

SANITA': primo commento alle norme della legge di Stabilità 2016

Risorse per rinnovo CCNL

Commi da 466 a 469

Comma 466. Per il triennio 2016-2018, in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli oneri posti a carico del bilancio statale sono quantificati,

complessivamente, in 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, di cui 74 milioni di euro per il personale delle Forze armate e dei Corpi di polizia di cui al decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 195, e 7 milioni di euro per il restante personale statale in regime di diritto pubblico.

Comma 467. Le somme di cui al comma 466, comprensive degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) di cui al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, concorrono a costituire l'importo complessivo massimodi cui all'articolo 11, comma 3, lettera g), della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Comma 468. Al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 41, comma 2, primo periodo, le parole: «, per uno dei comparti di cui all'articolo 40, comma 2,» sono soppresse;

b) all'articolo 41, comma 2, secondo periodo, le parole: «, per uno dei comparti di cui all'articolo 40, comma 2,» sono soppresse;

c) all'articolo 41, comma 5, dopo le parole: «istituti comuni a più comparti» sono inserite le seguenti: «o che si applicano a un comparto per il quale operano più comitati di settore».

Comma 469. Per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018, nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono posti a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell'articolo 48, comma 2, del medesimo decreto legislativo n. 165 del 2001. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati i criteri di determinazione dei predetti oneri in coerenza con quanto previsto dal comma 466.

Comma 470. Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Commento –

Le risorse previste per le amministrazioni dello Stato sono assolutamente insufficienti per l'avvio della contrattazione per il rinnovo dei CCNL scaduti nel 2009.

Manca, inoltre, del tutto la previsione di risorse per il rinnovo del CCNL per Sanità e Regioni che dovrebbero reperire risorse all'interno dei rispettivi bilanci a fronte dei tagli che la stessa legge di stabilità gli imponei.

Contrattazione integrativa

Comma 236

Comma 236. Nelle more dell'adozione dei decreti legislativi attuativi degli articoli 11 e 17 della legge 7 agosto 2015, n. 124, con particolare riferimento all'omogeneizzazione del trattamento economico

fondamentale e accessorio della dirigenza, tenuto conto delle esigenze di finanza pubblica, a decorrere dal 1° gennaio 2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed e', comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente.

Commento -

Nonostante lo sblocco dei fondi per la contrattazione integrativa per il 2015, prevista dalla legge di stabilità dell'anno scorso, con questa legge di stabilità si interviene di nuovo con un blocco dell'ammontare complessivo delle risorse per il trattamento accessorio del personale che non potrà superare l'importo determinato per il 2015.

Non è chiaro cosa si intende per "personale assumibile" saranno necessari chiarimenti per una corretta costituzione dei fondi.

Stanziamiento Fondo sanitario Nazionale

Commi 410 e 568

Comma 410. Il Fondo sanitario nazionale, determinato ai sensi dell'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è incrementato nella misura di 1 milione di euro per l'anno 2017 e di 2 milioni di euro per l'anno 2018.

"556 legge 190/2014 Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è stabilito in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salve eventuali rideterminazioni in attuazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, come modificato dal comma 398 del presente articolo in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, del Patto per la salute."

Comma 568. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies, comma 1, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, **è rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro.** Sono sterilizzati gli effetti derivanti dal periodo precedente sugli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali.

Commento

Si tratta di tagli veri.....

E' evidente la riduzione del fondo sanitario nazionale sia rispetto alla previsione della legge 190 che rispetto a quanto previsto nel patto per la salute.

Il Livello del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2016 è fissato in 111 miliardi di euro, di cui 800 milioni sono vincolati all'aggiornamento dei Lea Livelli essenziali di Assistenza.

Le Regioni in Piano di rientro potranno aumentare le aliquote fiscali locali per sanare il disavanzo sanitario.

Le Regioni assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza, da recepire con intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni entro il 31 gennaio di ciascun anno. In assenza di intesa, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i richiamati importi sono assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singoli Regioni e province autonome, tenendo anche conto della popolazione residente e del Pil, e sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

Sono disposte previsioni di piani aziendali di rientro riferiti ai singoli enti dei servizi sanitari regionali.

Viene, infine, disposta una centrale unica degli acquisti per 8 beni e 5 servizi.

