente una posta oggi qualificata come potenziale in una passività concreta, con effetti diretti sulla

¹ Per l'emendamento sulle Spese sanitarie per l'assistenza sanitaria erogata ai profughi provenienti dall'Ucraina si rinvia al paragrafo 3.

gestione economico-finanziaria delle aziende sanitarie suscettibile di determinare effetti strutturali sulla programmazione della spesa sanitaria.

Alla luce di tali argomentazioni, è diventato ancora più urgente individuare una soluzione normativa e/o finanziaria alle criticità in materia di servizio mensa e buono pasto sostitutivo del personale turnista e in merito alla retribuzione da corrispondere durante il periodo di ferie, con l'accoglimento degli emendamenti prioritari.

In particolare, si chiede di intervenire normativamente attraverso l'introduzione di una disciplina a regime che regoli la materia per il futuro e, contestualmente, adottare un intervento normativo sul pregresso, così da fornire una soluzione ai giudizi in corso e a quelli già passati in giudicato.

Fondo per il concorso agli oneri derivanti dal contenzioso pendente in materia di servizio mensa e buono pasto del personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, vincolata alle voci di spesa non soggette a tetto (Commi 1-8)

La proposta istituisce un Fondo finalizzato a concorrere alla compensazione degli oneri potenziali derivanti dal contenzioso pendente in materia di servizio mensa e buono pasto sostitutivo del personale dipendente degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. L'intervento si rende necessario alla luce del consolidarsi dell'orientamento giurisprudenziale della Corte di cassazione che riconosce il diritto al servizio mensa o al buono pasto sostitutivo al personale sanitario che svolga prestazioni giornaliere superiori alle sei ore, anche se inserito in turni e anche in caso di prestazioni rese in orario notturno. Le più recenti ordinanze della Corte hanno aggravato il quadro di rischio per gli enti del Servizio sanitario nazionale, sia per l'estensione della platea potenzialmente interessata, sia per i profili relativi alla prescrizione e alla gestione del contenzioso pendente. La disposizione mira, piuttosto, a governare gli effetti finanziari del contenzioso ancora in essere, che presenta rilevanti ricadute sui bilanci delle aziende sanitarie e sugli equilibri economico-finanziari dei Servizi sanitari regionali. La dotazione complessiva del Fondo è pari a 105 milioni di euro per il triennio 2027-2029, ripartita in 35 milioni di euro per ciascun anno.

Il riparto delle risorse è demandato a un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Ai fini del riparto, si tiene conto del numero delle controversie pendenti, del numero dei lavoratori coinvolti e degli oneri potenziali connessi ai giudizi in corso.

La previsione consente di graduare l'assegnazione delle risorse sulla base del rischio effettivamente attuale, evitando che l'intervento assuma la forma di ristoro generalizzato di oneri già definiti o di situazioni non più controverse.

La norma chiarisce inoltre che l'assegnazione delle risorse non costituisce riconoscimento della fondatezza delle pretese azionate nei giudizi pendenti, né determina un riconoscimento generalizzato del diritto al servizio mensa o al buono

pasto. Tale clausola è volta a preservare la neutralità dell'intervento rispetto al merito delle controversie e a qualificarne la finalità esclusivamente finanziaria e compensativa. La norma dovrà comunque essere completata mediante l'introduzione di una disciplina a regime.

In sintesi, la dotazione del Fondo è pari a:

- 35 milioni di euro per l'anno 2027;
- 35 milioni di euro per l'anno 2028.
- 35 milioni per l'anno 2029

L'onere complessivo derivante dalla disposizione è pertanto pari a 105 milioni di euro per il triennio 2027-2029. Le risorse sono ripartite tra le Regioni e le Province autonome con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, nel limite massimo delle disponibilità annuali del Fondo. Ai fini del riparto sono considerati esclusivamente i giudizi pendenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, tenendo conto del numero delle controversie, del numero dei lavoratori interessati e degli oneri potenziali connessi ai giudizi in corso. Non rilevano, ai fini del riparto, gli oneri già sostenuti in esecuzione di sentenze passate in giudicato né gli oneri derivanti da accordi transattivi già conclusi.

La disposizione configura il Fondo come limite massimo di spesa. Qualora il fabbisogno complessivamente rilevato risulti superiore alle risorse disponibili per ciascuna annualità, il riparto è effettuato in misura proporzionale al fabbisogno riconosciuto, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica rispetto all'autorizzazione di spesa prevista.

Agli oneri derivanti dall'istituzione del Fondo, 35 milioni di euro per l'anno 2027, 35 milioni di euro per l'anno 2028, 35 milioni per l'anno 2029, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Resta ferma la necessità di completare la norma mediante l'introduzione di una disciplina a regime.

Interpretazione autentica dell'articolo 8 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di pausa, servizio mensa e buono pasto nel lavoro pubblico (Commi 9-11)

La proposta emendativa introduce una disposizione di interpretazione autentica dell'articolo 8 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di pausa, servizio mensa e buono pasto nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

L'intervento si rende necessario alla luce del consolidarsi di un orientamento giurisprudenziale che tende a ricondurre il diritto al servizio mensa o al buono pasto sostitutivo al mero superamento della soglia delle sei ore di prestazione giornaliera, valorizzando il collegamento tra diritto alla pausa, eventuale consumazione del pasto e

beneficio sostitutivo. Tale ricostruzione è suscettibile di determinare un significativo ampliamento dell'ambito applicativo dell'istituto e un rilevante incremento degli oneri a carico delle amministrazioni pubbliche, in particolare degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale.

