

AC 4444

Emendamento

Dopo l'articolo 41 è inserito il seguente:

“Articolo 41-bis

(Disposizioni in tema di vulnerabilità sismica strutturale ed impiantistica degli ospedali)

1. Ai fini dell'individuazione degli interventi di verifica di cui all'art. 41, comma 3, lett. a), n. 2, il Ministero della salute, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), realizza una mappatura aggiornata relativa ai livelli di vulnerabilità sismica strutturale ed impiantistica degli ospedali, dando priorità a quelli presenti nei territori colpiti dagli eventi sismici del 2016 e del 2017 ed aggiorna periodicamente le raccomandazioni e le linee guida esistenti, tenendo conto delle buone pratiche già avviate presso le regioni.
2. Il Ministero della salute trasmette, per le valutazioni di competenza, i dati e le informazioni derivanti dalle attività di cui al comma 1, al Nucleo di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici di cui all'articolo 1 della legge 17 maggio 1999, n. 144, nonché al tavolo tecnico di cui al paragrafo 8 dell'Allegato 1 del DM 2 aprile 2015, n.70, anche per la realizzazione delle reti di emergenza urgenza regionali di cui al paragrafo 9 dell'Allegato n. 1 del citato decreto ministeriale.
3. Le attività di cui al comma 1 si inseriscono nell'ambito dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche per la sicurezza delle cure sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell'articolo 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24, recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” e sono svolte in collaborazione, con il Dipartimento della Protezione Civile, il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.
4. Al fine di consentire il corretto svolgimento delle funzioni attribuite all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), anche con riferimento a quanto previsto dal presente articolo, nonché dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190 e dall'articolo 1, comma 579, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, la dotazione organica dell'Agenzia è determinata nel numero di 146 unità, di cui 17 con qualifica dirigenziale.
5. Per il biennio 2017-2018, nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno di personale, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) può bandire, in deroga alle procedure di mobilità di cui all'articolo 30, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, nonché di ogni

altra procedura per l'assorbimento del personale in esubero dalle amministrazioni pubbliche e nel limite dei posti disponibili nella propria dotazione organica, procedure concorsuali, per esami, per assunzioni a tempo indeterminato di 100 unità di personale, di cui 10 dirigenti di Area III, 80 categoria D posizione economica base, 7 categoria C posizione economica base e 3 categoria B posizione economica base, con una riserva di posti non superiore al 50 per cento per il personale non di ruolo, di qualifica non dirigenziale, che, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, prestino servizio, con contratto a tempo determinato ovvero con contratto di lavoro flessibile, ivi compresi i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, da almeno tre anni, presso l'Agenzia stessa.

6. L'AGENAS può prorogare, senza nuovi o maggiori oneri a carico dello Stato e fino al completamento delle procedure concorsuali di cui al comma 5, in relazione al proprio effettivo fabbisogno, i contratti di collaborazione di cui al comma 5 in essere alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

7. All'onere derivante dall'attuazione del comma 5, valutato in euro 2.372.167,33 per l'anno 2017 ed in euro 4.740.378,49 a decorrere dall'anno 2018, si provvede utilizzando l'integrazione al finanziamento di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, come sostituito dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 19 febbraio 2001, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2001, n. 129, derivante dai contributi di cui all'articolo 2, comma 358 della legge 27 dicembre 2007, n.244, integralmente devoluti al bilancio dell'Agenzia. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto derivanti dal presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni.”.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'art. 41 del d.l. 50/2017, inserito nel Titolo III del D.L. destinato a "ulteriori interventi in favore delle zone terremotate", introduce una pluralità di misure accomunate dall'obiettivo di accelerare le attività di ricostruzione nelle zone colpite dagli eventi sismici del 2016 e 2017.

Tra tali misure, in particolare, viene individuata la necessità di effettuare "*verifiche di vulnerabilità degli edifici pubblici strategici e per la conseguente realizzazione di progetti di ripristino e adeguamento antisismico*" (art. 41, comma 3, lett. a), n. 2).

Tra tali edifici pubblici strategici una posizione di primaria rilevanza è, come noto, occupata dalle strutture ospedaliere.

Pertanto, al fine di rendere possibile le attività di verifica imposte dalla disciplina d'urgenza, finanziate dallo specifico Fondo istituito dalla medesima disposizione, si rende preliminarmente necessario effettuare una mappatura aggiornata della vulnerabilità sismica della rete ospedaliera, a beneficio, innanzitutto, della rilevante porzione del territorio nazionale interessata dagli eventi sismici in parola (regioni Abruzzo, Lazio, Marche ed Umbria), ma anche dell'intera rete ospedaliera nazionale.

Tale mappatura, come si spiegherà diffusamente di seguito, costituisce una condizione imprescindibile per ogni ulteriore intervento di verifica e di ripristino e, soprattutto, verrà compiuta al di fuori delle risorse del neoistituito Fondo di cui all'art. 41, essendo tali nuove attività sorrette da una propria interna sostenibilità finanziaria.

