

1. Dopo l'articolo 9, aggiungere i seguenti :

**“Articolo 9-bis.**

1. In attuazione del punto E) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, si applicano le disposizioni di cui agli articoli da 9-ter a 9-octies.

**Articolo 9-ter.**

***(Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci)***

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 15, comma 13, lettere a), b) ed f) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, e dalle disposizioni intervenute in materia di pagamento dei debiti e di obbligo di fattura elettronica di cui, rispettivamente, al decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64 e al decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e tenuto conto della progressiva attuazione del regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui all'Intesa della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014, al fine di garantire la realizzazione di ulteriori interventi di razionalizzazione della spesa:
  - a) per l'acquisto dei beni e servizi di cui all'allegata tabella A al presente decreto, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere;
  - b) al fine di garantire, in ciascuna Regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici fissato, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta, con accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4%, gli enti del Ssn sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso.
2. *Le disposizioni di cui alla lettera a) del comma 1 si applicano anche ai contratti per acquisti dei beni e servizi di cui all'allegata tabella 1, previsti dalle concessioni di lavori pubblici, dalla finanza di progetto, dalla locazione finanziaria di opere pubbliche e dal contratto di disponibilità, di cui, rispettivamente, agli articoli 142 e seguenti, 153, 160-bis e 160-ter del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. In deroga all'articolo 143, comma 8, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, la rinegoziazione delle condizioni contrattuali non comporta la revisione del piano economico-finanziario dell'opera, fatta salva la possibilità per il concessionario di recedere dal contratto; in tale ipotesi si applica quanto previsto dal successivo comma 4.*
3. *Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, e nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, il*

Ministero della salute mette a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 175 del 29 luglio 2010.

4. Nell'ipotesi di mancato accordo con i fornitori, nei casi di cui al comma 1, lettere a) e b), entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta in ordine ai prezzi o ai volumi come individuati ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario nazionale hanno diritto di recedere dal contratto, in deroga all'articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a carico degli stessi. E' fatta salva la facoltà del fornitore di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione, senza alcuna penalità da recesso verso l'amministrazione. Il recesso è comunicato all'amministrazione e ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di quest'ultima.
5. Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, gli enti del Servizio sanitario nazionale che abbiano risolto il contratto ai sensi del comma 4, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi, previo consenso del nuovo esecutore.
6. Ferma restando la trasmissione da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici delle fatture elettroniche al Sistema di Interscambio (SDI), ai fini del successivo invio alle Amministrazioni destinatarie secondo le regole di cui al DM 3 aprile 2013, n. 55 ed al Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione dell'articolo 27, comma 3, del DL 24 aprile 2014, n.66 convertito con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, le informazioni concernenti i dati delle fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici acquistati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, sono trasmesse mensilmente dal Ministero dell'economia e delle finanze al Ministero della salute. Le predette fatture devono riportare il codice di repertorio di cui al decreto del Ministro della salute 21 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 17 del 22 gennaio 2010. Con successivo protocollo d'intesa tra il Ministero dell'economia e delle finanze -, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato e Agenzia delle Entrate - e il Ministero della salute saranno definiti:
  - i criteri di individuazione delle fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici acquistati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale
  - le modalità operative di trasmissione mensile dei dati dal MEF al Ministero della salute
  - la data a partire dalla quale sarà attivato il servizio di trasmissione mensile.
7. Presso il Ministero della salute è istituito, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici allo scopo di supportare e monitorare le stazioni appaltanti e verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Nuovo sistema informativo sanitario.
8. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 settembre di ogni anno, è certificato in via provvisoria l'eventuale superamento

del tetto di spesa a livello nazionale e regionale di cui al comma 1, lettera b), per l'acquisto di dispositivi medici, sulla base dei dati di consuntivo relativi all'anno precedente, rilevati dalle specifiche voci di costo riportate nei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE, di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012, salvo conguaglio da certificare con il decreto da adottare entro il 30 settembre dell'anno successivo, sulla base dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento.

9. L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale di cui al comma 8, come certificato dal decreto ministeriale ivi previsto, è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40% nell'anno 2015, al 45% nell'anno 2016 e al 50% a decorrere dal 2017. Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale. Le modalità procedurali del ripiano sono definite, su proposta del Ministero della salute, con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

10. All'articolo 11, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, come modificato dall'articolo 1, comma 585, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, sono apportate le seguenti modifiche:

a) la rubrica è sostituita dalla seguente: *“Disposizioni dirette a favorire l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale”*;

b) il comma 1, è sostituito dai seguenti:

“1. Entro il 30 settembre 2015, l'AIFA conclude le procedure di rinegoziazione con le aziende farmaceutiche volte alla riduzione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, individuati sulla base dei dati relativi al 2014 dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali-OSMED-AIFA, comprensivi sia dei medicinali a brevetto scaduto, sia di quelli ancora soggetti a tutela brevettuale, autorizzati con indicazioni comprese nella medesima area terapeutica, aventi il medesimo regime di rimborsabilità, nonché il medesimo regime di fornitura. L'azienda farmaceutica, tramite l'accordo negoziale con AIFA, potrà ripartire tra i propri medicinali inseriti nei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili, la riduzione di spesa a carico del Ssn attesa, attraverso l'applicazione selettiva di riduzioni del prezzo di rimborso. Il risparmio atteso in favore del Ssn attraverso la rinegoziazione con l'azienda farmaceutica è dato dalla sommatoria del valore differenziale, tra il prezzo a carico del Ssn di ciascun medicinale di cui l'azienda è titolare inserito nei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili e il prezzo più basso tra tutte le confezioni autorizzate e commercializzate che consentono la medesima intensità di trattamento a parità di Dosi Definite Giornaliere (DDD) moltiplicato per i corrispondenti consumi registrati nell'anno 2014. In caso di mancato accordo, totale o parziale, l'AIFA propone la restituzione alle Regioni del risparmio atteso dall'azienda farmaceutica, da effettuarsi con le modalità di pay-back già consentite ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa, ovvero la riclassificazione dei medicinali terapeuticamente assimilabili di cui l'azienda è titolare con l'attribuzione della fascia C di cui all'art. 8, comma 10, della legge del 24 dicembre 1993, n. 537, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa.

1-bis. In sede di periodico aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale, i medicinali equivalenti ai sensi di legge non possono essere classificati come farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale con decorrenza anteriore alla data di scadenza del brevetto o del certificato di

protezione complementare, pubblicata dal Ministero dello sviluppo economico ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.”.

11. All'articolo 48, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, dopo il comma 33, sono inseriti i seguenti:

“33-bis. Alla scadenza del brevetto sul principio attivo di un medicinale biotecnologico e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, l'Agenzia avvia una nuova procedura di contrattazione del prezzo, ai sensi del comma 33, con il titolare dell'autorizzazione in commercio del medesimo medicinale biotecnologico al fine di ridurre il prezzo di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale di almeno il 20 per cento.

33-ter. Al fine di ridurre il prezzo di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale dei medicinali soggetti a rimborsabilità condizionata nell'ambito dei Registri di monitoraggio presso l'Agenzia, i cui benefici rilevati, decorsi due anni dal rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio, siano risultati inferiori rispetto a quelli individuati nell'ambito dell'accordo negoziale, l'Agenzia medesima avvia una nuova procedura di contrattazione con il titolare dell'autorizzazione in commercio ai sensi del comma 33.”.

**Articolo 9-quater.**  
***(Riduzione delle prestazioni inappropriate)***

1. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996, e successive modificazioni.

2. Le prestazioni erogate al di fuori delle le condizioni di erogabilità previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1, sono a totale carico dell'assistito.

3. Il medico deve specificare nella prescrizione, le condizioni di erogabilità della prestazione o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1.

4. Gli enti del Servizio sanitario nazionale curano l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori ed effettuano i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 1.

5. In caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 1, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del SSN una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn, una riduzione, mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento, delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale.

6. La mancata adozione da parte dell'ente del Ssn dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale ed è valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla regione.

7. Le regioni o gli enti del Ssn ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Ssn rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

8. Ai sensi di quanto convenuto al punto B.2 comma 1, dell'Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015 (rep. Atti n. ), con decreto del Ministro della salute, da adottarsi d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica.

9. A decorrere dall'anno 2015 per i ricoveri ordinari e diurni non conformi ai criteri di appropriatezza di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 8, identificati a livello regionale, è applicata una riduzione pari al 50% della relativa tariffa fissata dalla regione ovvero, se di minor importo, è applicata la tariffa fissata dalla medesima regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. A decorrere dall'anno 2015, per tutti i ricoveri ordinari di riabilitazione, clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria, prevista nella prima colonna dell'allegato 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

#### **Articolo 9-quinquies.**

##### **(Rideterminazione fondi contrattazione integrativa personale dipendente)**

1. A decorrere dal 1° gennaio 2015, in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è permanentemente ridotto di un importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dalla diminuzione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione.

#### **Articolo 9-sexies.**

##### **(Potenziamento monitoraggio beni e servizi)**

1. All'articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è aggiunto in fine il seguente periodo: "Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano mettono a disposizione di Consip e dell'Autorità nazionale anticorruzione, secondo modalità condivise, tutte le informazioni necessarie alla verifica del presente adempimento, sia con riferimento alla rispondenza delle centrali regionali alle disposizioni di cui dell'*articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sia con riferimento alle convenzioni e alle ulteriori forme di acquisto praticate dalle medesime centrali regionali."

2. All'articolo 15, comma 13, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo la lettera d) è aggiunto la seguente:  
“d-bis) *Con la procedura di cui al quarto e quinto periodo della lettera d), il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 effettua, in corso d'anno, un monitoraggio trimestrale del rispetto dell'adempimento di cui alla lettera d).*”.