Come abbiamo ripetutamente denunciato, lo stanziamento è assolutamente insufficiente e la compressione del finanziamento rispetto al Patto per la Salute 2014-16 e al Def è netta.

Equità, universalità e solidarietà risultano in parte già minate ledendo l'art.32 della Costituzione; la sostenibilità è ancora più a rischio con l'attuale livello di finanziamento.

L'importo del Fondo sanitario nazionale 2016 conferma una contrazione in valore assoluto dell'1,8% a fronte di una crescita del Pil nominale del 1,47% (Pil programmatico); l'incidenza del Fondo sanitario nazionale sul Pil è al livello più basso dall'inizio del decennio al 6,6% del Pil, come fatto notare dalle Regioni.

Va tenuto conto che la spesa in sanità nel nostro Paese è già sotto finanziata di circa il 30% rispetto alla media degli Stati europei più avanzati.

La spesa sanitaria "out of pocket" cui ormai è costretto a ricorrere l'84,6% delle famiglie è pari a circa 32 miliardi di euro (pari all'1.8% del PIL) - la stima è fra le più elevate al mondo, per circa 530 euro pro capite - e potenzialmente ancor più alta se si tiene conto di una componente non indifferente di sommerso (15 miliardi stimati). Questi dati ci dicono come la situazione sia ormai pesantissima e come incide sulle scelte di cura.

E' ormai improcrastinabile cambiare verso se si vuole scongiurare da un lato il tracollo economico-organizzativo del SSN, dall'altro un inesorabile transizione alla sanità prevalentemente privata, a svantaggio delle famiglie e delle categorie deboli, condannando il SSN a diventare la sanità povera per i soli poveri.

Non vi è l'automatismo dell'aumento dei ticket, ma resta il fatto che le Regioni hanno comunque autonomia di scelta sui ticket, a prescindere dall'essere o meno in Piano di rientro, come dimostrano i diversi e ripetuti interventi sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini adottati in quasi tutte le Regioni dal 2000 (quando i ticket nazionali furono quasi tutti aboliti) ad oggi.

E, dunque, l'aumento dei ticket risulta essere il rischio imminente insieme all'aumento delle addizionali regionali Irpef nelle otto regioni con disavanzo sanitario o soggette a Piano di rientro.

Se le Regioni dovessero articolare i tagli richiesti a partire dal 2017 con le proporzioni di quest'anno (su 4 miliardi ben 2,35 sono stati applicati alla sanità, ovvero quasi il 60% del totale del contributo alla finanza pubblica richiesto dal Governo) per il 2017 e 2018 potremmo aspettarci un altro taglio alle risorse sanitarie tra i 5 e i 6 miliardi di euro, previsioni peraltro contenute nel Patto per la Salute

Risulta, di fatto, ridotta di 2 mld la dotazione che il Patto per la Salute aveva previsto per i Lea □ Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale. Infine, è totalmente assente l'integrazione socio-sanitaria, che dovrebbe rappresentare una delle sfide prioritarie del nostro tempo.

Le politiche della Salute, continuano a rappresentare "una intollerabile voce per fare cassa".

Piani di rientro

Commi da 521 a 536

Comma 521. Al fine di favorire la corretta ed appropriata allocazione delle risorse programmate per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), le disposizioni di cui ai commi dal presente comma al comma 547 disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei LEA.

Comma 522. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché dall'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 14 novembre 2014, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito internet il bilancio d'esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti.

Comma 523. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Comma 524. Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

Comma 525. In sede di prima applicazione, per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b). Per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, lettera a), sono utilizzati i dati dei costi relativi al quarto trimestre 2015 e dei ricavi come dei terminati ai sensi del decreto di cui al comma 526; per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, lettera b), sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 526.

Comma 526. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 524, lettera a), in coerenza con quanto disposto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei diversi assetti organizzativi ed erogativi regionali. Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto definisce, altresì, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 529 e 530.

