

## **Capo II**

### **Efficientamento della spesa sanitaria**

#### **Articolo 30** **(Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale e aziende sanitarie uniche)**

Il comma 1 stabilisce che le disposizioni di cui al presente articolo 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 Livelli essenziali di assistenza.

Il comma 2, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente, stabilisce che 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 sul 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 dall'articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 158 del 2012 e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti.

Il comma 3 qualifica il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 2 come illecito disciplinare, che è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Il comma 4 stabilisce che ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento di Giunta regionale, ovvero del Commissario *ad acta*, 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 16, 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, pari o superiore al 10% 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 6;
- 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 6.

Il comma 5 prevede che in sede di prima applicazione, per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale, ovvero del Commissario *ad acta*, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 4, lettere *a)* e *b)*. Per la verifica delle condizioni di cui al comma 4, lettera *a)*, sono utilizzati i dati dei costi relativi al IV trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 6; per la verifica delle condizioni di cui al comma 4, lettera *b)*, sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 6.

Il comma 6 demanda ad apposito decreto ministeriale la definizione della metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 4, lettera *a)*, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, 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 decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, concernente il regolamento 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 9 e 10.

Il comma 7 demanda ad apposito decreto ministeriale il compito di aggiornare gli schemi allegati al decreto legislativo n. 118 del 2011, 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 n. 502 del 1992.

Il comma 8 impone agli enti individuati ai sensi dei commi 4 e 5 di presentare 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 i disallineamenti rilevati.

Il comma 9 stabilisce che 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 le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale.

Il comma 10 dispone che 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 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento di Giunta o del Commissario *ad acta*. Le stesse regioni evidenziano, in apposita sezione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro regionale, 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* 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 (Rep. Atti 2271) 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.

Il comma 11, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, stabilisce che la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), del decreto legislativo n. 118 del 2011, iscrive sul 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 4 e 5, le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'articolo 23 del medesimo decreto legislativo sono tenute ad istituire la Gestione sanitaria accentrata. 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.

Il comma 12 definisce vincolanti per gli enti interessati gli interventi individuati dai piani di cui ai commi 9 e 10. 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.

Il comma 13 dispone che la regione ovvero il Commissario *ad acta* verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 9 e 10 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 11, 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* 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 sul proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro.

Il comma 14 stabilisce che, per garantire il pieno rispetto delle disposizioni del presente articolo, 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 n. 118 del 2011, in caso di mancata trasmissione del piano di rientro da parte dell'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

Il comma 15 prevede l'applicazione a partire dal 2017 delle disposizioni del presente articolo, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal decreto di cui al comma 16, 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.

Il comma 16 demanda ad apposito decreto ministeriale la definizione dei criteri di valutazione, dei dati da prendere in considerazione, delle modalità di calcolo e dei relativi parametri di riferimento

per l'individuazione da parte delle Regioni delle aziende, dei presidi e degli enti di cui al comma 15, 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 ministeriale vengono aggiornati i 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 n. 502 del 1992.

Il comma 17 stabilisce che nelle regioni e nelle province di Trento e di Bolzano, che nel biennio precedente all'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 SSN e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliero-universitarie nelle ASL.

Il comma 18 esclude l'applicazione del comma 17 alle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.

**La RT** sintetizza le norme, sottolineando che le disposizioni introducono misure volte a garantire il miglioramento della produttività degli enti del SSN, mediante la predisposizione di appositi piani di rientro aziendali tesi a recuperare l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La RT conclude asserendo che l'articolo non comporta effetti finanziari.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 31**

### **(Disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli enti del Servizio sanitario nazionale)**

Il comma 1 impone agli enti del Servizio sanitario nazionale di 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 n. 66 del 2014, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento o della Consip S.p.A., ovvero (comma 2), qualora tali centrali non siano disponibili e operative, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'articolo 9, comma 1, del citato decreto-legge n. 66. 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.

