

LIBERI E UGUALI

--	--	--

PROPOSTA DI LEGGE

“Nuove disposizioni in materia sanitaria”

Onorevoli Deputati! La presente proposta di legge reca nuove disposizioni in materia sanitaria e si articola su tre assi fondamentali che riguardano essenzialmente l'abolizione del c.d. “Superticket”, la rideterminazione del finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale e, infine, l'allentamento dei vicoli per l'assunzione del personale sanitario.

- **L'abolizione del c.d. “Superticket”.**

Come noto, la legge finanziaria per il 2007 (L. 296/2006, articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis)) ha introdotto per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro (cd. extra-ticket regionale, o superticket), a carico degli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo.

La norma prevede che le regioni, in alternativa all'applicazione del superticket, possano adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, purché garantiscano medesimo gettito.

Di fatto, però, la norma sul superticket non è mai stata attuata fino al 2011. Con provvedimenti successivi, infatti, il superticket era stato abolito per gli anni dal 2007 al 2011. E' stato poi il Governo Berlusconi a reintrodurlo e renderlo operativo definitivamente con il decreto legge 98/2011.

Già durante il corso della XVII Legislatura la nostra parte politica aveva chiesto e proposto con forza l'abrogazione del superticket, anche, da ultimo, con specifici emendamenti alla legge di bilancio 2018.

Il Governo, tuttavia, ha respinto le nostre richieste, provvedendo solamente a introdurre alcune norme che dovrebbero favorire le regioni a ridurre questa tassa.

La legge di bilancio per il 2018 (legge 205/2017, articolo 1, commi 804 e 805) approvata a fine dicembre dal Parlamento, ha infatti istituito un Fondo per la riduzione del superticket, con una dotazione annua di 60 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018 per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020.

La definizione dei criteri per la ripartizione del Fondo è demandata ad un decreto del Ministro della Salute, da adottare entro due mesi dall'entrata in vigore della citata legge di bilancio di cui ad oggi non si vede traccia.

Nel riparto, peraltro, in modo del tutto confusionario la normativa attuale dispone che dovranno essere privilegiate le regioni in cui siano state adottate iniziative intese ad ampliare il numero dei soggetti esentati dal pagamento della quota fissa di 10 euro, ovvero in cui siano state introdotte misure alternative regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, con il rischio di provocare l'effetto inverso ed erogare fondi e risorse finanziarie a Regioni che di fatto hanno già abbracciato la logica del superamento del superticket, lasciando a bocca asciutta le Regioni che non hanno ancora provveduto a fare alcunchè.

Sono 5 le regioni che non applicano il superticket (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Lazio, Basilicata, la PA Trento dal 1 giugno 2015 prevede una quota di 3 euro), 8 regioni (Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna) applicano il superticket, mentre le restanti regioni applicano misure alternative alla quota fissa.

La regione Lazio lo ha abolito dal'1 gennaio 2017.

Le misure alternative sono articolate secondo diverse modalità: in 5 regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche,) la quota ricetta è rimodulata in base al reddito familiare, in 3 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia) la rimodulazione è basata sul valore della ricetta.

Tuttavia, sono differenti sia le fasce di reddito applicate nelle regioni, sia le modalità di calcolo del reddito considerato (in alcune si utilizza il reddito familiare, in altre l'ISEE), sia le fasce di valore delle ricette. Inoltre, alcune regioni prevedono ticket differenziati per alcune prestazioni ad alto costo (es. TAC, RM, PET, chirurgia ambulatoriale).

Si sottolinea che, con riguardo alla compartecipazione al costo in ambito sanitario (ticket e superticket), sono forti le differenze tra le regioni. Differenze ancora più evidenti se si considerano le prestazioni specialistiche ambulatoriali, per le quali la legge 537/1993 ha introdotto il pagamento fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta a carico di tutti i cittadini, e rispetto alle quali il DL 98/2011 ha reintrodotto, per i non esenti, il pagamento di una ulteriore quota fissa di 10 euro (superticket) (che era stata prevista dall'art. 1, comma 796, lett. p, della legge 296/2006), consentendo però alle regioni di adottare, in alternativa, misure alternative che assicurino lo stesso gettito, aggiuntive rispetto alle misure eventualmente già vigenti nelle singole regioni.