Gli ospedali sono realtà molto complesse ed assolvono pienamente alla funzione cui sono preposti, soltanto in presenza di determinate condizioni sia interne che esterne alla struttura. Condizioni interne sono la stabilità della struttura stessa intesa come assenza di danneggiamenti delle componenti edilizie, il mantenimento in funzione degli impianti sia di tipo edilizio che medicale. Condizioni esterne sono la presenza di energia elettrica, acqua, smaltimento dei rifiuti, procedure definite e trasparenti con riferimento all'approvvigionamento di beni e servizi essenziali, nonché alla ordinaria disponibilità di personale sanitario e tecnico amministrativo.

Come noto, a seguito di eventi calamitosi, in particolare in seguito ad eventi sismici, la domanda di prestazioni sanitarie da parte della comunità interessata subisce innalzamenti repentini che richiedono, nella situazione di emergenza, che sia disponibile un piano di funzionamento degli ospedali, idoneo a garantire una risposta adeguata ed immediata in condizioni di grave disagio.

Innanzitutto, deve essere tenuta in considerazione la modalità attraverso la quale gli ospedali che insistono nelle zone ad alta intensità sismica vengano integrati nella rete ospedaliera regionale con lo scopo di individuare gli ospedali di riferimento per

l'emergenza in caso di evento sismico tra quelli in possesso di particolari condizioni infrastrutturali generali, nonché della posizione occupata rispetto ai centri abitati.

Nel nostro Paese, a partire dalla fine degli anni '80 e negli anni '90, il tema è stato al centro del dibattito scientifico e ciò ha consentito di raggiungere un notevole stato di avanzamento delle conoscenze in materia di protezione sismica degli ospedali. Questo è avvenuto grazie ai progetti di ricerca finanziati dal CNR-GNDT prima e dalla Comunità Europea poi (HOPE 1993-1996). Successivamente alcune Regioni hanno promosso l'applicazione di metodologie e tecniche atte a verificare la capacità degli ospedali di garantire il servizio di assistenza sanitaria in presenza di eventi sismici. Il servizio sismico nazionale ha promosso studi applicati che facevano capo sempre alle citate metodologie e che prevedevano interventi mirati alle componenti individuate come prioritarie. Solo a titolo di esempio, per il singolo ospedale, gli elementi da proteggere e rinforzare erano gli edifici, le porzioni di impianto ecc..., oppure, per il sistema regionale, gli ospedali da considerare più rilevanti e quindi meritevoli di interventi prioritari.

Durante il suddetto arco temporale sono stati molteplici gli studi svolti che hanno costituito un riferimento significativo per la redazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti ed alla Protezione Civile. Di grande impatto è stata l'entrata in vigore della Normativa Tecnica delle Costruzioni del 2008, che ha portato con sé la nuova classificazione sismica del paese. Essa è forse la più avanzata oggi esistente.

In tale contesto il Ministero della salute ha finanziato molteplici attività di ricerca applicata, ad esempio in Regione Calabria a cui sono poi seguiti ulteriori approfondimenti a seguito del sisma dell'Emilia Romagna.

Ad oggi, ciò che manca è una mappatura aggiornata della vulnerabilità sismica, strutturale ed impiantistica delle strutture ospedaliere, la quale, come già detto, costituisce il presupposto imprescindibile per l'individuazione degli ospedali che, in caso di calamità, saranno chiamati dalla programmazione regionale a garantire le prestazioni di emergenza - urgenza.

Ciò premesso, la proposta di articolo in esame si pone in stretta correlazione con le previsioni di cui alla legge 8 marzo 2017, n. 24, laddove all'articolo 3 è stata disposta l'istituzione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. L'articolo 3, infatti, rimette ad un decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanare entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, l'istituzione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Spetta all'Osservatorio il compito di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi, nonché alle

caratteristiche del contenzioso e di individuare idonee misure, anche attraverso la predisposizione con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie, di linee di indirizzo, per la prevenzione e gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

L'Osservatorio ricomprende in senso più ampio tutte le attività riconducibili alla governance del rischio clinico ivi comprese le buone pratiche sulla sicurezza delle cure, la gestione dei sinistri e gli eventi sentinella. La prevista istituzione dell'Osservatorio, come già specificato in relazione alla citata legge 8 marzo 2017, n. 24, non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto la relativa implementazione trae fondamento da attività istituzionali già rientranti nei compiti affidati all'Agenzia e per le quali la stessa già dispone delle relative risorse. Inoltre, all'interno dell'organizzazione e del funzionigramma dell'Agenzia è presente la funzione specifica afferente la materia di cui trattasi che fa capo all'Area Qualità e Accreditamento. L'attivazione dell'"Osservatorio nazionale" trova copertura all'interno delle disponibilità di bilancio dell'Agenzia. In particolare, la specifica attività di cui alla legge n.24 rientra nel programma "A1 monitoraggio, valutazione e rafforzamento dei Sistemi Sanitari Regionali", cui sono correlati i seguenti stanziamenti di competenza:

A1 monitoraggio, valutazione e rafforzamento dei Sistemi Sanitari Regionali.

Competenza € 10.145.432,00.

Il tema della sicurezza in sanità è affrontato dalla suddetta legge in senso ampio poiché ricomprende tutte le dimensioni della sicurezza, sia dal punto di vista della pratica clinica e, quindi dei pazienti e degli operatori, che dei luoghi di cura. Ed infatti, obiettivo dell'Osservatorio è anche quello di individuare idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

E' evidente come i contenuti di cui alla presente proposta si pongano in perfetta sintonia con quanto sino ad oggi attribuito all'AGENAS ed attuato dalla stessa in tema di sicurezza delle cure, buone pratiche e gestione del rischio clinico con le connesse attività di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio e i relativi percorsi formativi.