Il comma 3 vieta la proroga dei singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 1, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi del presente articolo. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa.

Il comma 4 stabilisce che entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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.

Il comma 5 demanda alla 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, il compito di:

- 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 da Age.Na.S. e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati di comprovata esperienza di HTA 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 loro disinvestimento.

**La RT** sottolinea che le disposizioni mirano all'efficientamento della gestione dei beni e servizi e dei dispositivi medici degli enti del SSN, attraverso uno stimolo alla concorrenzialità, appositi strumenti contrattuali per la gestione dell'innovazione tecnologica e sistemi di controllo ispirati al principio dell'appropriatezza d'uso. La RT conclude affermando che l'articolo non comporta effetti finanziari.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 32**

### **(Aggiornamento livelli essenziali di assistenza e livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016)**

Il comma 1 prevede che, in attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 556, della legge n. 190 del 2014 e dall'articolo 9-*septies* del decreto-legge n. 78 del 2015, 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 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (di seguito: LEA), nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

Il comma 2 demanda ad apposito DPCM la definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992. L'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 è soppresso.

Il comma 3 destina all'attuazione del comma 1, per l'anno 2016, l'importo di 800 milioni, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, di cui all'articolo 26 del decreto legislativo n. 68 del 2011. L'erogazione della quota è condizionata all'adozione del provvedimento di cui al comma 1.

Il comma 4 istituisce, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal SSN nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, presso il Ministero della salute, la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN", nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal Direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti. 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.

Il comma 5 individua i compiti della Commissione, che:

procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;  
acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;  
per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA (HealthTechnologyAssessment) su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;  
valuta l'impatto economico delle modifiche ai livelli essenziali di assistenza;  
valuta le richieste provenienti da strutture del SSN, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione.

Il comma 6 prevede che, sulla base dell'attività svolta ai sensi del comma 5, la Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA.

Il comma 7 stabilisce che, qualora la proposta riguardi soltanto la modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal SSN ovvero l'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 ministeriale.

Il comma 8 dispone che la partecipazione alla Commissione di cui al comma 4 è onorifica; essa può dar luogo esclusivamente al rimborso delle spese sostenute, ove spettante, nel rispetto della disciplina prevista in materia dalla legislazione vigente.

Il comma 9 prevede che per lo svolgimento delle attività di cui ai commi precedenti, la Commissione sia 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 SSN ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

Il comma 10 autorizza il Ministero della salute, per le attività di supporto di cui al comma precedente che richiedono specifiche attività di ricerca, ad 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.

Il comma 11 quantifica in 1 mln di euro gli oneri derivanti dai commi 4, 9 e 10 del presente articolo.

Il comma 12 reca una disposizione meramente procedimentale.

Il comma 13 abroga, a decorrere dalla costituzione della Commissione di cui al comma 4, il comma 10 dell'articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 63 del 2002 (che istituiva una commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta da quattordici esperti titolari e da altrettanti supplenti) e, modificando il decreto del Presidente della Repubblica n. 44 del 2013, riduce inoltre di 10 unità complessive i componenti del Comitato tecnico-sanitario istituito presso il Ministero della salute.

**La RT** oltre ad illustrare l'articolo, ricorda che la prevista Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA sostituisce la sezione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA attualmente operante presso il Comitato tecnico-sanitario del Ministero della salute. Tale sezione, conseguentemente, viene espressamente soppressa e i componenti del richiamato Comitato tecnico-sanitario sono corrispondentemente ridotti di un numero pari a quello dei componenti della citata sezione soppressa.