La conseguenza è che l'importo del ticket che i cittadini sono tenuti a pagare per le prestazioni specialistiche ambulatoriali dipende in ciascuna regione:

- dalle tariffe regionali delle singole prestazioni, fino al limite massimo ex legge 537/1993 (36,15 euro) o previsto localmente;
- dalle eventuali misure di compartecipazione aggiuntive eventualmente adottate;
- dal DL 98/2011 (superticket o misure alternative).

Le principali stime sui mancati introiti conseguenti all'abrogazione del superticket di 10 euro, li quantificano in circa 600 milioni di euro a regime.

Con la presente proposta di legge, all'articolo 1, si provvede ad abrogare definitivamente questo balzello e ai fini della copertura necessaria si utilizzano non solo le risorse già stanziatae al legislazione vigente dalla legge di bilancio 2018 pari a 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 nell'arco del triennio 2018, 2019 e 2020, ma anche le maggiori entrate rinvenienti dalla abrogazione della deduzione forfettaria dei canoni di locazione che è pari al 35 per cento per le cosiddette dimore storiche che è pari al 35 per cento e da cui si ricava un gettito accertato di 545 milioni di euro annui a regime a decorrere dall'anno 2018.

(545 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 + 60 milioni di euro annui già scontati ai sensi della legge di bilancio 2018 danno 605 milioni di euro complessivi a decorrere dall'anno 2018)

- **Rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario Nazionale.**

La legge 232/2016, c. 392, aveva ridotto il finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale per il 2018 di 998 milioni di euro rispetto a quanto previsto solo pochi mesi prima, nel febbraio 2016, con Intesa in Conferenza Stato- Regioni.

La presente proposta di legge ripristina il livello di finanziamento deciso con l'Intesa.

Si prevede, inoltre, il livello del finanziamento per gli anni 2019 e 2020, con l'obiettivo di arrestare progressivamente la riduzione del rapporto spesa sanitaria/Pil.

In base ai **dati consuntivi regionali** derivanti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, che ha consolidato i dati della spesa sanitaria corrente dal 2008 al 2014 ricavati dai conti economici delle Regioni, emerge il trend di variazione evidenziato nella tabella sulla spesa sanitaria corrente:

TAB. 1 - Spesa sanitaria corrente - anni 2008-2014 (valori in miliardi di euro)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Valori assoluti	108,143	111,372	112,630	112,623	112,668	111,684	112,672
Var.%		2,99	1,13	-0,01	0,04	-0,87	0,88

(Fonte: elaborazione Agenas su dati del Ministero della salute)

In particolare, nel **2014**, si registra un **nuovo aumento del trend** benchè, come evidenziato anche nella relazione della Corte dei Conti (Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica), l'incremento della spesa si sia mantenuto al di sotto del tasso di variazione del PIL nominale.

Sotto il profilo del **finanziamento statale** diretto alla spesa sanitaria corrente, la tabella che segue mostra gli importi definiti da successivi provvedimenti, a partire dalle previsioni di razionalizzazione della spesa operate dal **Patto per la salute 2010-2012** (attuato dall'art. 2, commi 66-67 della legge 191/2009 – LF. 2010).

Come si evince dalle cifre, gli importi subiscono **successive rideterminazioni in diminuzione** dei valori, pur facendo registrare un progressivo incremento dei finanziamenti.