Comma 527. Ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono apportati i necessari aggiornamenti agli schemi allegati al medesimo decreto legislativo, al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo coerentemente con quanto previsto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Comma 528. Gli enti individuati ai sensi dei commi 524 e 525 presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al

triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

Comma 529. Le regioni non in piano di rientro regionale, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e con le linee guida di cui al comma 526, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

Comma 530. Le regioni in piano di rientro regionale, anche commissariate per l'attuazione dello stesso, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani di rientro, la loro coerenza con il piano di rientro regionale e con le linee guida di cui al comma 526, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta o del Commissario ad acta, ove nominato. Le regioni medesime evidenziano, in apposita sezione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro regionale, predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, l'eventuale sussistenza di piani di rientro di enti del proprio Servizio sanitario regionale, nonché dei relativi obiettivi di riequilibrio economico-finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale, o dal Commissario ad acta ove nominato, sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato. Restano ferme le valutazioni dei tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, e dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze nell'ambito dell'attività di monitoraggio ed affiancamento nell'attuazione del piano di rientro regionale.

Comma 531. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'articolo 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrive nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti del Servizio sanitario regionale. Nel caso in cui si verificano le condizioni di cui ai commi 524 e 525, le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'articolo 23 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute ad istituire la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), del medesimo decreto legislativo n. 118 del 2011. I tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 verificano il rispetto del presente comma. A tal fine le regioni comunicano ai suddetti tavoli tecnici l'avvenuta approvazione dei piani di rientro degli enti del proprio Servizio sanitario regionale entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione e l'importo degli scostamenti negativi di cui ai medesimi piani di rientro.

Comma 532. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, gli interventi individuati dai piani di cui ai commi 529 e 530 sono vincolanti per gli enti interessati e le determinazioni in essi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti amministrativi già adottati dagli stessi in materia di programmazione e pianificazione aziendale, per renderli coerenti con i contenuti dei piani.

Comma 533. La regione, ovvero il Commissario ad acta ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario ad acta ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro. 534. Per garantire il pieno rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, tutti i contratti dei direttori generali, ivi inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in caso di mancata trasmissione del piano di rientro all'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

Comma 535. A decorrere dal 2017, le disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, coerentemente con le previsioni normative di cui agli articoli 2, comma 2-sexies, lettera d), e 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal decreto di cui al comma 536, primo periodo, si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Comma 536. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 30 giugno 2016, sono definiti i criteri di valutazione, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione, da parte delle regioni, delle aziende, dei presidi e degli enti di cui al comma 535, da sottoporre ad un piano di rientro, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio di bilancio o di disallineamento rispetto ai parametri di qualità ed esiti delle cure. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 31 dicembre 2016, sono apportati i necessari aggiornamenti ai modelli di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende sanitarie, anche al fine di valutare l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri in rapporto alla loro remunerazione, tariffaria ed extra-tariffaria, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Commento

Piani di rientro nelle aziende Ssn. È un pacchetto di misure finalizzato al risanamento degli enti del Ssn. Gli enti sanitari devono presentare una o entrambe le seguenti condizioni: -una situazione di disequilibrio economico; -un non adeguato livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In questi casi c'è l'obbligo, per l'ente interessato, di presentare alla Regione e conseguentemente di attuare un piano di rientro aziendale, di durata non superiore a tre anni.

La procedura: emanazione, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge di Stabilità, di un decreto del ministero della Salute di concerto con il ministro dell'Economia, finalizzato a:

- definire i parametri e la metodologia per accertare le condizioni di disequilibrio o di inadeguata erogazione dei Lea;

- individuare, da parte delle Regioni, gli enti del proprio Sistema sanitario regionale che presentino le condizioni di cui sopra; - presentare, da parte degli enti così individuati, di un piano di rientro aziendale, che preveda le misure necessarie al raggiungimento dell'equilibrio economico e il miglioramento dei servizi per garantire i Lea;

- valutare e approvare il piano da parte della Regione; verificare trimestralmente, da parte delle Regioni, la realizzazione degli interventi previsti nei piani di rientro aziendali e adozione delle misure correttive. Si prevede la decadenza automatica dei direttori generali in caso di esito negativo delle verifiche da parte della regione, sull'attuazione dei piani di rientro.

Scatta l'obbligo per gli enti Ssn di pubblicare nel proprio sito internet il bilancio d'esercizio e gli esiti del monitoraggio sulla qualità dell'assistenza erogata. I piani di rientro aziendali si applicano da subito alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie e agli Ircss, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

A decorrere dal 2017 le misure si applicheranno anche alle Asl e ai loro presidi ospedalieri a gestione diretta. Per questi ultimi, infatti, è necessario individuare una più specifica e complessa metodologia, che sarà definita con decreto del ministero della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Il "pacchetto" si applica, anche se con differenze procedurali, sia alle Regioni non in piano di rientro sia a quelle in piano di rientro, eventualmente anche commissariate.