In questa logica, non può non considerarsi centrale anche il tema della vulnerabilità sismica, strutturale ed impiantistica delle strutture ospedaliere nel cui ambito devono essere garantite le cure in condizioni di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità, quantità, sicurezza ed equità. Infatti, tra gli edifici pubblici strategici, gli ospedali rivestono un ruolo primario soprattutto nei casi di eventi sismici, sia perché sono chiamati a svolgere un'importantissima funzione di soccorso alla popolazione garantendo una

pronta risposta in caso di calamità, sia nel caso in cui insistano essi stessi in una zona classificata ad alto rischio sismico.

Il tema, come sopra anticipato, è stato già oggetto di intervento diretto da parte del Ministero della salute che, nel 2002, in collaborazione con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, il Dipartimento di protezione civile, l'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Agencia Nazionale per la protezione dell'ambiente, ha elaborato specifiche "Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali". Tali raccomandazioni hanno offerto un primo contributo per coloro che operano nella programmazione degli interventi sul patrimonio ospedaliero, riassumendo le dimensioni fondamentali dell'analisi e offrendo alcuni riferimenti per un'ulteriore conoscenza a supporto delle scelte di politica sanitaria. Pertanto, alla luce dei recenti eventi sismici occorsi si impone, da un lato, la necessità di monitorare, su base nazionale, lo stato di implementazione delle suddette raccomandazioni e, dall'altro, di provvedere ad un aggiornamento sistematico delle stesse, anche al fine di avviare un processo virtuoso ed omogeneo di applicazione, nel sistema sanitario, di tutti i possibili elementi di valutazione del rischio.

Pertanto, con l'unito articolo, al comma 1, si propone che il Ministero della salute, avvalendosi dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), realizzi una mappatura aggiornata relativa ai livelli di vulnerabilità sismica strutturale ed impiantistica degli ospedali, dando priorità a quelli presenti nei territori colpiti dagli eventi sismici del 2016 e del 2017 ed aggiorna periodicamente le raccomandazioni e le linee guida esistenti, tenendo conto delle buone pratiche già avviate presso le regioni e al comma 2 che il Ministero stesso trasmetta, per le valutazioni di competenza, i dati e le informazioni derivanti dalle attività di cui al comma 1, al Nucleo di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici di cui all'articolo 1 della legge n. 144/1999, nonché al tavolo tecnico di cui al paragrafo 8 dell'Allegato 1 del DM 2 aprile 2015, n.70, anche per la realizzazione delle reti di emergenza urgenza regionali di cui al paragrafo 9 dell'Allegato n. 1 del citato decreto ministeriale.

Sulla base del censimento esistente degli ospedali, sarà possibile, attraverso una analisi specifica, individuare gli ospedali più significativi ovvero quelli che, sulla base della loro localizzazione, della pericolosità sismica locale, della posizione delle zone abitate e degli altri ospedali, risultano le strutture dalle quali è possibile trarre il massimo beneficio in termini di capacità di cura/investimento unitario.

Tale esigenza si impone altresì in un contesto, quale quello sanitario, caratterizzato da profonde innovazioni legate al nuovo sistema di accreditamento istituzionale ed alle previsioni di cui al DM n. 70/2015.

In particolare con il citato decreto ministeriale, vengono in rilievo l'organizzazione e la pianificazione delle attività sanitarie sulla base del modello di rete clinico - assistenziale

integrato con il sistema di emergenza - urgenza, affinché la revisione delle reti, già in atto a cura di AGENAS, cui il DM n. 70/2015 (punto n.8.1) attribuisce specifiche funzioni di coordinamento, contempli anche - nella declinazione della rete in ambito regionale - la caratterizzazione di ciascun presidio (nodo di rete) all'interno del piano di rete e le funzioni allo stesso attribuite sulla base di peculiarità anche strutturali e di localizzazione territoriale. La conoscenza, quindi, di tutti gli elementi anche relativi al potenziale rischio sismico di una struttura sanitaria, concorre alla valutazione e alla scelta degli interventi programmatori più adeguati in termini di investimenti/disinvestimenti in tema di edilizia sanitaria, prevenzione dei fattori di rischio, diversificazione dei ruoli e funzioni del presidio sanitario all'interno della rete ospedaliera e territoriale, pianificazione dell'emergenze, di cui al paragrafo 9 del DM n.70/2015.

Per tale ragione il Ministero della salute mette a disposizione del Nucleo di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici di cui all'articolo 1 della legge n. 144/1999 gli esiti delle attività di monitoraggio di cui al comma 1, anche per consentire di disporre di ulteriori elementi informativi e di valutazione ai fini di una più appropriata programmazione degli interventi di edilizia sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988.

Al comma 3 della proposta di articolo, si conferma quanto sopra rappresentato e che, cioè, le attività di cui al comma 1 si inseriscono nell'ambito dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi della legge 8 marzo 2017, n. 24 sono svolte in collaborazione, con il Dipartimento della Protezione Civile, il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e il Ministero dell'Ambiente.

