

**PARTE PRIMA****LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

(Codice interno: 541699)

LEGGE REGIONALE 29 ottobre 2024, n. 26

**Disposizioni per l'incremento dei fondi contrattuali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale.**

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

**Art. 1****Incremento dei fondi contrattuali del personale del comparto Sanità e del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità.**

1. Per il triennio 2024-2026, la Giunta regionale, in attuazione della scheda n. 3, ultimo periodo, del Patto per la Salute 2019-2021, approvato con Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3", tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, autorizza le Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale, all'incremento dei "Fondi premialità e condizioni di lavoro" del personale del comparto Sanità, dei "Fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro" e dei "Fondi per la retribuzione di risultato" del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità, destinando alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive fino ad un massimo del 2 per cento del monte salari regionale, al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018 e nella misura definita ai sensi del comma 3.

2. Ai fini dell'incremento di cui al comma 1, il monte salari è computato in rapporto a tutti i profili, in relazione al personale dell'Area di contrattazione collettiva Sanità, ed esclusivamente con riferimento ai profili dei ruoli sanitario e socio-sanitario in relazione al personale del comparto.

3. La misura dell'incremento di cui al comma 1 è definita, secondo la previsione della scheda n. 3, ultimo periodo, del Patto per la Salute 2019-2021, nei limiti della spesa per il personale determinati dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria." e nell'ambito del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'Intesa Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005.

**Art. 2****Destinazione delle risorse.**

1. Le risorse derivanti dall'incremento dei fondi sono destinate alla valorizzazione del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità e del personale dei profili del ruolo sanitario e socio-sanitario del comparto, secondo criteri e modalità definiti dalla Giunta regionale.

**Art. 3****Perequazione del trattamento economico accessorio.**

1. Al fine di perseguire una graduale perequazione del trattamento accessorio del personale le risorse di cui all'articolo 1 possono essere riconosciute alle singole Aziende ed Enti del Servizio sanitario in misura differenziata, fermo restando la misura massima complessiva.

**Art. 4**  
**Norma finanziaria.**

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge quantificati in euro 51.789.284,90 per ciascun esercizio 2024, 2025 e 2026, si fa fronte con le risorse del Fondo Sanitario Regionale allocate alla Missione 13 "Tutela della salute", Programma 01 "Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2024-2026.

**Art. 5**  
**Entrata in vigore.**

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

---

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 29 ottobre 2024

Luca Zaia

---

**INDICE**

Art. 1 - Incremento dei fondi contrattuali del personale del comparto Sanità e del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità.

Art. 2 - Destinazione delle risorse.

Art. 3 - Perequazione del trattamento economico accessorio.

Art. 4 - Norma finanziaria.

Art. 5 - Entrata in vigore.

## Dati informativi concernenti la legge regionale 29 ottobre 2024, n. 26

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 - Procedimento di formazione
- 2 - Relazione al Consiglio regionale
- 3 - Note agli articoli
- 4 - Struttura di riferimento

### 1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Manuela Lanzarin, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 13 agosto 2024, n. 22/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 19 agosto 2024, dove ha acquisito il n. 292 del registro dei progetti di legge;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta Commissione consiliare;
- La Quinta Commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 10 ottobre 2024;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, relatrice la consigliera Simona Bisaglia, e su relazione di minoranza della della Quinta Commissione consiliare, relatrice la Vicepresidente della stessa, consigliera Anna Maria Bigon, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 22 ottobre 2024, n. 26.

### 2. Relazione al Consiglio regionale

- Relazione della Quinta Commissione consiliare, relatrice la consigliera Simona Bisaglia, nel testo che segue:

“Signor Presidente, colleghi consiglieri,

con il presente progetto di legge si propone di dare attuazione alle previsioni contenute nel Patto per la Salute 2019-2021 demandando alla Giunta regionale di autorizzare l'incremento da parte delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale in ordine ai fondi premialità e condizioni di lavoro del personale del comparto e dei fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro e per la retribuzione di risultato del personale della dirigenza dell'Area Sanità, fino al 2 per cento del monte salari regionale, al netto degli oneri riflessi. Tale percentuale, peraltro, in relazione al personale del comparto è computata solo per i profili dei ruoli sanitario e socio-sanitario, che corrispondono alle categorie di operatori, individuate dalla previsione del Patto per la Salute, quali destinatarie dei benefici derivanti dall'incremento dei fondi.