Continuiamo a sostenere che il problema sia la possibilità vera di uscire dai piani di rientro e l'enorme differenza che si è determinata tra Regioni virtuose e Regioni in difficoltà. Il tema è, per noi, il diritto alle cure e la qualità dei servizi che ormai in molte regioni non possono più essere garantiti determinando un enorme squilibrio tra i cittadini aggravando il problema della distanza tra nord e sud del Paese.

Affiancamento Regioni in piano di rientro

Comma 537.

Comma 537. Al fine di garantire una più efficace ed efficiente attività di programmazione sanitaria, con particolare riguardo alle specifiche funzioni di monitoraggio, di verifica e di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro regionali è autorizzata, a favore del Ministero della salute, la spesa di 1,2 milioni di euro per l'anno 2016, di 1 milione di euro per l'anno 2017 e di 0,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018.

Commento

Quanto alle Regioni in piano di rientro tout court, la manovra 2016 per garantire una più efficiente ed efficace attività di programmazione sanitaria, in particolare sulle funzioni di monitoraggio, di verifica e di affiancamento nell'attuazione dei piani stessi, autorizzata a favore del ministero della Salute lo stanziamento di 3 milioni di euro, così distribuiti: 1,2 milioni nel 2016, un milione nel 2017 e 0,8 milioni a decorrere dal 2018.

Risk management

Commi da 538 a 540

Comma 538. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

Comma 539. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

- a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;
- b) rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture autoassicurative.

Comma 540. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Commento

Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private dovranno attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, che sarà deputata ad attivare percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi e delle criticità maggiori e più frequenti. Garantito l'anonimato della segnalazione del quasi-errore (eventi sentinella); rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici; facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva (prescrivere troppo o troppo poco); formazione e

sensibilizzazione del personale; assistenza tecnica agli uffici legali della struttura sanitaria in caso di contenzioso e nella stipula di coperture assicurative o di auto-assicurazioni. Rimane in sospeso e non riaffrontato ogni ragionamento sull'implementazione di competenze per le professioni sanitarie e l'applicazione del comma 566 della legge di stabilità 2015 mai attivato.

Assunzioni nel SSN

Comma 397 e commi da 541 a 545

Comma 397.

7. Gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale, anche delle regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari e ai programmi operativi in prosecuzione degli stessi, sono tenuti ad assumere con procedure di mobilità, anche in posizione di sovrannumero e ad esaurimento, il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della CRI e quindi dell'Ente con funzioni di autista soccorritore e autisti soccorritori senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni. Tali assunzioni sono disposte senza apportare nuovi o maggiori oneri alla finanza pubblica in quanto finanziate con il trasferimento delle relative risorse occorrenti al trattamento economico del personale assunto, derivanti dalla quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale erogata annualmente alla CRI e quindi all'Ente. Le spese per il trattamento economico del personale trasferito al Servizio sanitario nazionale non sono considerate ai fini del rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Agli enti e alle aziende sopradette è fatto divieto di assunzione del personale corrispondente fino al totale assorbimento del personale della CRI ovvero dell'Ente sopradetto.

7-bis. I rapporti con gli enti previdenziali derivanti dalle procedure di mobilità del personale della CRI ovvero dell'Ente sono definiti in sede di applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 8, comma 2, con relativo trasferimento della quota corrispondente dell'attivo patrimoniale»;

e) all'articolo 6, comma 9, terzo periodo, dopo le parole: «31 dicembre 2015» sono aggiunte le seguenti: «ovvero fino alla conclusione delle procedure di cui all'articolo 5, comma 6»;

f) all'articolo 8, comma 2, secondo periodo: 1) dopo le parole: «gestione liquidatoria» è aggiunto il seguente periodo: «Il personale già individuato nella previsione di fabbisogno ai sensi dell'articolo 3, comma 4, come funzionale alle attività propedeutiche alla gestione liquidatoria verrà individuato con specifico provvedimento del presidente nazionale della CRI ovvero dell'Ente entro il 30 marzo 2016 e successivamente aggiornato. Detto personale non partecipa alle procedure previste dall'articolo 7, comma 2-bis, del decretollegge 31 dicembre 2014, n. 192, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2015, n. 11. Il 1° gennaio 2018 il suddetto personale viene trasferito con corrispondente trasferimento delle risorse finanziarie, presso pubbliche amministrazioni che presentano carenze in organico nei corrispondenti profili professionali ovvero anche in sovrannumero»;