La disposizione chiarisce che il diritto alla pausa previsto dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 66 del 2003, finalizzato al recupero delle energie psico-fisiche e all'eventuale consumazione del pasto, non costituisce di per sé titolo attributivo del diritto al servizio mensa, al buono pasto o ad altre modalità sostitutive. Resta invece ferma la disciplina specifica dell'istituto, quale risultante dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa, nonché dagli atti organizzativi e regolamentari adottati dalle amministrazioni in relazione al proprio assetto organizzativo, alla specifica articolazione dell'orario di lavoro, alle esigenze di servizio e alle risorse disponibili.

La proposta non incide sul diritto del lavoratore alla pausa, che resta integralmente garantito nei termini previsti dalla disciplina legislativa e contrattuale, ma mira a evitare che tale diritto venga automaticamente trasformato in un distinto beneficio economico o assistenziale non previsto come generalizzato dalla disciplina contrattuale e non coperto dagli ordinari stanziamenti di bilancio.

La necessità dell'intervento è stata già rappresentata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella relazione predisposta ai sensi dell'articolo 61, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, relativa agli effetti finanziari del contenzioso in materia di servizio mensa e buoni pasto nel comparto sanità. In tale relazione è stato evidenziato che la disciplina legislativa e contrattuale non consente di ritenere sussistente un automatismo tra orario superiore alle sei ore, diritto alla pausa e diritto al servizio mensa o al buono pasto, trattandosi di istituti distinti e rimessi alla disciplina collettiva e all'organizzazione aziendale.

La medesima relazione ha inoltre richiamato il parere del Ministero dell'economia e delle finanze secondo cui il riferimento, contenuto nell'articolo 8 del decreto legislativo n. 66 del 2003, alla "eventuale consumazione del pasto" non consente di desumere ex se un diritto al servizio mensa o al buono pasto, trattandosi di benefici la cui disciplina è rimessa dalla contrattazione collettiva all'autonomia delle amministrazioni e alla disponibilità delle relative risorse.

L'esigenza di chiarimento risulta ulteriormente confermata dalla recente ipotesi di CCNL del comparto sanità 2025-2027. L'articolo 35 disciplina la pausa per il recupero delle energie psico-fisiche, prevedendo, in caso di prestazione eccedente le sei ore, una pausa non inferiore a dieci minuti e, nei contesti in cui la continuità assistenziale non consenta l'applicazione ordinaria della pausa, modalità alternative caratterizzate da minore intensità della prestazione lavorativa. Il medesimo articolo precisa espressamente che resta fermo l'articolo 29 del CCNL 20 settembre 2001, disciplinante la mensa.

Anche la relazione illustrativa dell'ipotesi di CCNL evidenzia che l'articolo 35 introduce una disciplina della pausa per il recupero psico-fisico, distinguendola dalla mensa, qualificata come argomento non trattato, e ribadisce la separazione tra i due istituti. La

proposta emendativa si pone pertanto in linea con il più recente assetto contrattuale, chiarendo sul piano legislativo che la disciplina della pausa non costituisce fonte autonoma di un diritto generalizzato alla mensa o al buono pasto.

L'urgenza dell'intervento risulta ulteriormente confermata dai più recenti sviluppi giurisprudenziali. In particolare, nell'ambito di un procedimento relativo al riconoscimento del buono pasto sostitutivo in favore di lavoratori turnisti, la Corte di cassazione, con proposta formulata ai sensi dell'articolo 380-bis del Codice di procedura civile, ha rilevato che le questioni oggetto del ricorso erano già state affrontate in senso sfavorevole all'amministrazione, richiamando precedenti conformi e proponendo la definizione accelerata del giudizio. Tale sviluppo assume particolare rilievo sistemico, poiché segnala che l'orientamento giurisprudenziale in materia viene ormai considerato consolidato, con conseguente riduzione degli spazi di resistenza processuale da parte delle aziende e degli enti interessati.

In tale quadro, la prosecuzione dei giudizi espone le amministrazioni non soltanto al rischio di soccombenza sulle pretese sostanziali, ma anche a ulteriori conseguenze processuali ed economiche, nei casi in cui la resistenza in giudizio sia ritenuta priva di adeguato fondamento alla luce dell'indirizzo giurisprudenziale consolidato, anche ai fini della responsabilità aggravata di cui all'articolo 96 del Codice di procedura civile. Ne deriva un ulteriore elemento di criticità per gli equilibri economico-finanziari degli enti del Servizio sanitario nazionale, poiché l'onere potenziale connesso al contenzioso può rapidamente tradursi in passività concreta, comprensiva non solo del valore dei buoni pasto rivendicati, ma anche di accessori, spese di lite ed eventuali ulteriori somme poste a carico dell'amministrazione.

Con specifico riferimento al Servizio sanitario nazionale, la disposizione tiene conto della peculiarità dell'organizzazione del lavoro sanitario, caratterizzata da turnazioni, attività rese sulle ventiquattro ore, esigenze di continuità assistenziale e necessità di garantire livelli minimi di servizio. In tale contesto, l'automatica equiparazione tra pausa e buono pasto determinerebbe effetti particolarmente rilevanti e non programmati sulla spesa del personale e sull'equilibrio economico-finanziario degli enti.