TAB. 2 - Finanziamento statale del SSN (in miliardi di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 e ss.
Patto per la salut e 2010- 2012 (attua to dai com mi 66-67 , art. 2, della L. 191/2 009 - LF 2010)	104,5 64	106,8 84	109,8 77								
Art. 17 del DL. 98/20 11 (L. 111/2 011)		106,9 05	107,9 61	109,2 94	110,7 86						
<u>Intes a del 19 dice mbre 2013</u>				107,0 04							
<u>Patto per la salut e 2014- 2016 (intes a 10 luglio 2014)</u>					109,9 28	112,0 62	115,4 44				

LS. 2015 (art. 1, com ma 555-5 57 L. 190/2 014 - attua zione Patto per la salut e 2014- 2016)						112,0 62	115,4 44				
DL. 78/20 15 (artt. da 9- bis a 9- novie s) che attua l'intes a 26 febr aio 2015) e Intes a del 23 dice mbre 2015						109,7 15	113,0 92				
LS. 2016 (art. 1, co. 568, L. 208/2 015)							111,0 00				

Intesa dell'11 febbraio 2016 (in attuazione del co. 680, art. 1, L. 208/2015)								113,063	114,998		
LB. 2017 (art. 1, co. 392, L. 232/2016)								113,000	114,000	115,000	n.d.
Decreto MEF 5 giugno 2017 (in attuazione del co. 680, art. 1, L. 208/2015)									113,396	114,396	-

Inizialmente, gli importi del finanziamento statale al SSN, a partire dal 2010, sono stati fissati dalla citata legge finanziaria per il 2010 (L. 191/2009) a **104,564 miliardi** di euro nel **2010**, **106,884 miliardi** nel **2011** e **109,877 miliardi** nel **2012** (il 2,8% in più rispetto al livello del 2011).

L'art. 17 del DL. 98/2011 (L. 111/2011) ha in seguito ridefinito, da una parte, il **finanziamento statale del 2011 e del 2012**, portandoli, rispettivamente, a **106,905 miliardi** e **107,961 miliardi** e, dall'altra, rideterminando in riduzione il finanziamento

Art. 46, comma 6, DL. 66/2014 (L. 89/2014) come recepito dall'intesa del 26 febbraio 2015)				2,350	2,350	2,350	2,350	2,350	2,350
Decreto MEF 5 giugno 2017 (in attuazione del co. 680, art. 1, L. 208/2015)						0,423	0,604	0,604	0,604

Il nuovo Patto per la salute 2014-2016, attuato dai commi 555-557, art. 1, della L. 190/2011 (LS. 2015), intervenendo, tra gli altri, sul fronte della spesa statale al SSN, ne ha ulteriormente ridotto il livello per il **2014**, portandolo a **109,928 miliardi** di euro. Per i successivi due anni ha, inoltre, definito una spesa di **112,062 miliardi** per il **2015** e **115,444 miliardi** per il **2016**.

Peraltro, il DL. 66/2014 (L. 89/2014), all'art. 46, comma 6, ha stabilito una **riduzione permanente** del finanziamento statale al SSN pari a **2,35 miliardi** a decorrere **dal 2015**.

Ulteriori provvedimenti sono successivamente intervenuti riducendo la spesa statale dal 2015: il DL. 78/2015 (L. 125/2015), in attuazione dell'intesa del 26 febbraio 2015 e, successivamente, l'intesa 23 dicembre 2015, hanno abbassato la spesa statale per il **2015** a **109,715 miliardi** di euro. Per il **2016**, il livello ulteriormente ridotto a 113,092 miliardi di

euro per tenere conto del predetto taglio di 2,35 miliardi, è stato rideterminato a **111,000 miliardi** dalla legge di stabilità 2016 (art. 1, co. 568, L. 208/2015).

L'ammontare del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni **2017** e **2018**, come stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016, è stato inoltre determinato, rispettivamente, in **113,063 miliardi** e **114,998 miliardi** di euro.

Successivamente, la legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 392, L. 232/2016) ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo a **113 miliardi** per il **2017** e a **114 miliardi per il 2018**. Per il **2019** il livello del finanziamento è stato fissato in **115 miliardi** di euro.

In ultimo, il decreto 5 giugno 2017, a causa del **mancato contributo delle autonomie speciali** agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale, stabilendo **ulteriori riduzioni**: 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro a decorrere dal 2018. Pertanto, il Fondo sanitario nazionale risulta pari a **113.936 milioni** di euro nel **2018** (invece di 114.000 milioni) e a **114.396 milioni** nel **2019** (invece dei 115.000 milioni definiti dalla LB. 2017).