2) le parole: «; il predetto personale,» sono sostituite dalle seguenti: «. Il personale, ad eccezione di quello funzionale alle attività propedeutiche alla gestione liquidatoria di cui al precedente capoverso,»;

3) sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «Il personale della CRI ovvero dell'Ente, nelle more della conclusione delle procedure di cui all'articolo 7, comma 2-bis, del decreto-legge 31 dicembre 2014, n. 192, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2015, n. 11, previa convenzione tra le parti, può prestare temporaneamente la propria attività presso altre pubbliche amministrazioni per garantire fini di interesse pubblico di cui all'articolo 1, comma 4, anche con oneri a carico del finanziamento pubblico della CRI ovvero dell'Ente, che rimane esclusivamente responsabile nei confronti del lavoratore del trattamento economico e normativo».

Comma 541. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, 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, le regioni e le province autonome:

a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio

sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni toposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;

b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;

c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 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 n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015;

d) ferme restando le disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 543 e 544.

Comma 542. Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani di cui al comma 541, lettera b), **nel periodo dal 1° gennaio 2016 al 31 luglio 2016**, le regioni e le province autonome, previa attuazione delle modalità organizzative del personale al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, **possono ricorrere, in deroga** a quanto previsto dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, **a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro**. Se al termine del medesimo periodo temporale permangono le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro, stipulati ai sensi del precedente periodo possono essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

Del ricorso a tali forme di lavoro flessibile nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro, è data tempestiva comunicazione ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

Comma 543. In deroga a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 23 aprile 2015, in attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate sul piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 541. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50 per cento, al personale medico, tecnico-professionale e infermieristico in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data di pubblicazione del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 542 fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

Comma 544. Le previsioni di cui al comma 543, per il biennio 2016-2017, sono comunque attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98,

convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani. È autorizzata a decorrere dal 1° gennaio 2016, nel limite massimo di spesa di 400.000 euro annui, la stipulazione di una convenzione tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità e le aziende sanitarie e i comuni ANCI-Federsanità, per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione all'interno del Servizio sanitario nazionale di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute sviluppata dalla Direzione generale per i sistemi informativi automatizzati del Ministero della giustizia cui sono assegnate le risorse. La piattaforma è finalizzata alla gestione di un servizio di telemedicina in ambito carcerario, sia adulto che minorile; per l'attuazione delle disposizioni di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 400.000 euro a decorrere dall'anno 2016.

Comma 545. Il comma 10 dell'articolo 4 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, si applica anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà, che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista. Conseguentemente il 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, è ridotto di 780.983 euro a decorrere dall'anno 2016.

Commento

Dal punto 7 del comma 397 si dispone che enti e aziende del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad assumere con procedure di mobilità, anche in posizione di sovrannumero e ad esaurimento, il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della CRI con funzioni di autista soccorritore e autista soccorritore senior. Ciò rende oltremodo urgente la soluzione all'annoso problema del profilo professionale unico dell'autista soccorritore, che rimane ancora da istituire nei servizi sanitari.

Dal comma 541, gli step del piano, che prevede sia la stabilizzazione dei precari sia l'assunzione straordinaria di nuovo personale sanitario: definizione da parte delle Regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni, degli standard di personale per livello di assistenza; adozione da parte delle Regioni che non abbiano già provveduto, delle norme statali in materia di riduzione dei posti letto ospedalieri e accreditati a carico del Ssn (regolamento sugli standard ospedalieri, Dm 70/2015); valutazione, da parte di ben tre organismi statali, dei provvedimenti presi dalle Regioni per far fronte ai fabbisogni di organici.

Nel caso in cui il monitoraggio faccia emergere dei fabbisogni da colmare, le Regioni potranno indire entro il 31 dicembre 2016 dei concorsi straordinari per l'assunzione di medici e infermieri, che dovranno concludersi entro il 31 dicembre 2017.