La relazione ex articolo 61 ha infatti rappresentato la dimensione sistemica del fenomeno, evidenziando il rischio di contenzioso seriale e di emersione di obblighi di spesa ulteriori non originariamente considerati nei bilanci degli enti del Servizio sanitario regionale. La ricognizione regionale allegata alla relazione ha quantificato oneri potenziali da applicazione generalizzata dell'orientamento giurisprudenziale pari a circa 1,897 miliardi di euro su base quinquennale, oltre a oneri da sentenze, contenziosi pendenti, accordi transattivi e costi mensa già sostenuti.

Alla luce di tali sviluppi, l'emendamento risponde a un'esigenza ormai urgente di certezza applicativa, coerenza con la disciplina contrattuale vigente e salvaguardia degli equilibri di finanza pubblica. La disposizione mira a prevenire l'ulteriore ampliamento del contenzioso e a evitare che un orientamento giurisprudenziale ormai

trattato come consolidato determini effetti espansivi non programmati sui bilanci delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale.

La clausola di salvaguardia delle pronunce passate in giudicato assicura il rispetto delle situazioni definitivamente consolidate, mentre la clausola di invarianza finanziaria conferma che la disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, essendo volta a prevenire l'insorgenza di obblighi di spesa non previsti e a contenere l'ulteriore ampliamento del contenzioso.

Retribuzione durante il periodo di ferie (Comma 12)

La disposizione introduce una norma di interpretazione autentica dell'articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, con riferimento alla nozione di "ferie retribuite" nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. L'intervento si rende necessario alla luce del progressivo consolidarsi di un contenzioso, particolarmente rilevante nel settore sanitario e, più in generale, nel lavoro pubblico, relativo alla determinazione degli **elementi retributivi da computare durante il periodo di fruizione delle ferie**. Tale contenzioso trae origine dall'evoluzione della giurisprudenza europea e nazionale in materia di ferie annuali retribuite, secondo cui il lavoratore, durante il periodo feriale, deve beneficiare di un trattamento economico idoneo a non disincentivare l'effettivo esercizio del diritto al riposo.

La disposizione non incide sul nucleo essenziale del diritto alle ferie annuali retribuite, come garantito dall'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE, né sul diritto del dipendente a percepire, durante il periodo di ferie, un trattamento economico ordinario e non deteriore rispetto alla finalità di tutela del riposo annuale. Essa è invece volta a chiarire, con specifico riferimento al lavoro pubblico, il perimetro della "normale retribuzione" spettante durante le ferie, tenendo conto delle peculiarità dell'ordinamento del pubblico impiego, dei vincoli di finanza pubblica, del principio di corrispettività degli emolumenti accessori rispetto alla prestazione effettivamente resa e del ruolo della contrattazione collettiva nella definizione del trattamento economico.

In particolare, la norma chiarisce che, nei rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, l'espressione "ferie retribuite" deve essere intesa nel senso che durante il periodo feriale spetta al dipendente la normale retribuzione, con esclusione dei compensi che presuppongono lo svolgimento effettivo delle mansioni e di quelli che non siano erogati per dodici mensilità. Tale previsione mira a evitare che vengano attratte automaticamente nella retribuzione feriale tutte le componenti accessorie, variabili o occasionali del trattamento economico, anche quando esse siano strutturalmente connesse alla presenza in servizio, allo svolgimento effettivo di determinate attività, a particolari condizioni operative o a prestazioni non rese durante il periodo di ferie.

Resta in ogni caso espressamente salvo quanto stabilito dalla contrattazione collettiva. La clausola di salvezza consente di preservare gli spazi propri dell'autonomia collettiva, alla quale compete, nell'ambito delle risorse contrattuali disponibili e certificate secondo le procedure previste dal decreto legislativo n. 165 del 2001, individuare eventuali discipline più favorevoli o specifici meccanismi di valorizzazione economica delle componenti accessorie rilevanti durante il periodo feriale.

La necessità dell'intervento è stata rappresentata anche dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome attraverso le relazioni predisposte in coerenza con l'articolo 61, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, trasmesse alle Amministrazioni statali competenti al fine di evidenziare gli effetti economici già emersi e quelli potenzialmente derivanti dal contenzioso in materia. In tali relazioni è stato segnalato come l'evoluzione giurisprudenziale in atto sia suscettibile di assumere una dimensione non più episodica o locale, ma sistemica, con possibili ricadute di significativa entità sugli equilibri programmati della spesa del personale delle Regioni e degli enti del Servizio sanitario.

Con specifico riferimento alla retribuzione durante il periodo di ferie, la relazione ex articolo 61 ha evidenziato che il contenzioso riguarda la pretesa inclusione, nella retribuzione feriale, di emolumenti ulteriori rispetto al trattamento stipendiale fisso, in particolare indennità e compensi connessi alle mansioni concretamente svolte, alla presenza in servizio ovvero allo status personale e professionale del lavoratore. La medesima relazione ha segnalato che, ove applicato in via generalizzata, l'orientamento giurisprudenziale è suscettibile di determinare oneri rilevanti, sia per il contenzioso già instaurato sia per la possibile estensione del principio a una pluralità di voci retributive e di categorie di personale.