Si precisa che l'attività di cui alla proposta di articolo, inserendosi in quelle specifiche già di competenza dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Ad ogni buon fine si rammenta che la medesima istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità non ha comportato la previsione di alcun onere per la finanza pubblica, in quanto la relativa implementazione trae fondamento da attività istituzionali già rientranti nei compiti affidati all'AGENAS e per le quali la stessa già dispone delle relative risorse.

Con i commi 4 e seguenti si propone l'incremento della dotazione organica dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) che viene rideterminata in 146 unità dalle attuali 46 unità.

La suddetta proposta trae fondamento dalla necessità di consentire ad AGENAS il corretto svolgimento delle funzioni e dei compiti anche con riferimento al monitoraggio della sicurezza delle strutture ospedaliere per finalità di gestione del rischio e dell'emergenza assistenziale in caso di evento sismico, ai nuovi e permanenti compiti istituzionali affidati

alla stessa ad opera della legge 23 dicembre 2014, n. 190 che ha recepito in buona parte il Patto per la salute 2014 - 2016 e dall'articolo 1, comma 579, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 concernente il supporto agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale interessati dai piani di efficientamento e riqualificazione.

Come noto, l'AGENAS è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo n. 266 del 30 giugno 1993 e s.m. e dotata di personalità giuridica di diritto pubblico.

L'AGENAS è sottoposta alla vigilanza del Ministero della salute e svolge compiti di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini, nonché di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse umane e materiali e nelle forniture in sanità.

In particolare il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 recante "Riordino della Conferenza Stato Regioni e della Conferenza Unificata" all'articolo 9, comma 2, lettera g), ha previsto che la Conferenza Unificata esprimesse gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia. In questo senso se il principale interlocutore di AGENAS è il Ministero della salute, tuttavia nel corso del tempo, sempre maggiori e diversi sono stati i compiti e le funzioni attribuite ad AGENAS dalla Conferenza Unificata con appositi indirizzi (2003 e 2007) che hanno determinato un incremento di compiti e funzioni ed una maggiore specificazione di quelli già attribuiti in precedenza dal legislatore.

La peculiarità di AGENAS sta proprio nella sua particolare posizione che la vede interlocutore interposto tra lo Stato e le Regioni.

Infatti, con il riordino dell'Agenzia ad opera di successivi provvedimenti normativi, l'AGENAS si è venuta a configurare quale strumento di raccordo per favorire la leale collaborazione tra i diversi livelli di governo del settore sanitario, nonché di supporto per le Regioni e il Ministero della salute in relazione allo sviluppo delle strategie di innovazione del Servizio Sanitario Nazionale, ivi compresa l'attività di ricerca anche con riferimento all'innovazione tecnologica ed alle sperimentazioni in materia sanitaria.

Nello specifico, nei confronti del Ministero della salute, l'Agenzia svolge una funzione tecnico-operativa di supporto nell'affiancamento alle regioni in piano di rientro. Tale affiancamento si realizza attraverso attività di monitoraggio dello stato di attuazione dei piani di rientro, di valutazione della criticità dei sistemi sanitari delle regioni e di elaborazione di proposte e modelli organizzativi da implementare per il superamento delle criticità rilevate, attraverso azioni mirate sul territorio regionale. Questo tipo di attività viene esercitata attraverso un Accordo di collaborazione tra il Ministero della salute e l'AGENAS che prevede l'attribuzione alla stessa di una quota di risorse del Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS) destinata a tale attività.

L'Agenzia svolge anche attività di supporto al monitoraggio e valutazione della spesa sanitaria e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

In linea di continuità con tali ultime competenze assegnate all'Agenas si colloca il Patto per la salute 2014-2016, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014. Con tale accordo Governo e Regioni convengono che non sia più procrastinabile porre le condizioni perché si avvii un percorso che consenta la piena ed effettiva garanzia dell'erogazione dei LEA o un loro adeguato miglioramento nelle Regioni.

L'articolo 12, oltre a rivedere l'impianto dei c.d. Piani di rientro, al comma 7 affida all'AGENAS il compito di "realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati".

Non da ultimo, e a conferma di quanto sopra illustrato con riferimento ai compiti di monitoraggio e valutazione che caratterizzano le funzioni di AGENAS, l'articolo 1, comma 579, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" ha previsto che "Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), assicura, su richiesta della regione interessata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il necessario supporto agli enti interessati dai piani di rientro di cui ai commi da 528 a 536 e mette a disposizione, ove necessario, strumenti operativi per la presentazione del piano ed il perseguimento dei suoi obiettivi, nonché per l'affiancamento, da parte dell'AGENAS con oneri a carico del bilancio della medesima Agenzia, degli enti del Servizio sanitario nazionale per tutta la durata dei piani di rientro (...)".