In questo ambito gli enti Ssn potranno riservare fino al 50% dei posti disponibili alla stabilizzazione del personale (medico e infermieristico) precario, cioè con contratti a tempo determinato, con co.co.co o con altre forme di lavoro flessibile.

Ai fini della stabilizzazione è necessario che questo personale abbia maturato almeno tre anni di anzianità anche non continuativi purché negli ultimi 5 anni.

Nel frattempo, aspettando gli esiti dei concorsi e per fronteggiare l'emergenza orari di lavoro, gli enti del Servizio sanitario potranno ricorrere a forme di lavoro flessibili, tra il 1° gennaio e il 31 luglio 2016, con possibilità di proroga fino al 31 ottobre dello stesso anno.

Le risorse vanno individuate comunque nel rispetto della cornice finanziaria programmata e, per le Regioni in piano di rientro, degli obiettivi che vi sono inseriti.

È autorizzata la spesa di 400mila euro annui, a decorrere dal 1° gennaio 2016, per una convenzione tra Dipartimento amministrazione penitenziaria del ministero della Giustizia, Dipartimento per la giustizia minorile, aziende sanitarie e comuni per l'integrazione socio-sanitaria e la realizzazione in ambito Ssn di una piattaforma informatica per prestazioni di telemedicina a favore dei detenuti, sia adulti che minori.

E' evidente come il Governo, anche in questa legge di stabilità, non affronta il vero tema della carenza di personale in Sanità: servono soluzioni strutturali al tema dell'occupazione, occorrono

nuove ed adeguate risorse per garantire il giusto orario di lavoro per medici ed operatori e non nuove sacche di precariato con rapporti di lavoro flessibili.

ASL Uniche

Commi da 546 a 574

Comma 546. Al fine di perseguire una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca, nonché allo scopo di conseguire risparmi di spesa, nelle regioni a statuto speciale che nel biennio antecedente alla data di entrata in vigore della presente legge hanno riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne hanno avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere universitarie nelle aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le regioni e le università interessate, da stipulare ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.

Comma 547. Le disposizioni di cui al comma 546 non si applicano alle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.

Commento

Nelle regioni e nelle Province autonome di Trento e Bolzano - con esclusione di quelle in piano di rientro - che nei due anni precedenti l'entrata in vigore della legge di Stabilità abbiano realizzato o avviato processi di riorganizzazione dei propri servizi sanitari regionali attraverso l'accorpamento di aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra il Ssn e l'università può realizzarsi oltre che tramite le aziende ospedaliere universitarie (Aou) anche con la costituzione di aziende sanitarie uniche. Occorre molta attenzione al tema per non far prevalere interessi di parte sul diritto alla salute dei cittadini.

Acquisti di beni e servizi

Commi 548 da 553.

Comma 548. Al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA.

Comma 549. Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 548 non siano disponibili ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 548, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza. La violazione degli adempimenti previsti dal presente comma costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.

Comma 550. I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 548, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi dei commi da 548 a 552. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa.

Comma 551. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni adottano provvedimenti volti a garantire che gli enti del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale.

Comma 552. A livello nazionale la Cabina di regia istituita con decreto del Ministro della salute 12 marzo 2015, in attuazione dell'articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016, provvede a:

a) definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici sulla base dei criteri di rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto economico ed impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA);

b) promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati di comprovata esperienza di HTA (Health Technology assessment) operanti nel Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici;

c) validare gli indirizzi metodologici che verranno applicati per la produzione dei rapporti di valutazione tecnica multidimensionale nel Programma nazionale di HTA;

d) curare la pubblicazione, la diffusione e la verifica degli impatti a livello nazionale degli esiti delle valutazioni di cui alla lettera b) secondo i metodi validati di cui alla lettera c), promuovendone l'utilizzo da parte delle regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento. 553. In attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies del decretollegge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2015, n. 125, e in misura non superiore a 800 milioni di euro annui, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

Commento

Per rendere più efficiente il sistema degli acquisti di beni e servizi nel settore sanitario e per eliminare le differenze di prezzo sul territorio nazionale per beni e servizi identici o analoghi, si prevede che agli acquisti possano provvedere esclusivamente le centrali regionali di committenza di riferimento oppure Consip Spa. Queste disposizioni valgono per l'acquisto di beni e servizi che rientrino nelle categorie merceologiche che saranno definite con Dpcm da adottare entro il 31 dicembre di ogni anno. Gli acquisti in violazione di queste norme costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità per danno erariale. I contratti in essere alla data di entrata in vigore della legge di stabilità non possono essere prorogati oltre la data di attivazione dei contratti che saranno aggiudicati dalle centrali di committenza ai sensi delle nuove norme.