Il tema è stato peraltro affrontato anche nell'ambito della più recente tornata contrattuale. L'ipotesi di CCNL del comparto sanità 2025-2027 ha introdotto una specifica "Indennità ferie", commisurata ad alcune indennità accessorie percepite dal dipendente nel semestre precedente la fruizione delle ferie, tra cui indennità di turno, servizio notturno, servizio festivo, indennità per l'operatività in particolari UO/Servizi e indennità di pronto soccorso. Tale disciplina, posta a carico del Fondo premialità e condizioni di lavoro, conferma che l'eventuale riconoscimento di componenti ulteriori rispetto alla retribuzione ordinaria richiede una specifica regolazione contrattuale e una coerente copertura finanziaria.

La stessa disciplina contrattuale ha decorrenza definita e prospettica, con applicazione dal 1° gennaio 2027, in coerenza con la programmazione delle relative risorse. Ne deriva che la regolazione contrattuale del futuro non elimina l'esigenza di un chiarimento normativo sul perimetro applicativo della disciplina legislativa vigente, anche al fine di prevenire incertezze interpretative e ulteriori effetti espansivi del contenzioso riferito ai periodi pregressi.

L'intervento proposto risponde pertanto a esigenze di certezza applicativa, coordinamento tra fonte legislativa e fonte contrattuale e sostenibilità della spesa pubblica. Esso mira a ricondurre la nozione di retribuzione feriale, nel lavoro pubblico,

a un criterio coerente con l'ordinamento interno e con l'assetto della contrattazione collettiva, evitando automatismi suscettibili di generare nuovi o maggiori oneri non considerati negli ordinari stanziamenti per il trattamento economico del personale.

Dalla disposizione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Al contrario, essa è diretta a prevenire effetti espansivi del contenzioso e a garantire maggiore prevedibilità nella gestione degli oneri retributivi delle amministrazioni pubbliche.

Retribuzione nelle giornate di ferie. (Proposta sostitutiva) (Comma 13)

La proposta emendativa interviene sull'articolo 5, comma 8, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, in materia di fruizione e monetizzazione delle ferie nel lavoro pubblico.

L'attuale formulazione della norma fa riferimento al *“periodo di ferie determinato per ciascuna categoria di personale dalla contrattazione collettiva di comparto”*, prevedendo che esso possa essere sostituito dalla relativa indennità finanziaria solo in caso di cessazione del rapporto di lavoro. Tale formulazione rischia tuttavia di estendere indistintamente all'intero periodo feriale previsto dalla contrattazione collettiva il regime di garanzia proprio del periodo minimo di ferie annuali retribuite tutelato dal diritto dell'Unione europea.

L'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE garantisce infatti a ogni lavoratore un periodo minimo di ferie annuali retribuite di almeno quattro settimane, precisando che tale periodo minimo non può essere sostituito da un'indennità finanziaria, salvo in caso di cessazione del rapporto di lavoro. Tale nucleo essenziale di tutela è stato recepito nell'ordinamento interno dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 66 del 2003.

La giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea consente di distinguere tra il periodo minimo di ferie annuali retribuite garantito dall'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE e le ferie ulteriori riconosciute dal diritto nazionale o dalla contrattazione collettiva. Queste ultime, in quanto eccedenti il nucleo minimo tutelato dal diritto dell'Unione, restano disciplinate dalle rispettive fonti istitutive, secondo le regole previste dall'ordinamento interno (cfr. *ex multis*, Corte giust. 19.11.2019, C-609/17 e 610/17 e Corte giust. 22 settembre 2022, C-120/21).

L'emendamento è quindi finalizzato a chiarire che il regime rafforzato di tutela previsto dal diritto dell'Unione europea riguarda il periodo minimo di quattro settimane annue, mentre le ulteriori giornate di ferie eventualmente riconosciute da disposizioni legislative, regolamentari o contrattuali devono essere fruite secondo quanto previsto dalle rispettive fonti istitutive e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi. Ciò in coerenza con altre disposizioni legislative, come l'art. 24 del d.lgs. 151/2015, che consente ai lavoratori di cedere gratuitamente le ferie eccedenti rispetto alle quattro settimane minime.

La proposta consente di bilanciare il diritto fondamentale del lavoratore alle ferie, nel proprio contenuto essenziale, e l'obiettivo connesso alle esigenze organizzative e di contenimento della spesa del datore pubblico, e più in generale delle finanze pubbliche. Risponde altresì alle esigenze connesse agli effetti finanziari già emersi e a quelli potenzialmente derivanti dal contenzioso in materia di ferie e del relativo trattamento economico.

La disposizione non incide sul contenuto essenziale del diritto alle ferie annuali retribuite garantito dall'ordinamento dell'Unione europea, né limita il diritto all'indennità finanziaria sostitutiva nei casi in cui essa sia imposta dal diritto eurounitario e dalla relativa giurisprudenza. Essa mira, piuttosto, a evitare un'estensione automatica e non necessaria del medesimo regime alle ferie ulteriori di fonte nazionale o contrattuale, garantendo maggiore certezza applicativa e salvaguardia degli equilibri di finanza pubblica.