#### **Articolo 9-septies.**

##### ***(Rideterminazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale)***

1. Ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 e in attuazione di quanto stabilito dalla lettera E) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015, prevista dall'articolo 1, comma 398, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 e dall'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, nonché dagli articoli da 9-bis a 9-sexies del presente decreto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è ridotto dell'importo di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l'obiettivo economico finanziario di cui al comma 1 anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario.
3. Al fine di tener conto della riduzione del Fondo sanitario nazionale per la Regione Siciliana, pari a 98.638,27 migliaia di euro a decorrere dall'anno 2015, il contributo di cui all'articolo 1, commi 400, 401 e 403, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è rideterminato, per la Regione Siciliana, in 174.361,73 migliaia di euro.
4. **Al fine di tener conto degli effetti prodotti dall'applicazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 e successive modifiche e integrazioni, sul patto di stabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, il contributo di cui all'art. 1, commi 400 e 401 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 è rideterminato, per la regione Friuli Venezia Giulia in 38.168,24 migliaia di euro in termini di indebitamento netto**

#### **Articolo 9-octies.**

##### ***(Regioni a statuto speciale e Province autonome)***

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano concorrono al conseguimento degli obiettivi di cui dagli articoli da 9-bis a 9-septies del presente decreto, secondo le procedure previste dai rispettivi statuti e dalle relative norme di attuazione.

#### **Articolo 9-nonies.**

***(Potenziamento delle misure di sorveglianza dei livelli dei controlli di profilassi internazionale del Ministero della salute)***

1. Per le medesime finalità di cui all'articolo 1, comma 599, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e ferme restando le autorizzazioni di spesa ivi previste, il Ministero della salute, anche allo scopo di fronteggiare le emergenze sanitarie relative all'incremento dei flussi migratori che si verificano soprattutto in area mediterranea, oltre che in previsione della grande affluenza di cittadini stranieri in Italia in occasione dello svolgimento di Expo 2015 e del Giubileo straordinario del 2015-2016, è autorizzato ad effettuare un'ulteriore spesa di 3.100.000 euro per il 2015 e di 2.341.140 euro a decorrere dal 2016.
2. Al fine di potenziare l'attività di programmazione sanitaria e di monitoraggio del Ministero della salute, è autorizzato l'incremento della spesa di 400.000 euro per l'anno 2015 e di 1.124.000 euro annui a decorrere dall'anno 2016 per le esigenze di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791, e di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989 n. 37.
3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 3.500.000 euro per l'anno 2015 e 3.465.140 euro annui a decorrere dall'anno 2016, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2015-2017, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2015, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti modifiche e variazioni di bilancio.

#### **Articolo 9-decies.**

***(Programma straordinario per il Giubileo 2015-2016)***

1. Al fine di consentire alla Regione Lazio di attuare il programma straordinario per il Giubileo 2015-2016 e, in particolare, per fronteggiare le esigenze sanitarie connesse alla grande affluenza di persone, è autorizzato, a favore della medesima regione, un contributo di euro 33.512.338,00 per il 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. A tali fini, la Regione Lazio presenta al Ministero della salute il programma degli interventi da realizzare e, acquisito su di esso il parere favorevole del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, richiede l'ammissione a finanziamento di ogni singolo intervento contenuto nel programma approvato. Per gli interventi da eseguire l'erogazione delle risorse è effettuata per stati di avanzamento lavori.
2. Al fine di far fronte alle straordinarie esigenze di carattere sanitario connesse al Giubileo, per il biennio 2015-2016, è sospesa per gli enti del servizio sanitario della regione Lazio l'applicazione delle limitazioni di cui all'art. 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, per l'assunzione di personale con contratto di lavoro a tempo determinato.

3. I pellegrini che fanno ingresso sul territorio nazionale per il Giubileo della Misericordia possono usufruire gratuitamente, previo versamento di un contributo volontario pari a 50 euro comprovato da idoneo titolo, di eventuali prestazioni sanitarie erogate in urgenza dalle strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. In caso di mancato versamento del predetto contributo, i pellegrini corrispondono, per le prestazioni ospedaliere erogate in urgenza, le tariffe vigenti nella Regione dove insiste la struttura ospedaliera.
4. Sono esclusi dal versamento previsto al comma 3 i pellegrini provenienti da Paesi con i quali vigono accordi in materia sanitaria.
5. Le somme derivanti dal pagamento di quanto previsto al comma 3, sono versate ad apposito capitolo di entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della salute destinato al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in favore dei pellegrini di cui al comma 3.
6. Nel caso in cui le richieste di rimborso pervenute al Ministero della salute da parte delle Regioni per l'erogazione dei servizi di cui al comma precedente eccedano le somme riassegnate sul capitolo di spesa destinato a tali rimborsi, ai maggiori oneri si provvede mediante specifico vincolo a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per il biennio 2015-2016.
7. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
8. Per le modalità di attuazione dei commi 3,4 e 5, si provvede con successivi provvedimenti del Ministero della salute.

#### **Articolo 9-undecies**

##### **(Disposizioni in ambito sanitario dirette a favorire la tempestività dei pagamenti)**

1. Al fine di consentire una corretta gestione di cassa e di favorire la tempestività dei pagamenti, nelle more dell'espressione dell'Intesa, ai sensi delle norme vigenti, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, nonché del recepimento di tale ripartizione con delibera del CIPE, il Ministero dell'economia e delle finanze, a valere sul livello del finanziamento del Servizio sanitario a cui concorre lo Stato, è autorizzato a concedere anticipazioni:
  - a) alle regioni, relativamente al finanziamento destinato agli Istituti zooprofilattici sperimentali e al finanziamento destinato alla medicina penitenziaria, ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
  - b) agli altri enti che hanno stabilmente accesso al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato e per i quali non sia già previsto uno specifico regime di anticipazione, ovvero non siano stabiliti specifici adempimenti o atti preliminari ai fini del riconoscimento delle risorse.

00647614406

- L'anticipazione è erogata in misura non superiore all'80% del valore stabilito nell'ultima ripartizione delle disponibilità finanziarie approvata in sede di Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
2. Al fine di consentire una corretta gestione di cassa e di favorire la tempestività dei pagamenti, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che ripartisce ed assegna alle università le risorse previste per il finanziamento della formazione dei medici specialisti, ai sensi dell'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere anticipazioni alle Università, a valere sul livello del finanziamento di competenza dell'esercizio, in misura non superiore all'80% del valore stabilito nell'ultimo riparto disponibile approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.
  3. Nei confronti degli enti di cui ai commi 1 e 2 sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi. ”.

IL GOVERNO

F. De Bergh

La proposta emendativa in esame introduce gli articoli da 9-bis a 9-undecies. In particolare, gli articoli da 9-bis a 9-octies sono attuativi del punto E) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, recando misure urgenti di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale, al fine di conseguire ulteriori risparmi che lasciano, comunque, impregiudicata la qualità delle prestazioni assistenziali erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Gli articoli 9-nonies e 9-decies recano rispettivamente misure per il potenziamento della sorveglianza e dei livelli di controllo della profilassi internazionale del Ministero della salute, e misure relative al programma straordinario per il Giubileo 2015-2016.

In particolare, l'intervento di cui agli articoli da 9-bis a 9-octies, scaturisce dall'articolo 1, comma 398, della legge n.190 del 2014, che, nel modificare l'articolo 46, comma 6, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, dispone alla lett. C) che: *"Per gli anni 2015-2018 il contributo delle regioni a statuto ordinario, di cui al primo periodo, è incrementato di 3.452 milioni di euro annui in ambiti di spesa e per importi complessivamente proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autoordinamento dalle regioni da recepire con intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio 2015. A seguito della predetta intesa sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato. In assenza di tale intesa entro il predetto termine del 31 gennaio 2015, si applica quanto previsto al secondo periodo, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale"*.

A tal fine, con l'Intesa siglata in sede di Conferenza Stato-Regioni del 26 febbraio 2015, si è convenuto anche ai sensi dell'articolo 30, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, per contribuire al raggiungimento dell'obiettivo finanziario di cui sopra, di ridurre le risorse destinate al finanziamento del settore sanitario per 2.352 milioni di euro, tramite misure da individuarsi con successiva intesa, di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale, con conseguente e corrispondente rideterminazione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come individuato dall'articolo 1 comma 556, della legge n. 190/2014.

In particolare, le misure proposte con gli articoli da 9-bis a 9-octies si aggiungono a quelle già precedentemente introdotte ad opera del d.l. n. 98/2011, del d.l. n. 95/2012 e d.l. n. 158/2012, le quali, quindi, restano ancora efficaci. Infatti, lo scopo delle disposizioni in esame, è quello di conseguire risparmi ulteriori, non sostitutivi.

Trattasi di misure in grado di aggredire alcuni settori organizzativo-gestionali del Servizio sanitario nazionale, dove si sono registrati i maggiori sprechi e inefficienze, e nell'ambito dei quali, dunque, è possibile realizzare consistenti razionalizzazioni, senza incidere sulla qualità dei servizi ed, anzi, incrementando l'efficacia e l'efficienza di questi ultimi.

Il principale settore di intervento, in tal senso, è stato individuato nell'acquisto di beni e servizi, ivi compreso l'acquisto di dispositivi medici.

Per la realizzazione degli obiettivi di risparmio di cui sopra, infatti, il comma 1 dell'articolo 9-ter prevede la rinegoziazione, da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, dei contratti in essere per l'acquisto dei beni e servizi elencati nella tabella A, allegata al provvedimento, al fine di conseguire una riduzione dei relativi prezzi unitari di fornitura e/o dei volumi di acquisto, che assicuri una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei medesimi contratti.

Secondo il comma 2 del medesimo articolo, la predetta misura di risparmio viene, peraltro, estesa a tutte le tipologie di contratti in essere, quindi anche alle concessioni di lavori pubblici, alla finanza di progetto, alla locazione finanziaria di opere pubbliche e al contratto di disponibilità.

In base al comma 1, lettera b) dell'articolo in esame, la rinegoziazione viene prevista anche per i contratti aventi ad oggetto dispositivi medici, al fine di garantire il rispetto del tetto di spesa, confermato al 4,4% a livello nazionale e da definirsi con accordo in Conferenza Stato-Regioni per quello regionale; accordo che dovrà essere adottato entro il 15 settembre 2015. In tal caso, secondo quanto previsto dal comma 3, la rinegoziazione dovrà avvenire assumendo, come parametro di riferimento, i prezzi unitari dei dispositivi medici, messi a disposizione delle regioni dal Nuovo sistema informativo sanitario. Successivamente, a regime, l'individuazione di tali prezzi unitari sarà effettuata dall'Autorità nazionale anticorruzione. In base al comma 7, viene inoltre istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici, che predisporrà l'elenco dei beni e servizi con i prezzi di riferimento, e verificherà la coerenza tra questi ultimi e quelli posti effettivamente a base d'asta. Esso avrà inoltre la funzione di supportare e monitorare le stazioni appaltanti in tale materia.