Con particolare riferimento alla valutazione di impatto economico-finanziario del comma 11, in base al quale è previsto che per il funzionamento della Commissione l'onere sia di 1 milione di euro annui, si forniscono i seguenti elementi:

- A. in considerazione della necessità di rimborsare le spese di viaggio e di vitto e alloggio ai rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, delle Società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed agli esperti competenti che, in base al comma 4, possono fornire il proprio contributo tecnico-scientifico nelle specifiche materie trattate, è stato ipotizzato che:
- i. vi siano numero 15 fra rappresentanti ed esperti coinvolti, di cui 10 non residenti a Roma;
  - ii. vi siano 12 sedute plenarie della Commissione e 5 sedute di sottogruppi di lavoro;
  - iii. il costo medio per coloro che non risiedono a Roma per spese di viaggio A/R sia di circa 100 euro, oltre ad ulteriori 150 euro al giorno per vitto e alloggio.

Ne consegue un costo medio annuale di circa 42.500 euro.

- A. l'onere per attivare nuovi comandi fino a 5 unità provenienti da ISS, AIFA, Agenas, Regioni, enti del SSN ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, è stato stimato per i profili ipotetici da reperirsi attraverso i comandi previsti (prevalentemente personale medico o comunque dirigente sanitario non medico), in considerazione della tipologia di attività di supporto da svolgere a cura della Segreteria tecnico-scientifica, di cui al comma 9. Secondo la stima degli oneri associati al trattamento economico complessivo (fondamentale ed accessorio) al lordo degli oneri riflessi, la seguente tabella di sintesi fornisce una simulazione del costo stimato per l'attivazione fino a 5 nuovi comandi, applicando le retribuzioni medie elaborate nell'ambito della rilevazione del conto annuale anno 2013, riferite alle figure professionali afferenti i comparti del SSN e delle Università:

<b>STIMA DELLA SPESA PER IL PERSONALE COMANDATO in seno alla Segreteria tecnico- scientifica della Commissione appropriatezza LEA</b>		
<b>UNITA'</b>	<b>PROFILI</b>	<b>ANNO 2016</b>
		<b>Costo annuale della retribuzione lordo amministrazione (*)</b>
<b>2</b>	<b>SSNA - DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUS - SD0E34 (MD)</b>	<b>259.160,83</b>
<b>1</b>	<b>SSNA - DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF. LI (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0035 (MD)</b>	<b>113.951,78</b>
<b>1</b>	<b>UNIV - PROFESSORE ASSOCIATO CONF. TEMPO PIENO - OD0169 (PR)</b>	<b>121.576,52</b>
<b>1</b>	<b>SSNA - COLLAB.RE TEC. - PROF.LE ESPERTO - DS - T18027 (LT)</b>	<b>49.506,83</b>
		<b>544.195,96</b>

Il predetto importo di 544.196 euro viene rideterminato in difetto per un valore di circa 515.000 euro, in considerazione del fatto che gli oneri sono correlati al riconoscimento di retribuzioni stimate e non si conosce ancora l'esatto profilo e inquadramento economico del personale da comandare;

- A. l'onere per lo svolgimento da parte di 5 esperti delle attività di supporto di cui al comma 9 che richiedono specifiche attività di ricerca è stato stimato in circa 40.000 euro lordi cadauno a carico dell'Amministrazione, nel presupposto che anche in questo caso il profilo preso a riferimento corrisponda ad un livello medio-alto. La spesa annua ammonterebbe quindi a circa 200.000 euro;
- B. l'onere per l'attivazione da parte del Ministero della salute di specifiche convenzioni, contratti di collaborazione con istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, così come previsto dal comma 10, è stato stimato ipotizzando di dover stipulare 3 convenzioni/contratti di collaborazione annuali per circa 80.000 euro cadauno. La spesa annua ammonterebbe quindi a circa 240.000 euro.

**Al riguardo**, si evidenzia che la soppressione dell'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 da parte del comma 2, coinvolgendo ovviamente anche il comma 2-bis del citato articolo 5, elimina il previsto aggiornamento del nomenclatore tariffario per le prestazioni di assistenza protesica erogabili a carico del SSN. Nulla da osservare per i restanti profili.