Dall'attuazione della disposizione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Disposizioni in materia di contratti di lavoro flessibile negli enti del Servizio sanitario nazionale (Comma 14)

In relazione all'art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010, in materia di limiti di spesa per i contratti di lavoro flessibile, con specifico riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale si rappresenta di seguito l'esigenza di prorogare anche per il triennio 2027-2029 quanto già previsto dall'articolo 44-ter del decreto-legge n. 19 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 56 del 2024, e di estenderne l'ambito applicativo al personale della dirigenza veterinaria e della dirigenza sanitaria non medica.

La proposta interviene sull'articolo 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010, in materia di limiti di spesa per i contratti di lavoro flessibile, con specifico riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale. L'articolo 44-ter del decreto-legge n. 19 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 56 del 2024, ha introdotto, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, una deroga riferita al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e sociosanitario, prevedendo, per ciascun anno del triennio 2024-2026, un limite di spesa non superiore al doppio di quella sostenuta per la medesima finalità nell'anno 2009. Tale disciplina opera a livello regionale, nel rispetto della disciplina in materia di spesa per il personale. L'emendamento è finalizzato, da un lato, a prorogare tale disciplina anche per il triennio 2027-2029 e, dall'altro, a estenderne l'ambito applicativo al personale della dirigenza veterinaria e della dirigenza sanitaria non medica.

La proroga si rende necessaria in considerazione del permanere delle esigenze organizzative e assistenziali degli enti del Servizio sanitario nazionale, che continuano a dover ricorrere a forme di lavoro flessibile per garantire la continuità dei servizi,

assicurare i livelli essenziali di assistenza e fronteggiare situazioni di carenza di personale, vacanze temporanee di organico, assenze prolungate o mancanza di candidati utilmente collocabili nelle graduatorie disponibili.

L'estensione al personale della dirigenza veterinaria e sanitaria non medica risponde a un'esigenza di coerenza ordinamentale e funzionale. Anche tali profili dirigenziali concorrono infatti all'erogazione delle attività sanitarie e sociosanitarie e alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, nonché allo svolgimento di funzioni essenziali in materia di prevenzione, sanità pubblica, sicurezza alimentare, attività laboratoristiche, farmaceutiche, psicologiche e professioni sanitarie dirigenziali.

L'attuale limitazione della deroga alla sola dirigenza medica determina una disparità non coerente con l'assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale, nel quale il fabbisogno di personale flessibile può riguardare anche la dirigenza veterinaria e sanitaria non medica, soprattutto nei casi in cui le aziende non dispongano di graduatorie utilizzabili o debbano garantire la continuità di servizi essenziali. La proposta consente quindi agli enti del Servizio sanitario nazionale di disporre, anche per il triennio 2027-2029, di uno strumento di flessibilità organizzativa necessario per fronteggiare esigenze temporanee e non rinviabili, mantenendo comunque fermo il rispetto della disciplina generale in materia di spesa per il personale.

In sintesi, la disposizione non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'emendamento incide esclusivamente sulla disciplina dei limiti di spesa per i contratti di lavoro flessibile degli enti del Servizio sanitario nazionale, prorogando per il periodo 2027-2029 il regime già previsto per il triennio 2024-2026 ed estendendone l'ambito soggettivo al personale della dirigenza veterinaria e sanitaria non medica.

Resta fermo che l'utilizzo dei contratti di lavoro flessibile avviene nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e nel rispetto della disciplina in materia di spesa per il personale. Gli oneri eventualmente derivanti dall'attivazione dei rapporti di lavoro flessibile restano pertanto a carico dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale e sono ricompresi nei vigenti limiti di spesa per il personale, come già rappresentato nella precedente formulazione dell'emendamento.

La disposizione non introduce obblighi assunzionali né determina incrementi automatici di spesa, ma consente esclusivamente agli enti del Servizio sanitario nazionale di utilizzare, entro i limiti previsti dalla normativa vigente, forme di lavoro flessibile per garantire la continuità dei servizi e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Disposizioni in materia di ripartizione degli oneri delle prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di lungo assistenza per le persone anziane non autosufficienti (Commi 15-17)

La finalità di sostenibilità dei bilanci e il precedente del 2001

La materia dell'integrazione sociosanitaria e delle relative modalità di finanziamento è stata oggetto del susseguirsi di interventi normativi non sempre sufficientemente coordinati. Ne risulta una situazione di incertezza applicativa, di proliferazione del contenzioso e di rischi per gli equilibri di finanza pubblica che merita un tempestivo intervento chiarificatore per coordinare in modo organico le diverse fonti.

L'incertezza normativa attuale rischia peraltro di generare distorsioni nell'assistenza, incoraggiando istituzionalizzazioni inappropriate, oltre che diversità di benefici tra le persone non autosufficienti assistite a domicilio e quelle assistite nelle residenze.

La proposta di emendamento risponde a un'esigenza di sostenibilità dei bilanci del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi sanitari regionali, e trova un precedente diretto nell'intervento con cui, nel 2001, il legislatore e il Governo definirono la ripartizione delle risorse tra componente sanitaria e componente sociale delle prestazioni sociosanitarie.