Dal punto di vista procedurale, in base al comma 4, si prevede, per entrambe le fattispecie di rinegoziazione (beni e servizi e dispositivi medici) che, in caso di mancato accordo con i fornitori, gli enti del SSN potranno recedere dal contratto, senza oneri a loro carico, in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Secondo il comma 5, in tal caso, nelle more dell'espletamento di nuove gare, gli enti potranno stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, oppure procedendo tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratti già stipulati, mediante gare di appalto o forniture, da altre aziende sanitarie della stessa regione o di altre, o da altre stazioni appaltanti (previo consenso del nuovo esecutore), al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi nonché dei dispositivi medici necessari per garantire l'attività gestionale e assistenziale.

A garanzia dei fornitori, è prevista, correlativamente, la facoltà di recedere dal contratto senza alcuna penalità entro 30 giorni dalla comunicazione, da parte degli enti del SSN, di voler procedere alla rinegoziazione (comma 4).

Per quanto concerne i dispositivi medici, il comma 6, prevede l'obbligo, per il Ministero dell'economia e delle finanze, di trasmettere mensilmente al Ministero della salute le informazioni concernenti i dati delle fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici acquistati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale. Le modalità applicative di tale previsione dovranno essere disciplinate con apposito protocollo di intesa tra il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato e Agenzia delle entrate - e il Ministero della salute. Viene, in ogni caso, fatto salvo l'obbligo, per le aziende fornitrici di dispositivi medici, di trasmettere le fatture elettroniche al Sistema di Interscambio (SDI).

Altra novità di rilievo è recata dai commi 8 e 9: essa consiste nell'estensione, anche al settore dei dispositivi medici, del meccanismo per il ripiano dell'eventuale superamento dal predetto tetto di spesa nazionale o regionale, secondo modalità analoghe a quelle previste dalla normativa vigente per il ripiano dello sfioramento del tetto della spesa farmaceutica. In particolare, si prevede che una quota dell'eventuale superamento del predetto tetto, che dovrà essere certificato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 settembre di ogni anno, secondo le modalità tecniche previste dal comma 8 dell'articolo in esame, venga posta a carico delle aziende fornitrici dei dispositivi medici. Più specificamente, la predetta quota sarà pari al 40% nel 2015, al 45% nel 2016 e al 50% a decorrere dal 2017. Ciascuna azienda concorrerà a tali quote complessive in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici, a carico del Servizio sanitario nazionale. Le modalità procedurali per il ripiano saranno definite con apposito accordo in Conferenza Stato-Regioni.

Altre misure previste dal presente articolo concernono, specificamente, il settore farmaceutico.

In particolare, il comma 10 dell'articolo in questione, novellando l'art. 11, comma 1, del decreto legge 158/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012, prevede che AIFA, anziché procedere alla revisione straordinaria del prontuario farmaceutico, debba concludere, entro il 30 settembre 2015, le procedure di rinegoziazione con le aziende farmaceutiche volte alla riduzione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeutamente assimilabili, individuati con le modalità individuate dalla norma. Si prevede, a tal riguardo, che l'azienda farmaceutica, tramite l'accordo negoziale con AIFA, potrà ripartire tra i propri medicinali inseriti nei raggruppamenti terapeutamente assimilabili, la riduzione spesa a carico del Ssn attesa (e calcolata sulla base di appositi parametri individuati dalla norma), attraverso l'applicazione selettiva di riduzioni del prezzo di rimborso. Infine, si prevede che, in caso di mancato accordo, totale o parziale, l'AIFA propone la restituzione alle regioni del risparmio atteso dall'azienda farmaceutica, da effettuarsi con le modalità di pay-back già consentite ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa, ovvero la riclassificazione dei medicinali terapeutamente assimilabili di cui l'azienda è titolare con l'attribuzione della fascia C di cui all'art. 8, comma 10, della legge n. 537/1993, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa.

Il comma 11, introducendo i commi 33-bis e 33-ter all'art. 48 del decreto legge n. 269/2003, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 326/2003, prevede che alla scadenza del brevetto sul principio attivo di un medicinale biotecnologico, e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativo ad un medicinale biosimilare o terapeutamente assimilabile, l'AIFA instauri una nuova procedura di contrattazione del prezzo con il titolare della relativa autorizzazione in commercio, al fine di determinare una riduzione del prezzo di rimborso da parte del SSN di almeno il 20%. Misura analoga - cioè l'avvio di una nuova procedura di contrattazione al fine di ridurre il prezzo di rimborso - è prevista anche per i c.d. medicinali a rimborsabilità condizionata, nell'ambito dei registri di monitoraggio dell'AIFA, nei casi in cui i benefici rilevati dopo due anni dall'autorizzazione

in commercio dei medesimi risultino inferiori a quelli individuati nell'accordo negoziale iniziale.

Alcune disposizioni dal carattere assolutamente innovativo sono previste dall'articolo 9-  
quater, allo scopo di ridurre l'impatto sulla spesa sanitaria imputabile all'erogazione di prestazioni inappropriate. In particolare, a tal fine si prevede che con decreto del Ministro della salute, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da adottarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (c.1).

Conseguentemente, le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal citato decreto, saranno totalmente a carico dell'assistito (c. 2). Si fa obbligo per il medico prescrittore di specificare nella prescrizione le condizioni di erogabilità o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva (c. 3).

Gli enti del SSN dovranno curare l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori ed effettuare i controlli per assicurare che la prescrizione sia conforme alle condizioni e indicazioni previste (c. 4).

Sono altresì introdotte alcune misure di carattere sanzionatorio. In particolare, il comma 5 prevede che, in caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto previsto dal comma 1, l'ente competente del SSN richieda al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle stesse. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, al medico prescrittore dipendente del SSN si applica una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal Contratto Collettivo Nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e al medico convenzionato con il SSN, una riduzione delle quote variabili dell'Accordo Collettivo Nazionale di lavoro e dell'Accordo integrativo regionale. In base al comma 6, la mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore inadempiente, comporta la responsabilità del Direttore Generale che sarà valutata anche ai fini della verifica dei risultati di gestione e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al medesimo dalla regione.

Di conseguenza, con riferimento alle prestazioni acquistabili dai soggetti privati accreditati, il comma 7 prevede che le regioni o gli enti del Ssn ridefiniscano i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle predette condizioni e indicazioni. In particolare, si prevede che per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Ssn rideterminino il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

In base al comma 8, con analogo decreto del Ministro della salute, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da adottarsi entro 60 giorni, dalla data di entrata in vigore del

presente decreto, sono previsti i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Conseguentemente, ai sensi del comma 9, i ricoveri ordinari o diurni non conformi ai predetti criteri, saranno sottoposti ad una riduzione delle tariffe regionali in misura pari al 50%, ovvero, si applicherà la tariffa regionale prevista per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extra ospedaliere, se inferiore al valore risultante dalla predetta riduzione. Inoltre, per i ricoveri ordinari, effettuati oltre le soglie stabilite, ancorché clinicamente appropriati, sarà applicata una riduzione della relativa tariffa, pari al 60% per ogni giornata oltre-soglia.

L'articolo 9-quinquies reca disposizioni per la rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa del personale dipendente per consentire la piena realizzazione del risparmio associato agli effetti connessi alle riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, in termini di efficientamento della spesa di personale

L'articolo 9-sexies detta misure per il potenziamento del monitoraggio sul rispetto, da parte delle regioni, delle misure già previste dalla normativa vigente - in particolare dall'articolo 15, comma 13, lettera d) del decreto-legge n. 95/2012 - in ordine all'obbligo, per gli enti del Ssn o per le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, di utilizzare, ai fini dell'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero dalle centrali di committenza regionali, costituite ai sensi dell'articolo 1, c. 455 della legge n. 296/2006. Il citato articolo 15, comma 13, lettera d) prevede, peraltro, che l'attuazione della predetta previsione costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn e che alla verifica di tale adempimento provveda il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2015, sulla base dell'istruttoria congiunta svolta dalla CONSIP e dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (oggi Autorità nazionale anticorruzione).

Con la proposta normativa in esame, allo scopo di rendere più efficace tale verifica, si prevede l'obbligo, per le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di mettere a disposizione di CONSIP e dell'Autorità nazionale anticorruzione tutte le informazioni necessarie alla verifica stessa, sia con riferimento alla rispondenza delle centrali regionali alle disposizioni di cui al richiamato articolo 1, c. 455 della legge n. 296/2006, sia con riferimento alle convenzioni e alle ulteriori forme di acquisto praticate dalle stesse centrali regionali. A tal fine, viene novellato l'articolo 15, comma 13, lettera d), aggiungendo, alla fine di quest'ultima, un ulteriore periodo recante la citata previsione. Viene, altresì, introdotta, dopo la lettera d), la lettera d-bis), con la quale si prevede che, sulla base delle illustrate procedure di verifica (comprendenti del richiamato obbligo informativo introdotto, a carico delle regioni e delle province autonome, dalla presente proposta normativa), il citato Tavolo di verifica degli adempimenti, debba effettuare un monitoraggio trimestrale del rispetto dell'adempimento in questione.

Al fine di conseguire gli obiettivi di risparmio di cui all'articolo 46, comma 6 del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, e in attuazione di quanto previsto dalla lettera E) dell'Intesa

sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 26 febbraio 2015, nonché di quanto disposto dall'Intesa sancita dalla medesima Conferenza il 2 luglio 2015, con l'articolo 9-septies, viene rideterminato il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della legge 190/2014, prevedendo una riduzione di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015. Il comma 2 del medesimo articolo prevede, comunque, la possibilità per le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di conseguire il citato obiettivo economico finanziario, di cui al comma 1, anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario.