Le norme prevedono anche la centralizzazione a livello nazionale o regionale, dell'attività di valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici: gli enti del Ssn non possono più svolgere questa attività autonomamente ma ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale, che dovranno operare sotto il coordinamento e sulla base delle priorità individuate da una Cabina di regia nazionale.

LEA

Commi da 554-565

Comma 554. La definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari nonché con la procedura di cui al comma 559. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta alle Camere una relazione sullo stato di attuazione dei

commi da 553 a 565. L'articolo 5 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è abrogato.

Comma 555. Per l'attuazione del comma 553, per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di 800 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. L'erogazione della quota è condizionata all'adozione del provvedimento di cui al comma 553.

Comma 556. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, è istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Istituto superiore di sanità (ISS), uno dall'AGENAS, uno dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. La Commissione dura in carica tre anni. Su richiesta del presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate.

Comma 557. La Commissione di cui al comma 556, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, nonché degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, anche su proposta dei suoi componenti, svolge in particolare le seguenti attività:

- a) procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;
- b) acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;
- c) per l'aggiornamento dei LEA e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;
- d) valuta l'impatto economico delle modifiche ai LEA; e) valuta le richieste, provenienti da strutture del Servizio sanitario nazionale, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; f) valuta che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA.

Comma 558. Sulla base dell'attività svolta ai sensi del comma 557, la Commissione di cui al comma 556 formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA.

Comma 559. Se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti.

Comma 560. La partecipazione alla Commissione di cui al comma 557 è onorifica; essa può dar luogo esclusivamente al rimborso delle spese sostenute, ove spettante, nel rispetto della disciplina prevista in materia dalla legislazione vigente.

Comma 561. Per lo svolgimento delle attività di cui ai commi da 553 a 560, la Commissione è supportata da una segreteria tecnico-scientifica operante presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, che può avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, da ISS, AIFA, AGENAS, regioni, enti del Servizio sanitario nazionale ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

Comma 562. Per le attività di supporto di cui al comma 561 che richiedono specifiche attività di ricerca, il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, nonché di esperti, nel numero massimo di cinque.

Comma 563. Gli oneri derivanti dai commi 556, 561 e 562 ammontano ad euro 1 milione.

Comma 564. Al comma 3 dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, dopo le parole: «Consiglio dei Ministri,» sono inserite le seguenti: «su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,».

Comma 565. A decorrere dalla costituzione della Commissione di cui al comma 557, è abrogato il comma 10 dell'articolo 4-bis del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, e al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, sono apportate le seguenti modifiche: a) all'articolo 2, comma 1, la lettera a) è abrogata; b) all'articolo 3, comma 1: 1) alla lettera a), la parola: «sessantadue» è sostituita dalla seguente: «cinquantanove»; 2) alla lettera b), la parola: «quattro» è sostituita dalla seguente: «due»; 3) alla lettera n), la parola: «trentanove» è sostituita dalla seguente: «trentaquattro»; c) all'allegato 1, il punto 22 è soppresso.

Commento

I Lea, da aggiornare, vengono rifinanziati con 800 milioni, della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard.

Due gli obiettivi della norma, oltre alla destinazione di risorse in più: rendere più stringente la tempistica per l'aggiornamento (entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Stabilità); snellire le procedure per garantire che l'aggiornamento diventi sistematico e puntuale, per rispondere ai nuovi bisogni dei cittadini e all'aggiornamento delle tecnologie e delle conoscenze medico-scientifiche.

Nasce a questo scopo la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e l'appropriatezza nel Ssn: ogni anno dovrà formulare una proposta di revisione che, se comporterà nuovi o maggiori oneri finanziari, necessiterà di un decreto del presidente del Consiglio dei ministri; in caso di oneri pari a zero, la procedura è più snella e l'aggiornamento è affidato a un decreto del ministro della Salute. La partecipazione alla Commissione è onorifica.