Il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante *«Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria»*, dispose all'art. 6, comma 1, che i livelli essenziali di assistenza fossero definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Il D.P.C.M. 29 novembre 2001, adottato in esecuzione di tale norma, non è corredato di una relazione tecnica in senso proprio, non essendo un atto legislativo; il suo fondamento finanziario è tuttavia esplicitato nel preambolo e negli allegati. Il preambolo richiama l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 che, *«contestualmente alla determinazione della disponibilità complessiva ed onnicomprensiva di risorse da destinare al finanziamento del servizio sanitario nazionale per gli anni dal 2001 al 2004»* (138.000 miliardi di lire per il 2001, 146.376 per il 2002, 152.122 per il 2003, 157.371 per il 2004), impegnava il Governo a definire i livelli essenziali *«in relazione con le risorse definite nello stesso accordo»*.

L'allegato 1C del medesimo decreto chiarisce il criterio seguito: nella tabella riepilogativa sono evidenziate, accanto alle prestazioni sanitarie, *«quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale»*. La ripartizione percentuale del costo delle prestazioni di lungo assistenza (50 per cento a carico del SSN per anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative) fu dunque convenuta tra Stato e Regioni proprio per le prestazioni in cui le due componenti non sono operativamente separabili, quale strumento di equilibrio tra livelli garantiti e risorse disponibili. L'allegato 4 impegna inoltre le Regioni a *«contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili»* e a prevenire *«fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli assistenziali»*.

La ripartizione così convenuta è stata confermata dall'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che ha attribuito forza di legge ai livelli di cui al D.P.C.M. 29 novembre

2001, e dall'art. 30 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, ed è dal 2001 a base del riparto del Fondo sanitario nazionale e dei bilanci regionali.

L'orientamento giurisprudenziale, che pone l'intera retta di lungo assistenza a carico del SSN, in ragione dell'inscindibilità delle componenti, sovverte il presupposto su cui la ripartizione fu costruita – l'indistinguibilità operativa delle componenti come ragione della quota convenuta, non della copertura integrale – e determina un assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale non previsto né finanziato.

La presente proposta mira a ripristinare, con fonte primaria, la coerenza tra livelli garantiti, ripartizione degli oneri e risorse, nella stessa logica dell'intervento del 2001.

La proposta consente anche di chiarire, nell'attuale contesto istituzionale, il ruolo dell'articolo 30 della legge n. 730 del 1983. Il suddetto articolo era servito a regolare alcuni processi organizzativi dei rapporti tra Asl e Comuni in corso negli anni '80 dello scorso secolo, epoca in cui non erano stati ancora definiti i LEA e individuati i diversi livelli di intensità dell'assistenza sociosanitaria. Quel contesto è stato radicalmente riformato dalla riforma del Titolo V e dal riordino sistemico del SSN operato con il D.lgs. n. 502/1992 che ha ridisegnato compiti e responsabilità finanziarie degli enti coinvolti e i conseguenti diritti dei cittadini.

Nell'ottica di fare chiarezza sul quadro normativo vigente, è utile dunque sancire espressamente il superamento di eventuali disposizioni (l'art. 30 L. 730/1983) riferite a contesti organizzativi non più attuali, **indicando quale riferimento normativo per individuare le responsabilità finanziarie del SSN, il processo di definizione e aggiornamento dei LEA.**

Tale processo ha consentito, per l'assistenza sociosanitaria, di definire i contenuti e le responsabilità del finanziamento, a seconda dei vari livelli di setting e intensità. Per i servizi sociosanitari attraverso apposite tabelle, il Dpcm 14/2/2001 ha definito la percentuale di concorso del SSN ai servizi sociosanitari (indicando, ad esempio, per la lungo assistenza residenziale per gli anziani, il 50%), percentuali peraltro riprese dal Dpcm 12/1/2017. È, tuttavia, fonte di ambiguità la menzione contenuta nel Dpcm 14/2/2001 all'art. 3, *“dette prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario”* che - se letta separatamente dalle tabelle allegate - potrebbe essere interpretata come obbligo al finanziamento a totale carico del SSN. ***Si rende necessario, pertanto, che l'emendamento coordini il rapporto tra testo e tabelle, chiarendo che l'inscindibilità tra prestazioni sanitarie e sociali è proprio il motivo per cui sono state definite le percentuali di compartecipazione dei servizi sociosanitari.***

Ad esempio, per i trattamenti di lungo assistenza di cui all'articolo 30, comma 1, lettera b), e comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, la quota a carico del Servizio sanitario nazionale è esclusivamente quella ivi stabilita in percentuale della tariffa giornaliera, e si applica anche quando i trattamenti presentano

particolare rilevanza terapeutica, intensità della componente sanitaria o inscindibilità delle prestazioni sanitarie da quelle sociali, ovvero sono resi anche a persone affette da malattia di Alzheimer, da altre demenze o da altre patologie cronico-degenerative in qualsiasi stadio. Tali caratteristiche, la natura e la gravità della patologia, la definizione del progetto assistenziale individualizzato, la presenza di prestazioni professionali mediche, infermieristiche e riabilitative e la continuità del monitoraggio sanitario, che costituiscono contenuto necessario dei trattamenti di lungo assistenza, rilevano ai fini della qualificazione della prestazione come sociosanitaria e della sua garanzia da parte del Servizio sanitario nazionale, senza per questo comportare l'imputazione al fondo sanitario di oneri ulteriori a quelli definiti con Dpcm 12/1/2017.

Quanto sopra descritto ha trovato recente conferma anche nell'art. 31, comma 1, del D.lgs. n. 29/2024 *“Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”*.