Il comma 3 è volto a prevedere che il concorso agli obiettivi di finanza pubblica della Regione Siciliana di cui all'articolo 1, commi 400, 401 e 403, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, attualmente pari a 273 milioni di euro, sia rideterminato in 174,4 milioni di euro al fine di tener conto della riduzione del Fondo sanitario nazionale per la Regione Siciliana, pari a 98,6 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

**Il comma 4 è volto a prevedere che il concorso agli obiettivi di finanza pubblica, in termini di indebitamento netto, della Regione Friuli Venezia Giulia previsto dalla legge di stabilità 2015, attualmente pari a 87 milioni di euro, sia rideterminato in 38,168 milioni di euro a seguito della riduzione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale conseguente all'Intesa tra il Governo e le Regioni del 2 luglio 2015. Tale intervento normativo neutralizza l'impatto di 48,832 milioni in termini di indebitamento netto per la regione Friuli Venezia Giulia in considerazione che l'articolo 1, comma 517, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 prevede la rideterminazione degli obiettivi del patto di stabilità interno della regione Friuli Venezia Giulia a seguito dell'aggiornamento della previsione della spesa sanitaria, in conformità ai parametri tendenziali previsti nell'ambito del Patto della salute.**

L'articolo 9-octies reca la norma di garanzia per le regioni a statuto speciale e per le province autonome, prevedendo che esse concorrono al conseguimento degli obiettivi di cui agli articoli da 9-bis a 9-septies del presente emendamento, secondo le procedure previste dai rispettivi statuti e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 9-novies, al fine di potenziare le misure di sorveglianza dei livelli dei controlli di profilassi internazionale per salvaguardare la collettività da rischi per la salute, spettanti al Ministero della salute, connesse anche alla necessità di fronteggiare le emergenze sanitarie relative all'incremento dei flussi migratori che si verificano soprattutto nell'area mediterranea, oltre che in previsione della grande affluenza di cittadini stranieri in Italia in occasione dello svolgimento di Expo 2015 e del Giubileo straordinario del 2015-2016, prevede al comma 1 che, per le medesime finalità e ferme restando le autorizzazioni di spesa disposte con l'articolo 1, comma 599 della legge 190/2014, il Ministero della salute è autorizzato ad effettuare un'ulteriore spesa di 3,1 milioni di euro per il 2015, di 2.341.140,00 milioni di euro a decorrere dal 2016.

Il comma 2, prevede, al fine di potenziare l'attività di programmazione sanitaria e di monitoraggio del Ministero della salute, l'incremento della spesa di euro 400.000 per l'anno 2015 e di euro 1.100.000 a decorrere dall'anno 2016.

La disposizione di cui all'articolo 9-decies, autorizza la concessione di un contributo alla regione Lazio per l'attuazione del programma per fronteggiare le esigenze ed emergenze sanitarie in vista del Giubileo straordinario indetto da Papa Francesco dall'8 dicembre 2015 al 20 novembre 2016.

Il predetto contributo pari a euro 33.512.338,00 per il 2016, per la realizzazione degli interventi, ivi compreso l'adeguamento della rete ospedaliera e dell'emergenza, è imputato sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni. La concessione del contributo è subordinata alla preventiva presentazione da parte della regione Lazio, al Ministero della salute, del documento programmatico degli interventi, e conseguentemente all'approvazione del medesimo, da parte del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze. Sul programma così approvato la regione richiede l'ammissione al finanziamento per ogni singolo intervento, e l'erogazione delle somme è effettuata per stati di avanzamento lavori.

Il comma 2 del medesimo articolo, al fine di consentire il perseguimento delle finalità sopra illustrate, dispone, per gli anni 2015-2016, con riferimento agli enti del Servizio sanitario regionale della regione Lazio, la sospensione dell'applicazione delle limitazioni alla spesa per l'assunzione di personale a tempo determinato, previste dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge n. 78/2010 (secondo cui tale spesa non può essere superiore al cinquanta per cento di quella sostenuta nel 2009).

Il comma 3 stabilisce che, in vista dell'evento giubilare, i pellegrini che fanno ingresso nel territorio nazionale per il Giubileo possono versare un contributo di 50 euro per ottenere l'assistenza ospedaliera in urgenza, senza alcun onere a loro carico. Il pellegrino può usufruire delle prestazioni urgenti presso le strutture ospedaliere che erogano prestazioni a carico del SSN ai sensi del d.lgs 502/92 e ss. mm. ii. Il mancato versamento del contributo comporta l'applicazione della normativa vigente; pertanto, il pellegrino deve versare le tariffe della Regione nella quale insiste la struttura ospedaliera.

Il comma 4 specifica che tale contributo non è dovuto per i pellegrini di paesi con i quali l'Italia ha accordi in materia sanitaria.

Il comma 5 stabilisce che le somme derivanti dal pagamento di quanto previsto al comma 3, sono versate ad apposito capitolo di entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della salute destinato al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in favore dei pellegrini individuati al comma 3.

Il comma 6 prevede che nel caso in cui le richieste di rimborso pervenute al Ministero della salute da parte delle Regioni per l'erogazione dei servizi di cui al comma precedente eccedano le somme riassegnate sul capitolo di spesa destinato a tali rimborsi, ai maggiori oneri si provvede mediante specifico vincolo a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per il biennio 2015-2016

Il comma 7 stabilisce che il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione di quanto previsto ai precedenti commi 5 e 6.

Con il comma 8 si prevede che le procedure per l'attuazione dei commi 3, 4 e 5 saranno definite con provvedimenti del Ministero della Salute.

A legislazione vigente sono stabilite norme per garantire, nelle more del perfezionamento dei procedimenti sottostanti al riparto del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la corrente erogazione delle risorse in favore delle regioni. Tali disposizioni tuttavia non comprendono alcune

componenti del finanziamento in oggetto destinate alle stesse regioni (in particolare quelle destinate a finanziare gli istituti zooprofilattici sperimentali e la medicina penitenziaria) e quelle destinate ad altri enti che accedono stabilmente al finanziamento in oggetto.

L'articolo 9-undecies, al comma 1, è diretto dunque ad introdurre, anche per tali fattispecie, un regime di erogazione anticipata a valere sul finanziamento di competenza dell'esercizio, allo scopo di assicurare regolarità e stabilità di risorse alle regioni e agli altri enti destinatari ed evitare oneri connessi alla carenza di liquidità in corso di gestione. La misura dell'erogazione è stabilita in un importo non superiore all'80% dell'ultimo valore disponibile in sede di riparto assentito in Conferenza Stato-regioni.

Al comma 2 stabilisce un regime di erogazione anticipata anche nei confronti delle università con riferimento alle risorse destinate alla formazione dei medici specialisti e nelle more del perfezionamento del DPCM di assegnazione delle risorse alle singole università. Anche in questo caso il livello dell'erogazione anticipata sul finanziamento di competenza dell'anno non può superare l'80% dell'ultimo riparto approvato con DPCM.

Al comma 3, a tutela della correttezza delle erogazioni di competenza degli enti interessati dal presente articolo, autorizza, in sede di conguaglio, eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi.

## Relazione tecnica

9.0.1000

La proposta emendativa introduce gli articoli da 9-bis a 9-undecies. In particolare, gli articoli da 9-bis a 9-octies sono attuativi del punto E) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015. Gli articoli 9-nonies e 9-decies recano rispettivamente misure per il potenziamento della sorveglianza e dei livelli di controllo della profilassi internazionale del Ministero della salute, e misure relative al programma straordinario per il Giubileo 2015-2016. L'articolo 9-undecies è volto a prevedere disposizioni dirette a favorire la tempestività dei pagamenti in ambito sanitario.

### Articolo 9-ter

#### *(Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci)*

Le disposizioni di cui al presente articolo individuano misure ulteriori rispetto a quelle già introdotte nei settori analoghi dall'articolo 17, del decreto legge 98/2011, convertito con modificazioni dalla legge 111/2011 e dall'articolo 15 del decreto-legge 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 e dalla successiva legge di stabilità 24 dicembre 2012, n. 228, articolo 1, comma 131, lettere a) e b).

**Comma 1, lettere a) e b).** Le disposizioni introducono misure idonee a concorrere alla riduzione della spesa per beni e servizi e dei dispositivi medici sostenuta dagli enti del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Tali misure sono applicate a decorrere dall'anno 2015 e comportano i seguenti effetti finanziari:

- in materia di beni e servizi: la lettera a) dispone che i corrispettivi o i corrispondenti volumi d'acquisto di beni e servizi, di cui alla tabella A, siano rideterminati in misura tale da comportare una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto in essere. A tal fine la disposizione prevede che gli enti del Ssn siano tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto. In caso di mancato accordo con i fornitori, gli enti del Ssn hanno diritto di recedere dal contratto in deroga all'articolo 1671 del Codice Civile senza alcun onere a carico degli stessi. Per gli enti del Ssn che abbiano risolto il contratto, nelle more dell'espletamento delle gare, si prevede che possano stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi.

Con riferimento ad un aggregato di spesa dell'ordine di circa **15.750** milioni di euro, l'applicazione della riduzione del 5 per cento comporta un risparmio su base annua per l'anno 2015 di 788 milioni di euro e di 805 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, ipotizzando una crescita dell'aggregato di spesa per beni e servizi oggetto della rinegoziazione pari al 2,2% circa.

- in materia di dispositivi medici: la **lettera b)** stabilisce una rinegoziazione dei contratti in essere per l'acquisto dei dispositivi medici che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso. Tale disposizione dovrebbe consentire di garantire il rispetto del tetto di spesa vigente fissato nella misura del 4,4%,

tenendo conto che la spesa effettiva pre consuntivata del 2014 (5.696 milioni di euro dati riferiti al IV trimestre 2014) si attesta ad un valore superiore rispetto al tetto previsto per il medesimo anno 2014 (4.808 mln di euro) di 0,8 punti percentuali, corrispondenti ad uno sfondamento di spesa in valore assoluto pari a circa 889 mln di euro.

Ipotizzando, poi, sulla base del dato storico, una crescita media tendenziale annua del settore pari a circa il 3% e considerando che la riduzione dei valori dei contratti comporterà un effetto graduale nel tempo tale da portare, fermo restando il valore del tetto del 4,4%, ad un azzeramento del superamento dello stesso a decorrere dal 2020, si stima che il risparmio conseguibile per effetto della rinegoziazione dei contratti possa attestarsi su un valore pari a circa 205 mln di euro nel 2015, corrispondente ad una riduzione della spesa tendenziale 2015 pari al 3,5%, 544 mln di euro circa a decorrere dal 2016, corrispondente ad una riduzione della spesa tendenziale pari al 9% annuo.