Come previsto dal citato Patto per la Salute 2019-2021, è stabilito che la misura percentuale dell'incremento dei fondi sia definita nei limiti della spesa per il personale determinati dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito in legge 25 giugno 2019, n. 60 e nell'ambito del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui di cui all'articolo 12, comma 1, dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In adesione alle previsioni sancite dal Patto per la Salute 2019-2021, la Giunta regionale ha la facoltà di differenziare l'incremento dei predetti fondi tra le Aziende ed Enti del SSR nei limiti dell'incremento massimo che sarà definito dal Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Tale differenziazione, peraltro, risponde ad un'effettiva necessità di riequilibrio dei fondi contrattuali nell'ambito della Regione Veneto che vede significative differenze delle risorse pro capite disponibili per il trattamento accessorio tra un'azienda e l'altra, a fronte di attività poste in essere dai dipendenti, analoghe per quantità e qualità.

La Regione del Veneto ha realizzato, negli anni precedenti, tutte le condizioni poste dal Patto per l'incremento dei fondi contrattuali e cioè l'equilibrio economico; la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'avvio del processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70. In ogni caso, in relazione al triennio 2024-2026 il conseguimento delle predette condizioni sarà accertato dal Tavolo di verifica adempimenti, dal cui esito positivo dipenderà la concreta possibilità per la Giunta regionale di autorizzare le aziende del SSR ad incrementare i fondi contrattuali.

Come è noto, la facoltà delle pubbliche amministrazioni regionali di rideterminare i fondi contrattuali è stata considerata legittima dalla Corte Costituzionale. Invero, con la sentenza n. 20 del 12 febbraio 2021, la Corte, ha dichiarato non fondate la questione di legittimità sollevata dal Governo in merito all'articolo 21 della legge regionale n.44 del 25 novembre 2019 che autorizzava l'incremento dei fondi contrattuali dell'Azienda Ospedale- Università Padova.

In particolare, secondo la Corte Costituzionale, la norma regionale impugnata non viola l'art.117 della Costituzione per violazione del riparto delle sfere di competenza esclusiva dello Stato, atteso che tale disposizione non è riconducibile all'alveo della materia ordinamento civile in quanto “non interviene sulla regolamentazione del trattamento economico dei dipendenti, affidata alla contrattazione collettiva e non si sostituisce alla negoziazione tra le parti, che rappresenta l'imprescindibile fonte di disciplina del rapporto di lavoro. Solo una tale incidenza sul trattamento economico determinerebbe l'invasione della sfera di attribuzione del legislatore statale.

Si riporta l'ultimo paragrafo della scheda n. 3 "Risorse umane" del Patto per la Salute 2019-2021:

"si conviene di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in coerenza con quanto previsto al punto 6, ferma restando la soglia di spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, DL 35/2019 possano - al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto e degli operatori socio sanitari, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati relativi alle effettive carenze di organico registrate negli ultimi tre anni - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti."

La scheda di analisi economico finanziaria redatta dalle competenti strutture di Giunta regionale è stata trasmessa in data 19 agosto 2024, contestualmente al disegno di legge.

La scheda di inquadramento normativo, predisposta dal Servizio Affari giuridici e legislativi, è pervenuta in data 11 settembre 2024.

La Prima commissione consiliare ha espresso parere favorevole in data 09 ottobre 2024, allegando le note di lettura e ricognizione degli impatti economico finanziari redatte dal Servizio Attività e rapporti istituzionali.

La Quinta commissione consiliare nella seduta del 10 ottobre 2024 ha licenziato a maggioranza il progetto di legge in oggetto.

Hanno espresso voto favorevole: il presidente Brescacin (con delega del consigliere Zecchinato) e i consiglieri: Maino (con delega del consigliere Bisaglia) (Zaia Presidente), Ceccheller, Pan, Rigo (con delega del consigliere Cecchetto) (Liga Veneta per Salvini Premier), Pavanetto, Soranzo (Fratelli d'Italia - Giorgia Meloni), Piccinini (Veneta Autonomia), Barbisan (Gruppo Misto).