Contenuto delle disposizioni rilevante ai fini finanziari

La proposta si compone di tre commi.

Il primo sostituisce il secondo periodo dell'art. 30, comma 1, della legge n. 730/1983, stabilendo che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socioassistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale «nella misura e secondo la ripartizione» stabilite dai provvedimenti sui livelli essenziali di assistenza (LEA), i quali disciplinano anche l'imputazione degli oneri tra Servizio sanitario nazionale, comuni e assistiti.

Il secondo modifica l'art. 3, comma 3, del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, stabilendo che le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dal Servizio sanitario nazionale con imputazione degli oneri secondo la ripartizione prevista dall'art. 4 e dalla tabella allegata al medesimo decreto.

Il terzo inserisce il comma 1-bis all'art. 31 del d.lgs. n. 29/2024, il quale precisa che l'individuazione del livello di intensità assistenziale avviene attraverso la valutazione multidimensionale secondo le modalità definite dalle regioni e province autonome.

Nessuna delle disposizioni istituisce prestazioni, amplia platee di beneficiari, modifica tariffe o percentuali di compartecipazione, o attribuisce nuove funzioni ad amministrazioni pubbliche. Esse confermano, con fonte di rango primario e con effetto dalla data di entrata in vigore, la ripartizione degli oneri già prevista dai LEA e già applicata dalle Regioni e dalle Province autonome; consentono, peraltro, alle Regioni e Province autonome una programmazione dell'assistenza erogata e delle risorse coerente con i bisogni rilevati dalla valutazione multidimensionale.

Se questi meccanismi non fossero confermati attraverso un apposito intervento come il presente, si rischierebbe di compromettere in maniera considerevole l'equilibrio economico dei SSR.

Effetti finanziari delle singole disposizioni

Comma 1. La disposizione conferma, con fonte di rango primario, la ripartizione degli oneri già applicata a legislazione vigente e opera per i periodi successivi alla sua entrata in vigore. Non determina nuovi o maggiori oneri.

Comma 2. La modifica dell'art. 3, comma 3, del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 allinea la disposizione definitoria alla tabella del medesimo decreto, che già prevede per la lungo assistenza l'imputazione al SSN del 50 per cento del costo. Non determina nuovi o maggiori oneri; rimuove l'antinomia interna al decreto sulla quale si fonda l'orientamento giurisprudenziale.

Comma 3, nuovo comma 1-bis. Riconosce la valenza primaria, ai fini dell'individuazione del livello di intensità, alla valutazione multidimensionale già prevista dall'art. 21, comma 4, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e già effettuata dalle aziende sanitarie. Non introduce adempimenti aggiuntivi né nuove attività valutative; non determina oneri.

Verifica dell'assenza di oneri e clausola di invarianza

Le disposizioni non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, né minori entrate. Esse confermano la ripartizione degli oneri già a base del riparto del Fondo sanitario nazionale e dei bilanci regionali e prevengono, a decorrere dalla loro entrata in vigore, oneri non finanziati. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

4.2. Proposte normative

Commi 1-8 (*Fondo per il concorso agli oneri derivanti dal contenzioso pendente in materia di servizio mensa e buono pasto del personale degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. vincolata alle voci di spesa non soggette a tetto*)

1. Al fine di concorrere alla compensazione degli oneri potenziali derivanti dal contenzioso pendente alla data di entrata in vigore della presente legge, avente ad oggetto il riconoscimento del servizio mensa, del buono pasto sostitutivo o di altre modalità sostitutive al personale dipendente degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un Fondo con una dotazione pari a 35 milioni di euro per l'anno 2027, a 35 milioni di euro per l'anno 2028 e a 35 milioni di euro per l'anno 2029.
2. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi entro

sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri e le modalità di riparto delle risorse del Fondo di cui al comma 1 tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nonché le modalità di monitoraggio e rendicontazione dell'utilizzo delle risorse.

3. Ai fini del riparto di cui al comma 2, si tiene conto, sulla base dei dati comunicati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, del numero delle controversie pendenti alla data di entrata in vigore della presente legge, del numero dei lavoratori interessati e degli oneri potenziali connessi ai giudizi in corso.
4. Le risorse ripartite ai sensi del comma 2 sono trasferite alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono alla successiva assegnazione agli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale interessati, in relazione agli oneri derivanti dal contenzioso pendente di cui al comma 1.
5. Qualora il fabbisogno complessivamente rilevato risulti superiore alle risorse disponibili per ciascuna annualità, il riparto è effettuato in misura proporzionale al fabbisogno riconosciuto, fermo restando il limite massimo di spesa di cui al comma 1.
6. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono annualmente al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute una relazione sull'utilizzo delle risorse assegnate, sugli oneri sostenuti in relazione al contenzioso pendente di cui al comma 1 e sull'evoluzione del medesimo contenzioso. Gli esiti del monitoraggio sono utilizzati ai fini dell'eventuale rifinanziamento del Fondo con successivi provvedimenti legislativi.
7. L'assegnazione delle risorse di cui al presente articolo non costituisce riconoscimento della fondatezza delle pretese azionate nei giudizi pendenti, né determina riconoscimento generalizzato del diritto al servizio mensa, al buono pasto sostitutivo o ad altre modalità sostitutive al di fuori dei casi previsti dalla disciplina vigente o dalle decisioni giurisdizionali.
8. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 35 milioni di euro per l'anno 2027 e a 35 milioni di euro per l'anno 2028 e 35 milioni per l'anno 2029, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Commi 9-11 (*Interpretazione autentica dell'articolo 8 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di pausa, servizio mensa e buono pasto nel lavoro pubblico*)

9. Nei rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, l'articolo 8, commi 1 e 2, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, si interpreta nel senso che il diritto alla pausa, ivi previsto ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e dell'eventuale consumazione del pasto, non comporta di per sé il diritto al servizio mensa né a modalità sostitutive dello stesso, ivi compreso il buono pasto.