L'effetto finanziario connesso a tale intervento è reso possibile, oltre che dalle misure già citate per la lettera a), anche dalle altre disposizioni contenute ai commi 3, 6 e 7 del presente articolo, in materia di: i) maggiore trasparenza dei prezzi applicati dalle ditte fornitrici dei dispositivi medici, presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute; ii) messa a disposizione da parte del Ministero dell'economia e delle finanze al Ministero della salute delle informazioni contenute nelle fatture elettroniche, rese obbligatorie dal 1<sup>o</sup> aprile 2015; iii) istituzione presso il Ministero della salute dell'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici che supporterà le stazioni appaltanti a verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione, o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Nuovo sistema informativo sanitario, come stabilito al comma 3 del presente articolo.

Quanto, in particolare all'istituzione dell'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici, di cui al comma 7, si evidenzia che il Ministero della salute ha già messo a disposizione strumenti di controllo che consentono agli Osservatori regionali e, in generale alle centrali d'acquisto, di disporre di elementi utili all'attività di acquisizione di dispositivi medici, con particolare riferimento ai prezzi unitari pagati da altre stazioni appaltanti e al tipo di procedura di acquisto adottata da queste ultime. Inoltre, il Ministero della salute monitora sistematicamente la coerenza tra i prezzi medi pagati da ciascun ente del Ssn con riferimento al livello regionale o nazionale, segnalando gli eventuali scostamenti significativi. Quest'attività è svolta a supporto e in raccordo con le singole regioni per migliorare la qualità dei dati raccolti dal flusso consumi del Nuovo sistema informativo sanitario, e può essere rafforzata dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici di cui trattasi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Infatti, stanti le predette attività già svolte dal Ministero della salute, l'istituzione ed il funzionamento dell'Osservatorio, possono essere assicurati con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**Comma 9.** Le disposizioni introducono il meccanismo del pay-back in caso di superamento del tetto di spesa da parte dei fornitori dei dispositivi medici. Il previsto meccanismo di calcolo del pay-back è basato sul valore della spesa consuntivata dell'anno precedente, per poi operare dei conguagli con riferimento alla spesa consuntivata dell'anno di riferimento una volta disponibile. Per effetto dell'andamento della spesa del settore, come descritto al precedente comma 1, lett. b), tenuto conto che il ripiano dello sfondamento avverrà in misura graduale nel tempo e precisamente nella misura del 40%-45%-50% rispettivamente per ciascuno degli anni 2015-2016 e a decorrere dal 2017 e fermo restando il tetto nella misura del 4,4%, si stima che in ciascuno degli anni 2015 e 2016 il Servizio sanitario nazionale recupererà dalla filiera distributrice rispettivamente gli importi di 345 milioni di euro e 248 mln di euro. L'effetto complessivo dell'intervento normativo in materia di

dispositivi medici, di cui al comma 1 lett. b) e comma 9) del presente articolo, si stima in **550 mln di euro** nel 2015 e **792 mln di euro** nel 2016.

**Comma 10.** Ha l'obiettivo di novellare l'articolo 11, comma 1, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, come successivamente modificato dall'articolo 1, comma 585, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. In particolare il citato decreto legge prevede, tra le disposizioni in materia di farmaci, "la revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale e le altre disposizioni dirette a favorire l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale". Tale revisione fissava al 31 dicembre 2013 il completamento delle procedure che, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, dovevano provvedere alla revisione straordinaria del Prontuario, con la collocazione in fascia di non rimborsabilità, a carico del cittadino di medicinali terapeuticamente superati. Il termine è stato successivamente prorogato al 31 dicembre 2015, dall'articolo 1, comma 585, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

In considerazione degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria pubblica, il comma 10 interviene novellando la norma originaria al fine di modificare le modalità operative sulla base delle quali l'Agenzia Italiana del Farmaco è chiamata a compiere, la manovra entro il 30 settembre 2015 in base alla facoltà conferita all'AIFA di rinegoziare la riduzione di prezzo dei medicinali rimborsati dal Ssn, compresi nell'ambito dei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili. In primo luogo, l'attuale normativa supera il concetto di categoria terapeutica omogenea, originariamente utilizzato nell'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, nonché dal decreto legge 158 del 2012, per introdurre quello di "raggruppamento di medicinali terapeuticamente assimilabili", che comprende sia medicinali a brevetto scaduto, sia ancora soggetti a tutela brevettuale, autorizzati con indicazioni comprese nella medesima area terapeutica, aventi il medesimo regime di rimborsabilità, nonché il medesimo regime di fornitura.

Il risparmio atteso dalla manovra, in favore del Ssn, è dato dalla sommatoria del valore differenziale tra il prezzo a carico del Ssn di ciascun medicinale di cui l'azienda è titolare inserito nei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili e il prezzo più basso tra tutte le confezioni autorizzate e commercializzate che consentono la medesima intensità di trattamento a parità di Dosi Definite Giornaliere (DDD) moltiplicato per i corrispondenti consumi registrati nell'anno 2014. In caso di mancato accordo, totale o parziale, l'AIFA propone la restituzione alle Regioni del risparmio atteso dall'azienda farmaceutica, da effettuarsi con le modalità di pay-back già consentite ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa, ovvero la riclassificazione dei medicinali terapeuticamente assimilabili di cui l'azienda è titolare con l'attribuzione della fascia C di cui all'art. 8, comma 10, della legge del 24 dicembre 1993, n. 537, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa.

**Comma 11.** Il comma 11 introduce due integrazioni all'articolo 48, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, integrando gli ambiti di rinegoziazione con le aziende farmaceutiche, già attribuiti all'Agenzia. In particolare, con l'integrazione alla legge 326/2003 prevista dal comma 33-bis, in seguito alla scadenza brevettuale sul principio attivo di un medicinale biotecnologico, e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, l'Agenzia deve avviare una nuova procedura di contrattazione finalizzata a ridurre di almeno il 20% il prezzo di rimborso a carico del SSN del medicinale biotecnologico. Questa procedura ha un effetto immediato di contenimento della spesa

farmaceutica corrente, proporzionale alla spesa a carico del Ssn con il medicinale biotecnologico ed alla percentuale di riduzione del prezzo ad esito della contrattazione.

Il secondo ambito di rinegoziazione riguarda i medicinali commercializzati in Italia con meccanismi di rimborsabilità condizionata nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA. Dopo due anni di commercializzazione del medicinale, l'AIFA è tenuta a verificare i benefici rilevati nell'ambito dei registri. Qualora tali benefici risultassero inferiori rispetto a quelli attesi e fissati nell'ambito dell'accordo negoziale, l'Agenzia, ai sensi del comma 33-ter, è tenuta ad avviare una nuova procedura di contrattazione finalizzata a ridurre il prezzo di rimborso del medicinale da parte del Ssn.

### **Articolo 9-quater** ***(Riduzione delle prestazioni inappropriate)***

**Commi 1- 6.** Si prevede che con decreto ministeriale, da adottare entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza. Al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni sono a totale carico dell'assistito. Per garantire, poi, il rispetto delle condizioni prescrittive da parte dei medici prescrittori, la norma prevede che in caso di comportamenti prescrittivi non conformi alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, si applichino delle penalizzazioni su alcune componenti retributive del trattamento economico spettante ai medici.

Ipotizzando che, a seguito dell'introduzione delle condizioni di erogabilità su un numero pari a circa 177 milioni di prestazioni, per un valore complessivo di 1.144 mln di euro - di cui 130 milioni di prestazioni erogate dal settore pubblico (per un valore di circa 748 mln di euro) e 47 milioni di prestazioni erogate dal settore privato (per un valore di circa 396 mln di euro), al netto delle prestazioni per le quali non è stato possibile associare la tipologia di struttura, il 15% delle prestazioni, cui sono associate le medesime condizioni, non vengano più fruite dagli assistiti, la minore spesa per il SSN può essere quantificata in circa *93 mln di euro*. Tale valutazione consegue all'ipotesi che la riduzione si applichi in proporzione all'attuale composizione dei consumi e, considerando, altresì, che la riduzione dei consumi comporti un risparmio per il SSN per le prestazioni acquistate dal privato accreditato che vengono remunerate a tariffa, mentre nel pubblico impatti solo per la riduzione dei costi variabili connessi alla minore erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica nella misura stimata del 30%.

Ipotizzando, altresì, che a seguito dell'introduzione delle indicazioni prioritarie su un totale pari a circa 22 milioni di prestazioni per un valore complessivo pari a 406 mln di euro circa, al netto delle prestazioni per le quali non è stato possibile associare la tipologia di struttura, il 5% delle prestazioni, cui sono associate le medesime indicazioni, non vengano più fruite dagli assistiti, la minore spesa per il SSN può essere quantificata in circa *13 mln di euro*. Tale valutazione consegue all'ipotesi che la riduzione si applichi in proporzione all'attuale distribuzione dell'erogazione delle prestazioni tra pubblico e privato e considerando, anche per questo ambito, che la riduzione dei consumi comporti un risparmio per il SSN per le prestazioni erogate dal privato accreditato che vengono remunerate a tariffa, mentre nel pubblico impatti solo per la riduzione dei costi variabili connessi alla minore erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica nella misura stimata del 30%.

Ne consegue che il risparmio complessivo ammonta a circa **106 mln di euro**, a fronte di una riduzione complessiva di prestazioni stimate nel settore pubblico e privato per un valore tariffario di 192 mln di euro.