Si ricorda, da ultimo, che la legge di bilancio per il 2018 (L. 205 del 2017) all'art. 1, co. 435, ha disposto un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato finalizzato all'aumento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria, per un importo pari a 30 milioni nel 2019, 35 milioni nel 2020, 40 milioni nel 2021, 43 milioni nel 2022, 55 milioni nel 2023, 68 milioni nel 2024, 80 milioni nel 2025 e 86 milioni a decorrere dal 2026.

A tal fine il comma 1 dell'articolo 2 della presente proposta di legge dispone che per l'anno 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è rideterminato in 114.998 milioni di euro, in coerenza con quanto indicato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dell'11 febbraio 2016 (Rep. Atti n. 21/CSR), in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Per gli anni 2019 e 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è rideterminato rispettivamente in 116.500 milioni di euro e in 118.000 milioni di euro.

Alla copertura degli oneri che discendono da tale disposizione pari a 998 milioni di euro nell'anno 2018, 1500 milioni nell'anno 2019 e 3000 milioni di euro nell'anno 2020 si provvede attraverso quota parte delle maggiori entrate rinvenienti:

- da una riduzione all'82% della quota di interessi passivi ammessi in deduzione ai fini Ires ed Irap nel settore creditizio e finanziario (banche, assicurazioni, SGR, SIM);
- nonché, decorrere dal 2019 dalla rimodulazione della percentuale del prelievo erariale unico sui giochi e in particolare sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a) del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza.

La prima fonte di copertura determina la riduzione della quota di interessi passivi deducibile:

-dal 100% al 82% per le banche ai fini IRES ed IRAP;

-dal 96% al 82% per le assicurazioni e i fondi di investimento (SGR) ai fini IRES ed IRAP;

-al 82% per le SIM.

Elaborando i dati indicati nelle relazioni tecniche, gli effetti di maggior gettito IRES possono essere indicati in circa 2 miliardi di euro nel 2018, in 2,5 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2019.

La seconda fonte di copertura da cui deriva un gettito di 500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020 prevede che la percentuale del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a) del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, come rideterminata dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 sia fissata in misura pari al 20 per cento dell'ammontare delle somme giocate, mentre oggi è fissata al 6 per cento.

Allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario

Sempre all'articolo 2 della presente proposta di legge si interviene per ottenere un allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario.

Come più volte discusso con il Ministero della Pubblica Amministrazione e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e dagli stessi riconosciuto, alcuni dei vincoli imposti al personale dipendente con l'intento di contenere la spesa complessiva producono effetti perversi sulla spesa del Servizio Sanitario Nazionale perché costringono le aziende a ricorrere a personale esterno (ad esempio attraverso l'acquisizione di personale intermediato da società interinali o attraverso l'acquisto di servizi dall'esterno) il cui costo unitario è superiore – a parità di qualifica e di impegno lavorativo – del personale dipendente.

Ne è riprova la forte e continua riduzione della spesa per il personale dipendente (dal 2010 al 2016, la spesa per il personale dipendente si è ridotta di 2,3 mld. rispetto al 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40 mila persone in meno), riduzione di fatto in parte controbilanciata dall'aumento della spesa per l'acquisto di servizi dall'esterno e per l'acquisizione di lavoro precario.

E' pertanto necessario rivedere alcuni vincoli, puntando più al governo della spesa complessiva che a quello della spesa per il personale dipendente, nel rispetto di alcuni principi generali che vanno definiti con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Si ricorda che per rispettare le direttive europee sui turni di lavoro si stima ad esempio che bisognerebbe assumere circa 15 mila infermieri.

PROPOSTA DI LEGGE

“Nuove disposizioni in materia sanitaria”

Articolo 1

(Abolizione del c.d “Superticket”)

1. All'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 sostituire i commi 804 e 805 con i seguenti:

“804. Nelle more della revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni di cui all'articolo 8 del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 approvato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, al fine di contenere gli effetti distorsivi e le iniquità del sistema in vigore sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 796, lettera *p*), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole: «, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro.» e la lettera *p-bis*) è abrogata;

b) all'articolo 17, comma 6, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, l'ultimo periodo è soppresso;

c) all'articolo 8, comma 16, terzo periodo, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, le parole: «i disoccupati» sono sostituite dalle seguenti: «i non occupati», in coerenza con quanto previsto dall'articolo 19, comma 7, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150.

805. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono tenute a sopprimere a decorrere dal 1^o gennaio 2018 la quota fissa sulla ricetta di 10 euro di cui all'articolo 1, comma 796, lettere *p*), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e ogni altra forma di compartecipazione al costo delle prestazioni adottata in luogo della quota fissa sulla ricetta.”

2. Ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal comma 1, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* al quale concorre lo Stato è incrementato di 600 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 cui si provvede mediante le maggiori entrate rinvenienti dall'attuazione di quanto previsto dal comma 3.

3. L'ultimo periodo del comma 4-bis dell'articolo 37 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), è soppresso.

Articolo 2

(Rideterminazione del finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale e allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario)

1. Per l'anno 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è altresì rideterminato in 114.998 milioni di euro, in coerenza con quanto indicato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dell'11 febbraio 2016 (Rep. Atti n. 21/CSR), in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Per gli anni 2019 e 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è rideterminato rispettivamente in 116.500 milioni di euro e in 118.000 milioni di euro.

2. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, nonché di avviare un rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali:

a) all'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190, comma 584, lettera a) le parole "al 2020" sono sostituite dalle seguenti "al 2017";

b) nelle more del completamento delle procedure per la predisposizione e la verifica dei piani di cui al comma 541, lettera b), dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale sono autorizzati a bandire, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, da destinare all'adeguamento del personale dipendente operante nei servizi d'emergenza urgenza, terapia intensiva e subintensiva, riabilitazione, centri trapianti e di alta specialità, assistenza domiciliare, a condizione che gli oneri derivanti siano recuperati per almeno il 50 per cento tramite la riduzione, in via permanente e strutturale, delle spese sostenute, da parte dei medesimi enti, per l'acquisizione di lavoro a tempo determinato e di lavoro temporaneo, nonché per l'acquisizione di servizi sanitari intermedi di diagnosi, cura e assistenza. Le assunzioni sono attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo pari a 998 milioni di euro nell'anno 2018, 1500 milioni nell'anno 2019 e 3000 milioni di euro nell'anno 2020 si provvede attraverso quota parte delle maggiori entrate rinvenienti dall'attuazione di quanto previsto dai successivi commi da 4 a 9.

4. Al comma 84 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n.205 la lettera b) è abrogata.

5. All'articolo 96 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 sono apportate le seguenti modificazioni:

- alla fine del comma 5 è inserito il seguente periodo: "Gli interessi passivi sostenuti dai soggetti indicati nel primo periodo sono deducibili nel limite dell'82 per cento del loro ammontare.";
- al comma 5-*bis* le parole "96 per cento" sono sostituite dalle seguenti "82 per cento".

6. Al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 sono apportate le seguenti modificazioni:

- al comma 8 dell'articolo 6 dopo il primo periodo è inserito il seguente: "Gli interessi passivi concorrono alla formazione del valore della produzione nella misura del 82 per cento del loro ammontare.";
- al comma 9 dell'articolo 6 le parole "96 per cento" sono sostituite dalle seguenti "82 per cento";
- al comma 2 dell'articolo 7 le parole "96 per cento" sono sostituite dalle seguenti "82 per cento".

7. Le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 si applicano a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017.

8. Le modifiche introdotte dai commi 5 e 6 rilevano ai fini della determinazione dell'acconto dell'imposta sul reddito delle società e dell'acconto dell'imposta regionale sulle attività produttive dovuti per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017.

9. A decorrere dal 1° gennaio 2020 la percentuale del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a) del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, come rideterminata dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, è fissata in misura pari al 20 per cento dell'ammontare delle somme giocate".

Articolo 3

(Entrata in vigore)

- La presente legge entra in vigore entro i quindici giorni successivi alla sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.