Accanto ai piani di rientro delle Regioni sono stati, quindi, introdotti i c.d. piani di rientro degli ospedali volti a garantire il superamento delle criticità degli enti del servizio sanitario nazionale per il recupero, a seconda dei casi, dell'efficienza e l'efficacia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. A tal fine le regioni individueranno le Aziende ospedaliere pubbliche (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione delle ASL, che presentano criticità derivanti da disavanzi economico - gestionali e dal mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

D'altronde, l'attività di affiancamento locale, da parte di AGENAS, per tutta la durata dei piani di rientro aziendali, è conforme alle competenze istituzionali ed alle attività che la stessa già svolge nella valutazione delle criticità organizzative, economiche, di efficienza

gestionale delle aziende sanitarie e delle strutture territoriali, nonché quelle relative all'efficacia degli interventi clinici attraverso il Programma nazionale di valutazione degli esiti (PNE).

Come noto l'AGENAS, infatti, gestisce già da anni per conto del Ministero della salute ed in collaborazione con le Regioni, il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE), ovvero lo strumento di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico organizzativo, finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Servizio Sanitario.

Tra l'altro, a conferma delle funzioni di monitoraggio dell'Agenzia, l'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008 Rep. Atti n. 116/CSR, ha previsto che l'AGENAS oltre a svolgere le funzioni di Osservatorio Nazionale sui Sinistri e Polizze Assicurative, a cui affluiscono i dati sui Sinistri e Polizze Assicurative, svolga anche "le funzioni di Monitoraggio delle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure".

Nell'ambito dei rapporti con le Regioni, l'AGENAS partecipa alla definizione dei Piani sanitari regionali analizzando le attività di emergenza, territoriali ed ospedaliere e supportandone i relativi processi di riorganizzazione, monitorando, per l'assistenza primaria, l'organizzazione della rete territoriale e l'area della fragilità e della non autosufficienza, anche attraverso la promozione della diffusione delle "buone pratiche".

In tale contesto, i rapporti con il Ministero della salute e le Regioni sono stati ulteriormente rafforzati dalle disposizioni di cui al Patto per la salute 2014-2016, il quale ha affidato ad AGENAS numerosi e diversi compiti tutti orientati alla sostenibilità del sistema, anche con riferimento all'individuazione di misure volte a rafforzare l'appropriatezza degli interventi e ad eliminare gli sprechi, aumentando così l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, come già evidenziato, in base all'art. 12, comma 7 del citato Patto, l'AGENAS sta realizzando uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

In virtù delle leggi finanziarie rispettivamente per il 2015 ed il 2016 l'Agenzia è altresì impegnata su diversi fronti sia con il Ministero della salute sia con altri enti vigilati dal Ministero stesso.

Infatti l'AGENAS collabora sia con l'Istituto superiore di sanità (ISS) che con l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), per la predisposizione di specifiche linee guida clinico-organizzative nonché con il Ministero della salute e l'AIFA nell'ambito dell'Health

Technology Assessment (HTA) per il governo dei consumi dei dispositivi medici, a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso della tecnologia e della salute dei cittadini.

A tal riguardo, si rappresenta che la legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)", all'articolo 1, comma 587, ha previsto l'istituzione di una rete nazionale, coordinata dall'AGENAS, di collaborazione tra le regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per Health Technology Assessment (HTA), nell'ambito di un percorso denominato «Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici».

In tale specifico settore l'attività di coordinamento svolta da Agenas si caratterizza per un approccio altamente multidimensionale e multidisciplinare finalizzato all'analisi delle implicazioni mediche, cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali delle nuove tecnologie sanitarie.

A ciò si aggiunga quanto previsto dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016), con riferimento alla partecipazione di Agenas alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'ambito degli indirizzi relativi alla gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente, l'Agenzia intrattiene relazioni con Aziende sanitarie, Agenzie Sanitarie Regionali ed altri enti del Servizio Sanitario Nazionale per quanto attiene all'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie, all'accessibilità ai servizi sanitari, in particolare al governo dei tempi e delle liste di attesa, alla gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente, alle linee guida gestionali-organizzative, alla promozione dei modelli di reti oncologiche e dei percorsi clinico-assistenziali in oncologia e dell'umanizzazione delle cure.

Inoltre, in base al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", è stato istituito presso AGENAS uno specifico tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Agenas, regioni e province autonome, con il compito di definire le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-regioni.

Senza dimenticare, poi, l'attività che l'Agenzia svolge nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), curando la gestione amministrativa del Programma ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, ricostituita con il D.M. 7 agosto 2015 e successive modificazioni ed integrazioni ed insediatasi il 9 dicembre 2015,

nonché l'attività che svolge nei confronti delle Regioni che si avvalgono, mediante apposito atto convenzionale, del supporto tecnico-operativo di AGENAS nella gestione amministrativa del programma di accreditamento dei Provider regionali.

L'AGENAS attua altresì programmi e partecipa a progetti di ricerca trasversali alla sua struttura organizzativa. Si tratta di iniziative di varia natura, caratterizzate da elementi di forte innovatività e da una durata limitata nel tempo, inseriti tra l'altro nelle linee progettuali attuative delle linee programmatiche approvate dal Consiglio d'amministrazione dell'Ente, rientranti (i) nella ricerca finanziata con "risorse proprie" (cd. autofinanziati); (ii) nella ricerca corrente; (iii) nella ricerca finalizzata; (iv) nell'attività svolta nell'ambito del programma elaborato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), in cui AGENAS presenta proposte di progetti esecutivi approvati dagli organi competenti; (v) nei progetti di ricerca finanziati in ambito internazionale e/o con finanziamenti europei.