Si forniscono di seguito le tabelle contenenti i dati utilizzati alla base dei calcoli:

## Assistenza specialistica ambulatoriale - prestazioni inappropriate con condizioni erogabilità e indicazioni

Condizioni di erogabilità	pubblico		privato		% pubblico (*)		% privato (*)	
	Quantità	Importo	Quantità	Importo	quantità	importo	quantità	importo
010 - Piemonte	16.176.724	65.359.918	2.111.256	17.484.746	88%	79%	12%	21%
020 - Valle d'Aosta	381.176	1.575.527	1.087	212.574	100%	88%	0%	12%
030 - Lombardia	17.560.982	122.120.567	14.269.690	118.020.893	55%	51%	45%	49%
041 - P. A. Bolzano	1.124.967	6.976.684	89	7.875	100%	100%	0%	0%
042 - P. A. Trento	1.798.311	6.255.187	20.587	2.185.184	99%	74%	1%	26%
050 - Veneto	12.086.334	74.521.503	2.646.378	46.549.494	82%	62%	18%	38%
060 - Friuli-Venezia Giulia	3.199.183	19.785.576	384.804	9.289.616	89%	68%	11%	32%
070 - Liguria	4.378.789	25.595.585	291.620	4.208.969	94%	86%	6%	14%
080 - Emilia-Romagna	14.503.033	75.083.748	321.337	14.768.131	98%	84%	2%	16%
090 - Toscana	12.076.167	61.915.131	224.488	10.551.367	98%	85%	2%	15%
100 - Umbria	3.803.873	15.521.158	44.834	1.412.658	99%	92%	1%	8%
110 - Marche	3.927.660	18.064.189	56.972	1.272.218	99%	93%	1%	7%
120 - Lazio	13.787.716	106.129.669	4.878.029	29.112.073	74%	78%	26%	22%
130 - Abruzzo	3.137.496	14.667.325	589.570	4.927.481	84%	75%	16%	25%
140 - Molise	683.669	3.025.959	70.929	2.600.468	91%	54%	9%	46%
150 - Campania	2.177.888	12.861.792	6.252.588	42.355.911	26%	23%	74%	77%
160 - Puglia	8.161.142	55.024.779	5.007.737	29.984.668	62%	65%	38%	35%
170 - Basilicata	1.087.273	7.292.887	593.780	4.617.935	65%	61%	35%	39%
180 - Calabria	2.807.780	12.853.110	872.211	6.819.720	76%	65%	24%	35%
190 - Sicilia	3.575.400	24.921.078	8.291.963	45.776.229	30%	35%	70%	65%
200 - Sardegna	3.228.746	19.040.067	469.094	3.795.327	87%	83%	13%	17%
<b>Totale</b>	<b>129.664.309</b>	<b>748.591.439</b>	<b>47.399.043</b>	<b>395.953.538</b>	<b>73%</b>	<b>65%</b>	<b>27%</b>	<b>35%</b>

(\*) L'incidenza percentuale del pubblico e del privato viene misurata al netto delle prestazioni na, ovvero delle prestazioni cui non è stato possibile associare la tipologia di struttura

Indicazioni prioritarie	pubblico		privato		% pubblico (*)		% privato (*)	
	Quantità	Importo	Quantità	Importo	quantità	importo	quantità	importo
010 - Piemonte	2.732.438	38.865.309	274.153	1.149.499	91%	97%	9%	3%
020 - Valle d'Aosta	49.753	178.776			100%	100%	0%	0%
030 - Lombardia	2.060.337	39.036.018	1.759.293	27.050.845	54%	59%	46%	41%
041 - P. A. Bolzano	145.425	3.204.842	369	31.845	100%	99%	0%	1%
042 - P. A. Trento	238.539	530.015	822	1.138	100%	100%	0%	0%
050 - Veneto	1.459.417	22.109.520	263.676	1.269.888	85%	95%	15%	5%
060 - Friuli-Venezia Giulia	371.902	1.365.794	51.201	1.439.234	88%	49%	12%	51%
070 - Liguria	571.815	3.565.803	27.909	122.505	95%	97%	5%	3%
080 - Emilia-Romagna	1.789.377	23.913.362	34.555	1.430.061	98%	94%	2%	6%
090 - Toscana	1.375.227	5.732.803	18.719	500.513	99%	92%	1%	8%
100 - Umbria	513.367	6.770.845	5.499	42.201	99%	99%	1%	1%
110 - Marche	521.511	4.831.318	6.172	73.697	99%	98%	1%	2%
120 - Lazio	1.635.897	14.881.061	568.403	16.582.873	74%	47%	26%	53%
130 - Abruzzo	325.219	4.200.393	63.502	302.857	84%	93%	16%	7%
140 - Molise	89.191	1.949.930	10.078	546.386	90%	78%	10%	22%
150 - Campania	236.513	3.851.948	864.226	56.449.034	21%	6%	79%	94%
160 - Puglia	839.830	3.129.877	551.871	2.720.686	60%	53%	40%	47%
170 - Basilicata	104.228	3.426.318	53.139	1.109.596	66%	76%	34%	24%
180 - Calabria	309.836	10.337.276	87.034	295.218	78%	97%	22%	3%
190 - Sicilia	460.638	10.344.344	1.159.951	72.117.216	28%	13%	72%	87%
200 - Sardegna	421.810	12.177.721	94.404	9.078.888	82%	57%	18%	43%
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.252.270</b>	<b>214.403.273</b>	<b>5.894.976</b>	<b>192.314.179</b>	<b>73%</b>	<b>53%</b>	<b>27%</b>	<b>47%</b>

(\*) L'incidenza percentuale del pubblico e del privato viene misurata al netto delle prestazioni na, ovvero delle prestazioni cui non è stato possibile associare la tipologia di struttura

TOTALE	pubblico		privato		% pubblico (*)		% privato (*)	
	Quantità	Importo	Quantità	Importo	quantità	importo	quantità	importo
010 - Piemonte	18.909.162	104.225.227	2.385.409	18.634.245	89%	85%	11%	15%
020 - Valle d'Aosta	430.929	1.754.303	1.087	212.574	100%	89%	0%	11%
030 - Lombardia	19.621.319	161.156.586	16.028.983	145.071.738	55%	53%	45%	47%
041 - P. A. Bolzano	1.270.392	10.181.527	458	39.719	100%	100%	0%	0%
042 - P. A. Trento	2.036.850	6.785.202	21.409	2.186.322	99%	76%	1%	24%
050 - Veneto	13.545.751	96.631.023	2.910.054	47.819.383	82%	67%	18%	33%
060 - Friuli-Venezia Giulia	3.571.085	21.151.369	436.005	10.728.850	89%	66%	11%	34%
070 - Liguria	4.950.604	29.161.388	319.529	4.331.474	94%	87%	6%	13%
080 - Emilia-Romagna	16.292.410	98.997.110	355.892	16.198.193	98%	86%	2%	14%
090 - Toscana	13.451.394	67.647.934	243.207	11.051.880	98%	86%	2%	14%
100 - Umbria	4.317.240	22.292.003	50.333	1.454.859	99%	94%	1%	6%
110 - Marche	4.449.171	22.895.507	63.144	1.345.915	99%	94%	1%	6%
120 - Lazio	15.423.613	121.010.729	5.446.432	45.694.946	74%	73%	26%	27%
130 - Abruzzo	3.462.715	18.867.718	653.072	5.230.338	84%	78%	16%	22%
140 - Molise	772.860	4.975.889	81.007	3.146.854	91%	61%	9%	39%
150 - Campania	2.414.401	16.713.741	7.116.814	98.804.946	25%	14%	75%	86%
160 - Puglia	9.000.972	58.154.657	5.559.608	32.705.354	62%	64%	38%	36%
170 - Basilicata	1.191.501	10.719.205	646.919	5.727.531	65%	65%	35%	35%
180 - Calabria	3.117.616	23.190.386	959.245	7.114.938	76%	77%	24%	23%
190 - Sicilia	4.036.038	35.265.422	9.451.914	117.893.445	30%	23%	70%	77%
200 - Sardegna	3.650.556	31.217.788	563.498	12.874.215	87%	71%	13%	29%
<b>Totale complessivo</b>	<b>145.916.579</b>	<b>962.994.713</b>	<b>53.294.019</b>	<b>588.267.717</b>	<b>73%</b>	<b>62%</b>	<b>27%</b>	<b>38%</b>

(\*) L'incidenza percentuale del pubblico e del privato viene misurata al netto delle prestazioni na, ovvero delle prestazioni cui non è stato possibile associare la tipologia di struttura

Ipotesi riduzione	pubblico		privato	
	aliquota	Importo	aliquota	Importo
Condizioni di erogabilità	15%	112.288.715,90	15%	59.393.030,68
Indicazioni prioritarie	5%	10.720.164	5%	9.615.709
<b>Risparmio previsto</b>		<b>123.008.880</b>		<b>69.008.740</b>

**Risparmio totale previsto (\*\*)** 105.911.404

\*\* Il risparmio totale viene ottenuto misurando il risparmio sul pubblico in misura del 30% per effetto della riduzione dei costi variabili, a cui si aggiunge il 100% del risparmio previsto sul privato

**Comma 7.** Degli effetti connessi alle disposizioni di cui ai precedenti commi, se ne dovrà tenere conto anche in sede di sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate e nella fissazione dei relativi budget. Pertanto, visto che le disposizioni dei commi da 1 a 6 del presente articolo si riflettono in una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le disposizioni di cui al comma 7 sono volte a ridurre la relativa spesa complessiva dell'anno 2015 (incluso sia quella acquistata per i propri residenti che per quelli fuori regione), nella misura dell'1 per cento del valore consuntivato nel 2014. La misura è aggiuntiva rispetto alle misure di riduzione già eventualmente assunte dalle regioni o dalle province autonome. Nella valutazione finanziaria si è tenuto conto dell'aggregato di riferimento della spesa in oggetto, pari complessivamente a oltre 3.500 milioni di euro. L'impatto di tale disposizione concorre nel 2015 al raggiungimento dell'effetto finanziario connesso all'applicazione dei commi da 1 a 6 del presente articolo.

**Commi 8 e 9.** La misura è volta a ridurre il numero dei ricoveri in regime di riabilitazione ospedaliera potenzialmente inappropriati sotto il profilo clinico e a ridurre le giornate di ricovero oltre quelle definite appropriate.

La potenziale *inappropriatezza clinica* nei ricoveri preceduti da evento acuto viene valutata sia considerando la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente (criterio della correlazione clinica) che definendo come appropriata, o meno, la distanza (in giorni) tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione (criterio della distanza temporale); nei ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto viene individuata la tipologia di casistica potenzialmente inappropriata per ciascun tipo di ricovero riabilitativo non preceduto da evento acuto (criterio della tipologia casistica).