Hanno espresso voto di astensione i consiglieri: Bigon, Luisetto, Zottis (Partito Democratico Veneto), Baldin (Movimento 5 Stelle).";

- Relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatrice la Vicepresidente della stessa, consigliera Anna Maria Bigon, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

il lavoro del personale sanitario e sociosanitario nella nostra Regione garantisce ogni giorno la tutela del diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione, nonostante le numerose difficoltà che stanno attraversando. Penso alla pandemia, dove il loro servizio ha permesso alla nostra Regione e al Paese di affrontare un'emergenza inedita, salvando migliaia di vite ed esponendosi a gravi rischi. In quei giorni li abbiamo chiamati "eroi" e abbiamo detto che non ci saremmo dimenticati del loro impegno, ma ancora manca un vero cambio di passo.

La carenza di personale, anche nella nostra Regione, testimonia la fase di crisi del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, dove di fronte all'altissima domanda di cura non corrispondono risposte tempestive. Questo porta al fenomeno delle lunghe liste d'attesa, che ha colpito anche il Veneto.

Lo vediamo per le prime visite, dove ancora non sono state smaltite nonostante le denunce di questi anni. Senza la tempestività della cura, infatti, non è possibile fare prevenzione, con tutte le conseguenze in termini di tutela della salute.

Lo vediamo, anche dalle liste d'attesa per i Centri di Servizio, per cui sono 10 mila gli anziani in lista d'attesa per le case di riposo in Veneto che contano 34 mila ospiti.

Tra il 2019 e il 2022, 1.582 medici e 2.613 infermieri hanno rassegnato le dimissioni volontarie, anche a causa dello stress, delle difficili condizioni di lavoro e delle retribuzioni inadeguate. Nel 2023 si sono aggiunte ben 807 dimissioni delle quali il 67% volontarie. Secondo il 7° rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale il Veneto ha 13.1 dipendenti impiegati nel Servizio sanitario regionale ogni 1000 abitanti, un dato che vede il Veneto superato da ben 8 Regioni e dalle 2 province autonome. Per quanto riguarda i medici dipendenti per 1000 abitanti, la Regione Veneto si classifica al disotto della media nazionale con un dato pari a 1,88 contro il 2,11 italiano. In tale classifica il Veneto supera solo la provincia autonoma di Bolzano, la Basilicata e la Campania, risultando quindi ultimo tra le Regioni del nord. Attualmente, un medico italiano dipendente del servizio sanitario guadagna circa 110 mila euro lordi l'anno, con una tassazione del 43%. Una retribuzione certamente importante rispetto ad altre figure professionali, ma sicuramente non adeguata rispetto alle competenze e alle responsabilità di un medico. Di fatti, il medico dirigente del nostro Sistema Sanitario Nazionale guadagna in media il 76% in meno di un collega olandese, il 72,3% in meno di un tedesco, il 54,8% meno di un irlandese, il 38,4% in meno di un danese. Al pari nostro ci sono paesi come la Slovenia, con 108 mila euro. Il 30% dei professionisti sanitari italiani, inoltre, decide di lasciare il nostro Paese a causa di stipendi che non rispecchiano l'aumento del costo della vita, cogliendo al volo l'occasione di offerte economiche, all'estero, decisamente più vantaggiose, per sé stessi e i loro cari.

(dati: rapporto Fnomceo e Censis, 2024)

Questo è dovuto, in primis, allo scarso livello della nostra spesa per il personale. Basti pensare che, tra le Regioni del nord Italia, il Veneto, negli anni 2018-2022 e relativamente al profilo professionale dell'infermiere, risulti all'ultimo posto per retribuzione media complessiva. Un risultato che imporrebbe una seria riflessione sulle motivazioni che stanno alla base dei concorsi deserti e della carenza endemica di personale.

Per questo, qualsiasi provvedimento che proponga di aumentare le retribuzioni al personale sanitario e sociosanitario non può che incontrare, almeno in parte, il nostro favore. In parte, dico, perché è evidente che si deve trattare solo di un primo passo. Di fatto, con questo progetto di legge, si da attuazione all'ultimo paragrafo della scheda 3 del Patto per la salute 19 – 21, permettendoci di liberare alcuni fondi da destinare ai trattamenti accessori per il personale. Parliamo di poco più di 50 milioni di euro l'anno per tre anni. Una cifra che darà un immediato sollievo ai professionisti della sanità, ma che certo non può colmare l'enorme distacco rispetto agli altri Paesi europei e rispetto ad altre regioni.