Di recente, l'Agenzia ha promosso una intensa attività di cooperazione internazionale, rapportandosi con gli organismi e le istituzioni competenti di livello nazionale, europeo ed internazionale, tra i quali: la Commissione europea e le sue agenzie esecutive che si occupano degli specifici programmi di finanziamento; gli omologhi enti europei dell'Agenzia; le reti di carattere europeo ed internazionale con cui l'AGENAS ratifica accordi o intrattiene rapporti di carattere informale (es. INAHTA, euroscan international network, ecc.) nonché le Organizzazioni internazionali, in particolare l'OCSE.

Non bisogna trascurare che a partire dal 2014, l'Agenzia ha instaurato una proficua ed ampia collaborazione anche con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che ha condotto per la prima volta alla formulazione di una sezione specifica sulla sanità all'interno dell'Aggiornamento 2015 del Piano nazionale anticorruzione (PNA) (Determina n. 12 del 28 ottobre 2015) e che oggi continua in una logica di miglioramento continuo e di diffusione delle buone pratiche, anche attraverso l'attivazione di specifici tavoli tecnici tematici, a composizione inter-istituzionale e multidisciplinare, che operano sistematicamente con l'obiettivo di apportare ulteriori e nuovi contributi sia in sede di aggiornamento del PNA, che in corso di attuazione dello stesso da parte delle aziende sanitarie. A questo specifico riguardo, è stato stipulato il 21 aprile 2016 il Protocollo d'intesa ANAC - Ministero della salute finalizzato a porre in essere forme di reciproca collaborazione, al fine di condurre in maniera condivisa e congiunta attività di verifica, controllo e valutazione anche sul campo, avvalendosi dell'AGENAS, circa la corretta e completa implementazione da parte delle aziende sanitarie e degli enti assimilati del Servizio Sanitario Nazionale delle raccomandazioni e degli indirizzi per la predisposizione ed attuazione dei Piani di prevenzione della corruzione (PTPC), contenuti nella Sezione sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA di cui alla determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e nel PNA 2016. L'AGENAS, quindi, supporterà il Ministero e l'ANAC per la realizzazione delle attività di verifica sul campo e per l'implementazione di azioni di

miglioramento nelle aziende sanitarie, confermando così la sua peculiarità di Agenzia di monitoraggio delle performance delle strutture sanitarie e territoriali del nostro Paese.

Infine si rappresenta che la predetta legge 8 marzo 2017, n. 24, si pone in perfetta sintonia con quanto sino ad oggi attribuito all'AGENAS ed attuato dalla stessa in tema di sicurezza dei pazienti, buone pratiche e gestione del rischio clinico, ha anche in questo ambito previsto un ulteriore ampliamento dei compiti istituzionali dell'Agenzia.

Infatti, la citata legge, nel prevedere un vero e proprio "sistema di rete", laddove è stabilito che ogni regione si doti di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso, dispone, come detto, l'istituzione presso AGENAS, con decreto del Ministro della salute, previa Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, dell'Osservatorio nazionale, il quale acquisisce dai suddetti Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente tutti i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso.

Tutto ciò premesso si rileva che ai successivi incrementi delle funzioni istituzionali attribuite all'Agenzia non è corrisposto un ampliamento della pianta organica che, al contrario, è stata ridotta a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni legislative comportanti risparmi di spesa.

Infatti, in applicazione delle predette norme in tema di contenimento della spesa pubblica, la dotazione organica di AGENAS è stata progressivamente ridotta dalle originarie sessanta unità, di cui dodici dirigenti, a quarantanove unità nel 2013, di cui solo sei con qualifica dirigenziale. Ai sensi, poi, dell'art. 2 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, coordinato con la legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135, e successivo d.p.c.m. del 22 gennaio 2013, la dotazione organica dell'Agenzia è stata ridotta a quarantasei unità di cui sette con qualifica dirigenziale.

Con il nuovo regolamento di amministrazione e del personale la dotazione organica dell'Agenzia risulta, quindi, costituita da sette figure dirigenziali - di cui cinque dell'Area III (tre per la dirigenza amministrativa e due per quella sanitaria) e due dell'Area IV (dirigenza medica) - e da trentanove unità del comparto.

Ciò posto, appare significativo segnalare che la Corte dei conti, in occasione della registrazione del decreto di approvazione di un accordo tra il Ministero della salute ed AGENAS, ha evidenziato "l'importanza di verificare ...omissis che l'Agenzia sia fornita di risorse adeguate in grado di realizzare gli scopi che la stessa si propone". A ciò si aggiunga che il citato Organo di controllo nella Relazione 2015 sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria di AGENAS ha avuto modo di indicare, ancora una volta, la necessità di un intervento sostanziale attraverso politiche che limitino il ricorso alle collaborazioni.

Di fatto, l'attuale dotazione organica notoriamente non è affatto sufficiente a garantire l'assolvimento dei compiti istituzionali assegnati all'Agenzia e risulta carente, in particolare, di figure professionali in grado di offrire supporto tecnico, operativo e amministrativo alle molteplici attività che l'Agenzia è oggi chiamata a svolgere, anche presso i territori regionali.