Per la riduzione di tali ricoveri potranno essere adottate diverse misure (alternative o cumulative) caratterizzate da diversi livelli di efficacia ai fini del contenimento della spesa associata:

a) penalizzazione tariffaria dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza clinica effettuati nelle strutture private accreditate: tali ricoveri potranno essere remunerati con una tariffa ridotta del 50% ovvero con una tariffa media applicata dalle regioni per i ricoveri di riabilitazione estensiva effettuati nelle strutture extraospedaliere. Nel primo caso, considerando che le giornate di ricovero di cui trattasi sono state stimate in 621.972, il risparmio associato alla misura può essere stimato a decorrere dall'anno 2015 in **83,5 mln di euro**; nel secondo caso, il risparmio associato può essere stimato in **85,6 mln di euro**;

b) penalizzazione tariffaria nella misura del 60% delle giornate oltre soglia con riferimento ai ricoveri di riabilitazione ordinari appropriati effettuati nelle strutture private accreditate: attualmente, l'abbattimento tariffario dei ricoveri oltre soglia è fissato nel 40%; l'aumento di tale abbattimento al 60% è valutato, a decorrere dall'anno 2015, in un risparmio di **4,8 mln di euro**. Si riporta di seguito la tabella di sintesi:

*Ipotesi manovra con tariffa al 50% applicata ai ricoveri inappropriati ospedaliera dal punto di vista clinico più abbattimento tariffario del 60% a giornate oltre soglia su ricoveri appropriati*

REGIONE RICOVERO	VALORE RECUPERO RIABILITAZIONE INAPP. OSPEDALIERA con tariffa al 50%* €/000 (1)	VALORE RECUPERO RIABILITAZIONE INAPP. OSPEDALIERA con tariffa media regionale* €/000 (2)	ABBATTIMENTO 60% TARIFFE PER OLTRE SOGLIA** €/000 (3)	TOTALE MANOVRA €/000 (4) = (1) + (3)	TOTALE MANOVRA €/000 (5) = (2) + (3)
PIEMONTE	6.412,2	6.211,9	738,7	7.150,9	6.950,6
VALLE D'AOSTA	213,8	208,7	0,4	214,2	209,1
LOMBARDIA	25.803,6	27.006,5	1.180,4	26.984,1	28.187,0
PROV. AUTON. BOLZANO	703,3	692,7	7,7	711,1	700,5
PROV. AUTON. TRENTO	1.222,2	1.172,1	44,6	1.266,8	1.216,7
VENETO	5.847,2	6.124,2	108,1	5.955,3	6.232,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	74,7	91,0	34,7	109,4	125,7
LIGURIA	1.197,0	1.191,7	6,4	1.203,4	1.198,1
EMILIA ROMAGNA	3.765,2	3.964,9	144,4	3.909,6	4.109,3
TOSCANA	2.419,6	2.448,1	36,7	2.456,4	2.484,8
UMBRIA	26,0	24,5	0,3	26,4	24,8
MARCHE	1.218,3	1.261,9	68,1	1.286,4	1.330,1
LAZIO	16.683,6	16.997,5	1.236,2	17.919,8	18.233,7
ABRUZZO	896,6	955,3	26,7	923,3	982,0
MOLISE	1.594,1	1.940,2	6,0	1.600,0	1.946,1
CAMPANIA	7.007,6	6.838,8	587,7	7.595,3	7.426,4
PUGLIA	3.918,7	4.073,4	197,0	4.115,7	4.270,5
BASILICATA	176,1	192,5	32,2	208,3	224,8
CALABRIA	1.649,4	1.631,7	202,0	1.851,4	1.833,7
SICILIA	2.515,5	2.458,8	132,5	2.648,0	2.591,4
SARDEGNA	152,8	154,6	30,0	182,8	184,6
<b>TOTALE</b>	<b>83.497,5</b>	<b>85.641,0</b>	<b>4.821,1</b>	<b>88.318,6</b>	<b>90.462,1</b>

\* Ottenuto applicando alle giornate dei ricoveri inappropriati (metodologia SiVeAS) dal punto di vista clinico un abbattimento del 50%

\*\* Ottenuto applicando un abbattimento tariffario del 60% anziché 40% alle giornate oltre soglia dei ricoveri appropriati dal punto di vista clinico (metodologia SiVeAS)

## Articolo 9-quinquies

### *(Rideterminazione fondi contrattazione integrativa personale dipendente)*

Il presente articolo consente la piena realizzazione del risparmio associato agli effetti connessi alle riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, come quantificati nella presente relazione tecnica al successivo articolo 9-septies, che comporteranno un efficientamento della spesa del personale pari a 68 mln di euro annui. La presente norma prevede, difatti, che i risparmi ad essa correlati non confluiscono ai fondi della contrattazione integrativa e, al fine di determinare reali economie per il bilancio aziendale, provvede a mutuare quanto previsto dall'articolo 9, comma 2-bis, del DL 78/2010, introdotto dall'art. 1, comma 456, della legge 147/2013, la cui valenza è cessata al 31.12.2014 prevedendo espressamente che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è decurtato definitivamente di un importo pari alle riduzioni derivanti dalla rideterminazione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione.

## Articolo 9-sexies

### *(Potenziamento monitoraggio normativa vigente su beni e servizi, ivi compresi dispositivi medici)*

Trattasi di norma diretta a potenziare gli strumenti di monitoraggio del rispetto della normativa in materia di beni e servizi con particolare riferimento agli acquisti effettuati tramite le centrali di acquisto regionali. La norma dispone altresì un potenziamento delle verifiche prevedendo che siano effettuate trimestralmente e in corso d'anno. Tale previsione non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e si configura quale disposizione di carattere ordinamentale.

## Articolo 9-septies

### *(Rideterminazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale)*

**Comma 1.** La norma dispone che ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6 del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, convertito, con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 e in attuazione di quanto stabilito dalla lettera E) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015, prevista dall'articolo 1, comma 398, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 e dall'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, nonché dagli articoli da 9-bis a 9-sexies del presente decreto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è ridotto dell'importo di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015.

Il conseguimento del predetto obiettivo di risparmio è assicurato, oltre che dalle norme di cui ai predetti articoli da 9-bis a 9-sexies, anche dagli ulteriori interventi previsti dall'Intesa Stato – Regioni del 2 luglio 2015, concernenti:

- l'attuazione del Decreto 2 aprile 2015 , n. 70 “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*” che dispone la ridefinizione delle reti assistenziali e, in particolare, che dal 1° luglio 2015 non possano essere sottoscritti i contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture mono specialistiche per le quali sono previste espresse deroghe.. In seguito a tale riorganizzazione, si ipotizza che si verifichi un azzeramento dei ricoveri presso le strutture con meno di 40 posti letto. La richiesta dei ricoveri per effetto della suddetta misura, in gran parte confluirà sui restanti erogatori pubblici e privati accreditati ed in parte, invece, si rivolgerà verso il settore privato non accreditato. Il risparmio associato alla riduzione della richiesta di ricovero è stato calcolato, ipotizzando che per le attuali strutture con meno di 40 posti letto vi sia una riduzione di ricoveri pari al 10% dell'attuale valorizzazione dei ricoveri per acuti (ordinari e diurni) realizzata presso le stesse strutture. La seguente tabella fornisce la sintesi sopra descritta:

**Distribuzione della remunerazione teorica per regione,  
volume di posti letto delle strutture e regime di ricovero -  
Attività per Acuti in strutture private accreditate - Anno  
2013**

Regione di ricovero	Strutture con meno di 40 posti letto	
	RO+DH	
	Totale remunerazione RO e DH	Stima riduzione ricoveri (-10%)
Piemonte	2.992.503	299.250
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	7.674.986	767.499
P. A. di Bolzano	1.776.516	177.652
P. A. di Trento	-	-
Veneto	-	-
Friuli Venezia Giulia	-	-
Liguria	4.767.014	476.701
Emilia Romagna	8.036.592	803.659
Toscana	20.295.987	2.029.599
Umbria	2.072.955	207.295
Marche	-	-
Lazio	65.364.459	6.536.446
Abruzzo	6.497.744	649.774
Molise	-	-
Campania	14.870.820	1.487.082
Puglia	18.969.236	1.896.924
Basilicata	-	-
Calabria	10.365.124	1.036.512
Sicilia	15.810.288	1.581.029
Sardegna	-	-
<b>Italia</b>	<b>179.494.224</b>	<b>17.949.422</b>

*Fonte: Ministero della Salute - DG Programmazione Sanitaria  
- Ufficio VI - Elaborazione Banca Dati SDO 2013*

Il suddetto risparmio è stato stimato ipotizzando una riduzione del 10% dei ricoveri per acuti nel settore privato accreditato nella misura corrispondente alla quota non assorbita da altri erogatori pubblici e privati accreditati.

Considerato che il regolamento pone una deroga per le strutture monospecialistiche, per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti, individuate con specifica Intesa in

Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro il 30 settembre 2015, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, la suddetta stima viene rideterminata prudenzialmente in **12 mln** di euro a livello nazionale;

- l'efficientamento della spesa di personale a seguito dell'applicazione dello standard di strutture semplici e complesse derivante dall'attuazione del decreto 2 aprile 2015, n.70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*". A tal fine, si è ipotizzato che le voci retributive che determinerebbero il risparmio a seguito della rideterminazione degli standard delle strutture semplici e complesse (sia per i Dirigenti Medico/Veterinario e Dirigenti Sanitari non medici che per i Dirigenti Amministrativo Tecnico e Professionale) sono:
  - A. **per le strutture complesse**: variazione in diminuzione delle seguenti voci retributive:
    - l'intero importo dell'indennità di struttura complessa;
    - il differenziale della quota variabile aziendale corrispondente a quello assegnato per la struttura complessa e la struttura semplice
  - B. **per le strutture semplici**: variazione in diminuzione della sola quota variabile aziendale, intesa come differenziale della quota corrispondente a quello assegnato per la struttura semplice e quella assegnata ad "altri incarichi",

nella considerazione che le restanti voci retributive (indennità di esclusività medica, specificità medica, retribuzione di posizione quota fissa, retribuzione di risultato) continuano ad essere erogate alle categorie dirigenziali aventi diritto.

La fonte dati per il calcolo dell'impatto sopra descritto è costituita dai dati retributivi rilevati dal "Conto Annuale 2013" (Fonte: Dipartimento RGS- IGOP) distinti per singola Regione, per tipologia di incarico (struttura semplice, struttura complessa e altri incarichi) e per gruppo (Dirigenti Medico/Veterinario e Dirigenti Sanitari non medici, Dirigenti Amministrativo Tecnico e Professionale) per il solo settore pubblico (Policlinici, ASL/AO e IRCCS).