10. Nei medesimi rapporti di lavoro, la fruizione del servizio mensa o delle relative modalità sostitutive è riconosciuta esclusivamente nei casi e secondo i criteri stabiliti dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa.
11. In particolare, nell'ambito dei rapporti di cui al comma 1, in assenza della certificazione di cui all'art. 47, co. 5, d.lgs. n. 165/2001, l'equilibrio tra la prestazione e la sostenibilità della spesa derivante dal riconoscimento del beneficio della mensa o di una forma sostitutiva, è rimesso al potere organizzativo degli Enti che devono esplicitamente disporre anche per dar conto della disponibilità delle risorse, in conformità al disposto di cui all'art. 5, co. 2, d.lgs. n. 165/2001.

in subordine

1. Nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ivi compreso il personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, l'articolo 8, commi 1 e 2, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, si interpreta nel senso che il diritto alla pausa ivi previsto, finalizzato al recupero delle energie psico-fisiche e all'eventuale consumazione del pasto, non comporta di per sé il diritto al servizio mensa, al buono pasto o ad altre modalità sostitutive.
2. Restano ferme le disposizioni della contrattazione collettiva nazionale e integrativa, nonché gli atti organizzativi e regolamentari adottati dalle amministrazioni, che disciplinano l'istituzione, l'organizzazione e le modalità di fruizione del servizio mensa o delle relative forme sostitutive, in relazione all'assetto organizzativo dell'ente, alla specifica articolazione dell'orario di lavoro, alle esigenze di servizio e nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.
3. Con specifico riferimento agli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, le disposizioni contrattuali che disciplinano la pausa per il recupero delle energie psico-fisiche, anche quando riferite a prestazioni giornaliere eccedenti le sei ore o a modalità alternative di recupero rese necessarie dalla continuità assistenziale, non costituiscono titolo autonomo per il riconoscimento del servizio mensa, del buono pasto o di altre modalità sostitutive, restando ferma la specifica disciplina contrattuale e aziendale dell'istituto mensa.
4. Restano ferme le pronunce passate in giudicato alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Comma 12 (*Retribuzione durante il periodo di ferie*)

12. Nei rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, l'espressione "ferie retribuite" di cui al comma 1 dell'articolo 10 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, si interpreta nel senso che durante i periodi di fruizione delle ferie al dipendente spetta la normale retribuzione, con esclusione dei compensi che richiedono lo svolgimento effettivo delle mansioni e di quelli che non siano erogati per dodici mensilità, fatto salvo quanto stabilito dalla contrattazione collettiva.

Comma 13 (*Retribuzione nelle giornate di ferie*)

13. All'articolo 5, comma 8, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135 le parole: *"Il periodo di ferie determinato per ciascuna categoria di personale dalla contrattazione collettiva di comparto può essere sostituito dalla corresponsione della relativa indennità finanziaria solo in caso di cessazione del rapporto di lavoro e nei limiti di seguito indicati."* sono sostituite dalle seguenti: *"Il periodo minimo di ferie annuali retribuite di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, corrispondente a quattro settimane annue ai sensi dell'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE, può essere sostituito dalla corresponsione della relativa indennità finanziaria solo in caso di cessazione del rapporto di lavoro e nei limiti di seguito indicati. Le ulteriori giornate di ferie riconosciute da disposizioni legislative, regolamentari o dalla contrattazione collettiva, eccedenti il predetto periodo minimo, sono obbligatoriamente fruitive secondo quanto previsto dalle rispettive fonti istitutive e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi"*.

Comma 14 (*Disposizioni in materia di contratti di lavoro flessibile negli enti del Servizio sanitario nazionale*)

14. All'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni:
- a) al settimo periodo, dopo le parole: *"personale della dirigenza medica"* sono inserite le seguenti: *", veterinaria e sanitaria non medica"*;
 - b) al periodo che inizia con le parole: *"Per ciascun anno del triennio 2024-2026"*, le parole: *"del triennio 2024-2026"* sono sostituite dalle seguenti: *"del periodo 2024-2029"*.

15. All' articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole “Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali” sono sostituite dalle seguenti: “Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, nella misura e secondo la ripartizione stabilite dai provvedimenti di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.
16. All'art. 3, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, le parole “dette prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario” sono sostituite dalle seguenti: “dette prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dal Servizio sanitario nazionale, con imputazione degli oneri secondo la ripartizione prevista dall'articolo 4 e dalla tabella allegata al presente decreto”.
17. All'articolo 31 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, dopo il comma 1 è inserito il seguente:
- “1-bis. L'individuazione del livello di intensità assistenziale avviene sulla base della valutazione multidimensionale, ex art. 2, comma 4, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome.”
-