Per realizzare la propria mission, l'Agenzia ha necessità di prevedere una dotazione organica incrementata di almeno sessanta unità costituite, in prevalenza, di personale amministrativo in possesso di requisiti professionali adeguati per una razionale corrispondenza tra le nuove funzioni attribuite e i servizi da svolgere al fine di permettere il raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Per completezza si fa presente che, al fine di adempiere a quanto previsto dai nuovi compiti affidati dalle disposizioni normative e pattizie richiamate e per fronteggiare specifiche esigenze istituzionali, di natura temporanea, straordinaria ed eccezionale in conformità a quanto previsto dall'articolo 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001 e dai vigenti Statuto e Regolamento di amministrazione dell'Agenzia, l'AGENAS ha, fino ad oggi, dovuto avvalersi della collaborazione di professionisti di comprovata esperienza e di elevata professionalità, preliminarmente accertando l'oggettiva indisponibilità quali - quantitativa di professionalità interne idonee allo svolgimento delle specifiche attività richieste.

In proposito, si evidenzia che l'ampliamento della dotazione organica dell'Agenzia comporterebbe una conseguente riduzione complessiva dei costi di personale poiché, prendendo in considerazione il solo personale non dirigenziale, il costo medio per unità di personale di ruolo è pari a euro 38.237,80, compresi oneri riflessi, mentre il costo medio di un collaboratore è, allo stato attuale, di euro 41.968,34, compresi oneri riflessi.

Pertanto, al fine di garantire il corretto svolgimento delle funzioni, soprattutto con riferimento ai nuovi compiti attribuiti all'Agenzia dalla legge di Stabilità per il 2015 (legge n. 190/2014) e dalla legge di Stabilità per il 2016 (legge n. 218/2015) e, conseguenzialmente, ridurre sensibilmente l'inevitabile ricorso ai contratti di collaborazione di cui all'articolo 7, comma 6, del d.lgs n. 165/2001, si rende necessario procedere ad un ampliamento della dotazione organica senza ricorrere a finanziamenti pubblici aggiuntivi, che contempli l'incremento di unità di personale con profili specifici - come meglio precisato nelle relazione tecnica di seguito riportata (categoria di inquadramento - posizione economica), necessario per assicurare lo svolgimento delle attività, anche di coordinamento, affidate dal Legislatore in tema di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie nelle componenti economico - gestionali, organizzative, finanziarie e contabili, nonché clinico - assistenziale, di efficacia clinica e dei processi diagnostico - terapeutici, della qualità, sicurezza ed esito delle cure.

RELAZIONE TECNICA

La disposizione in parola non introduce maggiori oneri per l'erario, in quanto essa è sorretta da precise misure di compensazione finanziaria, individuate al comma 7 dell'articolo aggiuntivo. Nessuna risorsa, in ogni caso, è richiesta al Fondo di cui all'art. 41 del D.L. 50/2017, chiamato a finanziare le attività di verifica e di intervento sugli edifici strategici, essendo le attività introdotte dalla presente proposta emendativa preliminari - e comunque distinte - da quelle prescritte dal citato art. 41.

Innanzitutto, si precisa che l'attività di cui al comma 3 della proposta di articolo aggiuntivo, inserendosi in quelle specifiche già di competenza dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La medesima istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità non ha comportato la previsione di alcun onere per la finanza pubblica, in quanto la relativa implementazione trae fondamento da attività istituzionali già rientranti nei compiti affidati all'AGENAS e per le quali la stessa già dispone delle relative risorse.

Più articolate sono le considerazioni in merito alle misure di finanziamento del potenziamento della dotazione organica di Agenas.

Il comma 4 dell'emendamento dispone, infatti, che tale dotazione sia rideterminata nel numero di 146 unità, di cui 17 con qualifica dirigenziale, a fronte delle attuali 46 unità di cui 7 con qualifica dirigenziale.

Ai fini della copertura della dotazione organica così incrementata, il comma 5 prevede, nel biennio 2017-2018, che l'Agenzia, nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno di personale, può bandire, in deroga alle procedure di mobilità di cui all'articolo 30, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché di ogni altra procedura per l'assorbimento del personale in esubero dalle amministrazioni pubbliche e nel limite dei posti disponibili nella propria dotazione organica, procedure concorsuali, per esami, per assunzioni a tempo indeterminato di 100 unità di personale, con una riserva di posti non superiore al 50 per cento per il personale non di ruolo che, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, presta servizio con contratto a tempo determinato ovvero con contratto di lavoro flessibile ovvero con contratto di collaborazione coordinata e continuativa da almeno tre anni, presso la Agenzia stessa.

Al comma 6 è contemplata la facoltà per l'Agenzia, al fine far fronte con la continuità necessaria allo svolgimento dei compiti istituzionali già in fieri, di prorogare, fino al completamento delle procedure concorsuali di cui al comma 5, i contratti di collaborazione di cui al comma 5, in essere alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

L'ampliamento della dotazione organica complessiva risulta, quindi, pari a 100 unità complessive, da assumere per mezzo dello scorrimento delle graduatorie vigenti e dell'espletamento di nuove procedure concorsuali, fino al completamento del numero a regime di 146 unità totali.