Vorrei richiamare, inoltre, su un punto imprescindibile per noi: questo primo passo non può essere una tantum. Non possiamo pensare che tra tre anni gli stipendi torneranno ad essere quelli di oggi, perché sarebbe l'ennesimo colpo al morale del nostro personale. Gli dobbiamo, io credo, delle garanzie maggiori. E se oggi, con gli strumenti che abbiamo, è possibile programmare per i prossimi tre anni, da domani dobbiamo metterci subito al lavoro per trovare nuove modalità e nuovi fondi per rendere strutturale l'aumento delle retribuzioni.

Non solo l'aumento deve essere strutturale, ma deve anche accompagnarsi a un importante lavoro sull'organizzazione del sistema. Servono, infatti, anche gli strumenti per raggiungere questi obiettivi, tenendo sempre presente che i finanziamenti sono comunque insufficienti e che tutti i professionisti stanno vivendo un significativo disagio in questa fase.

Lavorare per il sistema sanitario pubblico deve essere un vanto, non un sacrificio. I medici, gli infermieri e tutto il personale deve avere vantaggio dal lavorare nella sanità pubblica Veneta, non retribuzioni inferiori e carichi di lavoro estenuanti.

Ricordiamo, inoltre, che questi 51 milioni provengono dal Fondo Sanitario, non si tratta di risorse extra. Per questo va posta l'attenzione sulla tenuta di tutti i servizi, e anche sulla necessità di ampliare quelli per cui oggi ancora manca la completa applicazione delle schede di dotazione ospedaliera. Una su tutte, la drammatica situazione della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Altro aspetto che ritengo fondamentale è quello relativo alla sperequazione e alle zone disagiate. Si tratta di un tema noto da tempo, ma mai risolto, a causa del quale succede che le stesse figure professionali, nella stessa città ma assunte da un ente diverso, percepiscano retribuzioni molto distanti. Una vera ingiustizia, che questo progetto di legge cerca di affrontare. Tuttavia, proprio perché si tratta di un fenomeno complesso e di lunga data, credo andrebbe indagato a fondo, e lo vedremo nelle nostre proposte. Dobbiamo capire le ragioni di queste differenze e, nel rispetto dell'autonomia della contrattazione collettiva, capire quali strumenti possiamo fornire per evitare che situazioni simili si ripresentino. In questo sarebbe fondamentale il coinvolgimento dei sindacati, che conoscono le realtà e i territori come nessun altro: la coperta, come dicevamo, è corta, e questi soldi vanno spesi nel modo migliore possibile. Per questo crediamo che sarebbe stato opportuno prevedere direttamente nella legge la necessità di questo confronto che, ad oggi, manca.

Sono esclusi, infine, gli amministrativi e i tecnici. Nelle osservazioni che abbiamo ricevuto nelle scorse settimane si tratta di un tema molto sentito e che non può passare in secondo piano. Data la carenza di personale, che mi rendo conto non possa essere colmata da un giorno all'altro, sarebbe importante puntare su un'organizzazione puntuale ed efficiente, al fine di snellire i tempi delle procedure. Per questo anche la valorizzazione del personale amministrativo e tecnico è imprescindibile e pensiamo che sarebbe importante prevedere in futuro dei provvedimenti ad hoc, per evitare disparità di trattamento e per rendere attrattiva questa professionalità.

In conclusione, siamo convinti che questo pdl sia un inizio e che proceda nella direzione giusta, ma tanti sono i limiti. Proprio in questi giorni abbiamo visto che la manovra di bilancio stima, da parte dello Stato, l'investimento più basso in rapporto al PIL negli ultimi 10 anni almeno. Si tratta di un fatto grave, che rende ancora più difficile il lavoro delle Regioni e ancora più stretto il margine per dare risposte adeguate al nostro personale. La rotta va invertita, a tutti i livelli.

Un aumento contenuto e limitato nel tempo non basta: dobbiamo aspirare a colmare il divario con gli altri paesi europei. Solo così potremo trattenere il nostro personale, garantendogli condizioni di lavoro positive e una retribuzione adeguata.

Perché lavorare nella sanità pubblica, ripeto, deve essere un privilegio, non un sacrificio. Grazie.”