Per lo svolgimento delle sue attività, l'organismo è supportato da una segreteria tecnico-scientifica presso il ministero della Salute, che può avvalersi di personale messo a disposizione da Istituto superiore di Sanità, Agenzia italiana del farmaco, Agenas, regioni, enti del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e altri rappresentanti nell'ambito della Commissione stessa, fino a un massimo di cinque.

Farmaci innovativi

Commi da 569 a 570

Comma 569. Ai fini di consentire la regolare somministrazione dei farmaci innovativi nel rispetto della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di efficientamento del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e dalle disposizioni di cui all'articolo 9-ter, commi 10 e 11, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per gli anni 2015 e 2016, la spesa per l'acquisto di farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 15, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per l'ammontare eccedente annualmente, per ciascuno degli anni 2015 e 2016, l'importo del fondo di cui all'articolo 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Il presente comma entra in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

Comma 570. Allo scopo di consentire l'accesso ai trattamenti innovativi in una prospettiva di sostenibilità del sistema e di programmazione delle cure, il Ministero della salute, sentita l'AIFA, in coerenza con la cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, predispone annualmente un programma strategico volto a definire le priorità di intervento, le condizioni di accesso ai trattamenti, i parametri di rimborsabilità sulla base di risultati clinici significativi, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le relative previsioni di spesa, le condizioni di acquisto, gli schemi di prezzo condizionato al risultato e gli indicatori di performance degli stessi, gli strumenti a garanzia e trasparenza di tutte le procedure, le modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi in tutto il territorio nazionale. Il programma è approvato annualmente d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Commento

La spesa per farmaci innovativi è a valere sul computo del tetto di spesa farmaceutica territoriale per l'ammontare eccedente il fondo per questi farmaci istituito con la manovra 2015: 500 milioni di euro nel 2015 e altri 500 milioni nel 2016.

Cure di alta specialità

Commi da 574-579

comma 574. All'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: «A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» sono sostituite dalle seguenti: «Ai contratti e agli accordi» e le parole: «percentuale fissa,» sono soppresse;

b) dopo il primo periodo, sono inseriti i seguenti: «A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extraregionali presi in carico dagli IRCCS. Ne danno altresì comunicazione alle regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere, alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Le regioni pubblicano per ciascun IRCCS su base trimestrale il valore delle prestazioni rese ai pazienti extraregionali di ciascuna regione».

Comma 575. Gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con Intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/ CSR), sono sanciti dalla medesima Conferenza, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.

Comma 576. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa

del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

Comma 577. Le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione.

Comma 578. All'articolo 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le parole: «importi tariffari diversi» sono sostituite dalle seguenti: «livelli di remunerazione complessivi diversi». 579. 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. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto derivanti dal presente comma, pari a 3,4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018, 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.

Commento

Ove destinate a cittadini non residenti nella regione di appartenenza della struttura sanitaria, sono sottratte all'applicazione dei vincoli di risparmio (spesa inferiore al 2% rispetto a quella del 2014). Per garantire l'invarianza della spesa, Regioni e Pa dovranno contestualmente ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità sia di pronto soccorso, sia di riabilitazione e lungodegenza, acquistate da erogatori privati accreditati.

La griglia delle prestazioni di alta specialità erogate dagli Irccs e i criteri di appropriatezza andranno definiti con Accordo Stato-Regioni.

Ogni 3 mesi le Regioni dovranno trasmettere a Salute e Mef i provvedimenti di compensazione della maggiore spesa sanitaria per i pazienti extraregionali presi in carico dagli Irccs e pubblicano per ogni Irccs su base trimestrale il valore delle prestazioni a pazienti fuori regione.

OPG – REMS

Comma 584

Comma 584. A seguito dell'effettivo trasferimento al Servizio sanitario regionale delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ai soggetti ospitati presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), alle regioni a statuto speciale sono trasferite le somme loro assegnate in sede di riparto della quota vincolata del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2012, 2013, 2014, 2015, di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Commento

Non introduce nulla di nuovo, né a livello normativo, né a livello economico. Conferma il riparto, già previsto, della quota prevista nel FSN per gli anni dal 2012 al 2015, destinandolo anche alle regioni a statuto speciale.