Con riferimento alla tipologia di personale cui il suddetto ampliamento si riferisce, proprio alla luce delle esigenze derivanti dalle nuove funzioni attribuite all'Agenzia dalle disposizioni normative descritte nella Relazione illustrativa, si riporta di seguito l'indicazione delle aree e categorie di inquadramento, delle posizioni economiche di base e del numero.

In relazione al numero dei dirigenti se ne propone con il presente articolo una rimodulazione dagli attuali 7 a 17, di cui 15 unità appartenenti alla dirigenza sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa (Area III) e 2 unità di area dirigenziale medica e veterinaria (Area IV), al fine di assicurare maggiore coordinamento ed organicità alla realizzazione dei nuovi compiti ed alle attività di supporto alle regioni e agli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

La quantificazione dei costi complessivi dell'incremento dei posti in organico, calcolata in base ai costi unitari contenuti nel prospetto allegato e comprensivi degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione, per i seguenti profili è:

10 unità dirigenziali (di area III), il cui costo unitario è pari a 114.483,37 euro (di cui 43.310,90 di trattamento economico fondamentale comprensivo di tredicesima, 42.366,45 di trattamento accessorio e 28.806,02 di oneri riflessi a carico dell'Agenzia), per un costo complessivo di Euro 1.144.833,73.

80 unità di personale laureato - categoria D posizione economica base (comparto di contrattazione collettiva "sanità") - il cui costo unitario è pari a 40.377,97 (di cui 24.114,61 di trattamento economico fondamentale comprensivo di tredicesima, 6.375,35 di trattamento accessorio e 9.888,01 di oneri riflessi a carico dell'Agenzia), per un costo complessivo di Euro 3.230.237,60

7 unità di personale non laureato - categoria C posizione economica base (comparto di contrattazione collettiva "sanità") - il cui costo unitario è pari a 37.717,60 (di cui 22.209,20 di trattamento economico fondamentale comprensivo di tredicesima, 6.298,38 di trattamento accessorio e 9.210,02 di oneri riflessi a carico dell'Agenzia), per un costo complessivo di Euro 264.023,20

3 unità di personale non laureato - categoria B posizione economica base (comparto di contrattazione collettiva "sanità") - il cui costo unitario è pari a 33.761,43 (di cui 19.375,85 di trattamento economico fondamentale comprensivo di tredicesima, 6.183,64 di trattamento accessorio e 8.201,94 di oneri riflessi a carico dell'Agenzia), per un costo complessivo di Euro 101.284,29

per un costo totale a regime pari a euro 4.740.378,49 (arrotond. euro 4.740.380,00).

Fermi restando i costi unitari sopra indicati, per l'anno 2017 è stato valutato un onere finanziario pari ad euro 2.372.170,00.

Il comma 7 dell'unito articolo prevede che all'onere derivante dall'attuazione del comma 5, valutato in euro 2.372.167,33 (arrotond. Euro 2.372.170,00) per l'anno 2017 ed in euro 4.740.378,49 (arrotond. euro 4.740.380,00) a decorrere dall'anno 2018, si provvede utilizzando l'integrazione al finanziamento di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, come sostituito dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 19 febbraio 2001, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2001, n. 129, (pari nel 2015 a euro 3.047.557,00), integrato dai contributi di cui all'articolo 2, comma 358 della legge 27 dicembre 2007, n.244 (contributi per il sistema nazionale di educazione continua in medicina -ECM), che affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia.

Tali contributi, per gli anni 2012/2015, sono stati pari ai seguenti importi:

anno 2012 - euro 15.043.558,49

anno 2013 - euro 15.588.632,15

anno 2014 - euro 17.006.163,84

anno 2015 -euro 15.962.303,43

quindi, con un andamento costante oltre i 15 milioni di euro annui. Al riguardo, si evidenzia che i contributi di cui all'articolo 2, comma 358 della legge 27 dicembre 2007, n. 244, già acquisiti annualmente a legislazione vigente, generano un avanzo di amministrazione che, nell'ultimo quadriennio, è stato pari, in media, a circa 7,5 milioni di euro annuali, come rappresentato dettagliatamente di seguito:

2012: euro 5.622.038,02

2013: euro 9.005.495,92

2014: euro 6.036.589,99

2015: euro 10.626.422,10.

Pertanto, poiché il costo complessivo delle assunzioni previste è pari annualmente a meno di 5 milioni di euro, le risorse economiche a disposizione dell'Agenzia risultano ampiamente sufficienti a coprire stabilmente gli oneri di cui trattasi, senza necessità di ulteriori finanziamenti pubblici.

Il comma 7 contiene altresì la clausola per la compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto derivanti dal medesimo comma 5, in relazione all'aumentata capacità di spesa "a regime" dell'Agenzia stessa.

In altri termini, gli effetti per i maggiori pagamenti previsti, nel limite indicato nello stesso comma 7 e coperto con risorse proprie dell'Ente, vengono compensati proprio attraverso l'utilizzo dell'apposito Fondo di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni.

Per quanto concerne il dettaglio delle spese relative al personale, si riporta in allegato la tabella riassuntiva dei costi comprendente sia l'indicazione, per ogni singolo profilo, degli importi su base annua delle singole voci stipendiali, comprensive di tredicesima e degli oneri riflessi, sia l'importo complessivo del costo dell'incremento della dotazione organica dell'Agenzia.