### 3. Note agli articoli

#### *Note all'articolo 1*

- Il testo dell'art. 8 della legge n. 131/2003 è il seguente:

“8. Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo .

1. Nei casi e per le finalità previsti dall'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente per materia, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, assegna all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari; decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, sentito l'organo interessato, su proposta del Ministro competente o del Presidente del Consiglio dei ministri, adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un apposito commissario. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata al provvedimento.

2. Qualora l'esercizio del potere sostitutivo si renda necessario al fine di porre rimedio alla violazione della normativa comunitaria, gli atti ed i provvedimenti di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro per le politiche comunitarie e del Ministro competente per materia. L'articolo 11 della legge 9 marzo 1989, n. 86, è abrogato.

3. Fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale, qualora l'esercizio dei poteri sostitutivi riguardi Comuni, Province o Città metropolitane, la nomina del commissario deve tenere conto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione. Il commissario provvede, sentito il Consiglio delle autonomie locali qualora tale organo sia stato istituito.

4. Nei casi di assoluta urgenza, qualora l'intervento sostitutivo non sia procrastinabile senza mettere in pericolo le finalità tutelate dall'articolo 120 della Costituzione, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, adotta i provvedimenti necessari, che sono immediatamente comunicati alla Conferenza Stato-Regioni o alla Conferenza Stato-Città e autonomie locali, allargata ai rappresentanti delle Comunità montane, che possono chiederne il riesame.

5. I provvedimenti sostitutivi devono essere proporzionati alle finalità perseguite.

6. Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.”

- Il testo dell'art. 11 del D.L. n. 35/2019 è il seguente:

“Art. 11. Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale

1. A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2022 l'incremento di cui al quarto periodo è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva.

2. Ai fini del comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto.

4. Le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano con riferimento a quanto previsto dal presente articolo. Le regioni indirizzano e coordinano la spesa dei propri enti del servizio sanitario in conformità a quanto è previsto dal comma 1.

4.1. 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.

[4-bis. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 non si applicano alle regioni e alle province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.]

4-ter. All'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al quinto periodo:
  - 1) le parole: «il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica,» sono soppresse;
  - 2) le parole: «per il medesimo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica»;
- b) al sesto periodo, le parole: «del blocco automatico del *turn over* e» sono soppresse;
- c) al settimo periodo, le parole: «dei predetti vincoli» sono sostituite dalle seguenti: «del predetto vincolo».

4-quater. Dopo il comma 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, è inserito il seguente:

«2-bis. Nell'elenco nazionale di cui al comma 2 è istituita un'apposita sezione dedicata ai soggetti idonei alla nomina di direttore generale presso gli Istituti zooprofilattici sperimentali, aventi i requisiti di cui all'articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106».

4-quinquies. All'articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, dopo le parole: «sicurezza degli alimenti» sono aggiunte le seguenti: «e, specificamente, in possesso dei seguenti requisiti: *a)* età non superiore a sessantacinque anni; *b)* diploma di laurea rilasciato ai sensi dell'ordinamento previgente alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale; *c)* comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore della sanità pubblica veterinaria nazionale ovvero internazionale e della sicurezza degli alimenti, o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; *d)* *master* o specializzazione di livello universitario in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti».

5. Nelle more della formazione della sezione dell'elenco di cui all'articolo 1, comma 2-bis, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, introdotto dal comma 4-quater del presente articolo, e comunque entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, i direttori generali degli istituti zooprofilattici sperimentali sono nominati ai sensi dell'articolo 11, comma 5, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, sulla base dei requisiti di cui al citato articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo n. 106 del 2012, come modificato dal comma 4-quinquies del presente articolo.

5-bis. Nelle more della revisione dei criteri di selezione dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando, per le regioni non sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, quanto previsto dall'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, nelle regioni commissariate ai sensi del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la rosa dei candidati è proposta secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Entro i medesimi limiti temporali, per le regioni sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, il presidente della regione effettua la scelta, nell'ambito della predetta graduatoria di merito, anche prescindendo, previa adeguata motivazione, dal relativo ordine. Previo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, la disciplina prevista dal primo periodo del presente comma per le regioni commissariate può essere estesa alle regioni sottoposte ai piani di rientro.»

#### 4. Struttura di riferimento

Area sanità e sociale