Il comma 14 ridetermina in 111 miliardi di euro per il 2016 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge n. 190 del 2014 e dall'articolo 9-septies, comma 1, del decreto-legge n. 78 del 2015. Il comma inoltre sterilizza gli effetti derivanti dal periodo precedente sugli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali.

**La RT** ricorda che tale rideterminazione è coerente con quanto previsto dall'articolo 1 del Patto per la salute 2014-2016. Infatti il Patto, nello stabilire i livelli per il predetto triennio 2014-2016, ha previsto, nel contempo, la possibilità di modificare tali importi in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica o a variazioni del quadro macroeconomico.

Circa gli effetti finanziari, si fa presente che a legislazione vigente il finanziamento del SSN per il 2016 è pari a 113.097 milioni di euro, in relazione alle seguenti disposizioni:

- art. 1, comma 556, della legge n. 190 del 2014, che ha stabilito il valore di 115.444 milioni di euro per l'anno 2016, in attuazione del Patto della salute 2014-2016;
- art. 1, comma 167, della legge n. 190 del 2014, che ha incrementato il livello del finanziamento di 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015;
- art. 9-*septies*, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 2015, che ha ridotto il livello del finanziamento di 2.352 milioni di euro.

La rideterminazione da 113.097 a 111.000 milioni di euro comporta un effetto in termini di indebitamento netto e saldo netto da finanziare pari a 1.783 milioni di euro, tenuto conto che a fronte di una riduzione del livello del finanziamento complessiva di 2.097 milioni di euro, l'effettiva rideterminazione delle risorse non riguarda le regioni a statuto speciale, in virtù delle regole di finanziamento della spesa sanitaria e di quanto disposto al secondo periodo del comma in esame. Tale effetto sull'indebitamento può essere conseguito sul versante della spesa tramite l'autonoma adozione da parte delle regioni di idonee e congrue misure di contenimento della spesa, in assenza di specifica Intesa Stato-Regioni diretta ad individuare leve d'intervento.

In ogni caso, dato il vincolo dell'equilibrio nel settore sanitario, il pieno conseguimento dell'effetto scontato in termini di indebitamento netto sarebbe comunque assicurato tramite l'attivazione della leva fiscale autonoma delle regioni o dei meccanismi automatici previsti dalla normativa vigente, in caso di emersione di disavanzi regionali.

L'effetto sull'indebitamento netto e sul saldo netto da finanziare associato alla disposizione di cui al primo periodo del comma 14 è pari a 1.783 milioni di euro per l'anno 2016.

Il secondo periodo del comma 14 prevede di neutralizzare gli effetti derivanti dalla rideterminazione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016 in relazione al concorso agli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali. In particolare, ciò comporta per la regione Sicilia la rideterminazione del concorso in termini di saldo netto da finanziare e dell'obiettivo del patto di stabilità interno in misura corrispondente alla riduzione del Fondo sanitario nazionale per la regione Siciliana, mentre per la regione Friuli Venezia Giulia resta fermo l'obiettivo complessivo concordato di patto di stabilità interno.

Tale previsione non determina effetti sui saldi di finanza pubblica, in quanto si tratta di una diversa rimodulazione del contributo alla finanza pubblica della regione Siciliana e della regione Friuli Venezia-Giulia.

**Al riguardo**, si osserva che il livello del FSN per il 2016 era già stato ridotto con il decreto-legge n. 78 del 2015 in misura pari a circa 2,5 mld di euro rispetto al tendenziale a legislazione vigente. L'ulteriore decremento del FSN rispetto a tale parametro potrebbe creare tensioni lungo tale linea di finanziamento. Va tuttavia evidenziato che in valore assoluto la dotazione del FSN crescerà di circa 1,3 mld rispetto al 2015 e che la centralizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi, prevista dall'articolo 31 del presente provvedimento, dovrebbe consentire la razionalizzazione di tale voce di spesa, facilitando il conseguimento di risparmi.