Per il calcolo del valore medio regionale delle singole voci retributive spettanti ai predetti Dirigenti (calcolati come medie ponderate dei valori pro capite relative alle singole qualifiche di ciascun ente, utilizzando come pesi gli anni persona presenti in ciascun ente e qualifica) sono state escluse dall'analisi:

- 1) le qualifiche a tempo determinato (ex art. 15-septies), in considerazione dell'elevata variabilità dei valori medi regionali;
- 2) le qualifiche con rapporti non esclusivi, in considerazione della scarsa e non significativa numerosità dei casi.

Per la determinazione delle strutture semplici e complesse *a tendere*, si è ritenuto opportuno applicare, allo standard per le strutture semplici e complesse, la distribuzione dei posti letto standard all'1.1.2014 prevista dal suddetto Regolamento.

Tuttavia, mentre lo standard per le strutture semplici e complesse tiene conto dei posti letto ospedalieri pubblici, la distribuzione standard dei posti letto da Regolamento ospedaliero non prevede restrizioni alla proporzione tra posti pubblici e privati, rimandandone alle regioni la determinazione da effettuarsi attraverso un atto programmatico di recepimento del Regolamento.

Risulta, quindi, necessario valutare l'ipotetica configurazione che assumeranno le reti ospedaliere regionali in termini di proporzione tra pubblico e privato. Tale valutazione è stata

effettuata considerando i posti letto pubblici e privati<sup>1</sup> al 1° gennaio 2013<sup>2</sup>, confrontati con la distribuzione standard da Regolamento calcolato per l'anno 2014. Applicando, per i posti letto pubblici e privati, lo stesso rapporto esistente all'1.1.2013, si configura uno scenario "realistico" per il quale si registrano gli standard a tendere pari a 13.789 UOC e 18.064 UOS che sono inferiori rispetto al numero di strutture complesse ospedaliere previste (14.961) e semplici (26.592) previsto all'1.1.2014, come risulta dalla tabella 1g del conto annuale anno 2013.

E' stato, altresì, considerato che la distribuzione della riduzione delle strutture complesse e semplici tra le diverse categorie di personale dirigente (Medico/Veterinario e dirigenti sanitari non medici e dirigenti PTA) corrisponde alla distribuzione percentuale del medesimo personale sul totale delle unità dirigenziali (si stima che il 96% delle strutture previste vengano assegnate a Personale Medico/veterinari e dirigenti sanitari non medici e 4% delle strutture previste vengano assegnate a Personale dirigente PTA).

In considerazione dell'attuale situazione rilevata dal Conto annuale anno 2013 delle strutture semplici e complesse previste e tenuto conto dello standard da raggiungere, il risparmio ipotetico si attesterebbe intorno ai **68 mln** di euro ipotizzando una riduzione di 2.069 strutture complesse ospedaliere (le sole condizionate dal parametro dei posti letto previsto dal regolamento ospedaliero) e di 8.718 strutture semplici (condizionate dal numero di strutture complesse). Pertanto, in considerazione del fatto che il numero di strutture semplici e complesse da disattivare è determinato dalle sole regioni che attualmente risultano averne in eccesso, tale numero non coincide con la differenza tra il dato nazionale attuale ed il dato nazionale a tendere.

Sono stati, poi, considerati pari a "zero" i risparmi, qualora i dati rilevati abbiano evidenziato un differenziale negativo tra la quota di posizione variabile relativa agli incarichi di struttura semplice e quella relativa agli "altri incarichi". Inoltre, i risparmi connessi all'adozione degli standard da parte della province di Trento e Bolzano sono stati calcolati applicando i valori medi retributivi forniti dal Conto annuale riferiti alla regione Trentino Alto- Adige imputando in egual misura alle due diverse province i relativi importi medi.

Tabella di sintesi:

REGIONE	Delta strutture complesse previste_MV	Delta strutture complesse PTA previste	Delta strutture semplici MV previste	Delta strutture semplici PTA previste	Risparmio (al lordo oneri riflessi) strutture complesse_MV	Risparmio (al lordo oneri riflessi) strutture complesse_PTA	Risparmio (al lordo oneri riflessi) strutture semplici_MV	Risparmio (al lordo oneri riflessi) strutture semplici_PTA	Risparmio totale
PIEMONTE	-94	-4	-314	-13	-1.372.043	-73.700	-1.636.963	-10.760	-2.992.466
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	-468	-19	-628	-26	-7.366.489	-392.114	-3.978.928	-280.896	-12.018.427
TRENTINO ALTO ADIGE	-71	-3	-103	-4	-2.486.157	-118.199	-323.027	0	-2.927.384
VENETO	0	0	-480	-20	0	0	-1.933.903	-106.971	-2.040.874
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIGURIA	0	0	-176	-7	0	0	-909.548	-50.518	-960.065
EMILIA ROMAGNA	0	0	-91	-4	0	0	-612.406	-22.418	-634.824
TOSCANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UMBRIA	0	0	-407	-17	0	0	-2.623.445	-113.014	-2.736.459
MARCHE	-269	-11	-343	-14	-3.561.979	-288.879	-1.333.433	-30.325	-5.234.616
LAZIO	-429	-18	-1.651	-69	-7.663.124	-346.417	-5.724.201	-533.577	-14.167.318
ABRUZZO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOLISE	-27	-1	0	0	-381.858	-26.442	-399	-20	-408.719
CAMPANIA	-212	-8	-2.116	-88	-2.729.163	-193.344	-6.275.015	-399.849	-9.596.372
PUGLIA	-46	-2	-624	-26	0	0	-1.884.777	-347.870	-2.232.647
BASILICATA	-27	-1	-387	-16	-599.049	-32.179	-1.690.222	-41.419	-2.362.869
CALABRIA	-34	-1	-219	-9	-444.777	-18.388	-469.338	-65.374	-997.877
SICILIA	-248	-10	-468	-19	-3.903.513	-225.199	-1.425.280	-148.623	-5.702.615
SARDEGNA	-70	-3	-372	-16	-969.304	-54.531	-2.830.212	-21.279	-3.675.325
<b>Totali</b>	<b>-1.986</b>	<b>-83</b>	<b>-8.370</b>	<b>-349</b>	<b>-31.397.456</b>	<b>-1.769.393</b>	<b>-33.350.087</b>	<b>-2.171.911</b>	<b>-68.688.847</b>

<sup>1</sup> Per posti letto pubblici si intendono i posti letto afferenti a strutture conteggiate nel bilancio consolidato regionale. Per posti letto privati si intende la parte rimanente di posti letto ospedalieri.

<sup>2</sup> Fonte dati: flussi NSIS HSP 12-13. Il numero di posti letto si intende al netto della disciplina 31 (Nido).

- la capacità della rete ospedaliera del SSN di rispondere in maniera più adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità con cui gli stessi si manifestano. Conseguentemente, si realizzeranno obiettivi di razionalizzazione riferiti prioritariamente ai servizi e alle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza, sia in termini di efficacia che di efficienza. L'aumento del tasso di occupazione dei posti letto, la riduzione della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, consentirà, poi, che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso ed in una riduzione degli oneri connessi all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture accreditate, pubbliche e private. Per effetto di quanto sopra, è ipotizzabile stimare un risparmio per un importo di circa 130 mln di euro per l'anno 2015 e 171 milioni di euro annui a decorrere dal 2016
- l'impegno delle regioni a partire dal 2 luglio 2015 a rivedere la programmazione degli investimenti relativi ai cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, già programmati per l'anno 2015 e non ancora effettuati, al fine di assicurare sull'anno 2015 economie non inferiori a 300 mln di euro, nel rispetto della garanzia dell'erogazione dei LEA

In via ulteriore, la riduzione del livello di finanziamento comporterà l'effetto automatico del maggiore pay-back a carico della filiera distributiva delle aziende farmaceutiche, a fronte del maggiore scostamento rispetto al tetto della farmaceutica territoriale e ospedaliera secondo le regole previste dalla normativa vigente.

Di seguito la tabella di sintesi che mostra un effetto di maggiore pay-back per un importo annuo di **308 mln di euro**:

<b>Impatto rideterminazione livello finanziamento su tetti farmaceutica e su pay back</b>	
---	--

Finanziamento 2015 (prima della manovra)	112.062
Finanziamento per calcolo tetti	111.419
Tetto 11,35%	12.646
Tetto 3,5%	3.900
Finanziamento 2015 (dopo manovra 2.352 milioni di euro)	109.710
Finanziamento per calcolo tetti	109.067
Tetto 11,35%	12.379
Tetto 3,5%	3.817
<b>Differenza tetti (11,35%)</b>	<b>267</b>
<b>Differenza 50% tetti (3,5%)</b>	<b>41</b>
<b>Totale manovra farmaceutica</b>	<b>308</b>

Come riportato inoltre nell'Intesa del 2 luglio 2015, le regioni a seguito di quanto convenuto al Punto E) dell'Intesa del 26 febbraio 2015, in relazione alla previsione di rideterminazione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale ivi contenuta di 2.352 milioni di euro, hanno

iniziato a porre in essere azioni di contenimento ed efficientamento della dinamica della spesa dei propri SSR.

La norma prevede inoltre, coerentemente con quanto convenuto nell'Intesa del 2 luglio 2015, che le regioni, al fine di salvaguardare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possano comunque conseguire l'obiettivo economico finanziario a loro carico anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario.

Ciò consente alle regioni, nell'ambito dei relativi processi di efficientamento in corso anche a partire da quanto convenuto nell'Intesa del 26 febbraio 2015 e a quanto sopra riportato, una flessibilità nell'individuazione delle leve, fermo restando il conseguimento del previsto contenimento della spesa.

Si ricorda, in ogni caso, che in ambito sanitario, in coerenza con quanto convenuto nelle relative Intese Stato-Regioni e con quanto previsto dalla legislazione vigente, opera dall'anno 2001 un sistema di monitoraggio diretto, tra l'altro, a segnalare alla regione in corso d'anno eventuali scostamenti rispetto al livello di spesa programmato al fine di evitare la formazione di disavanzi. Tale sistema, che ha visto per il SSN anche l'entrata in vigore dal 2012 dei principi contabili del decreto legislativo n. 118/2011, è stato ulteriormente potenziato con l'avvio del monitoraggio dei conti patrimoniali. Tale complessivo sistema di monitoraggio ha comportato una progressiva consapevolezza da parte delle regioni della propria situazione economico-patrimoniale e una conseguente tempestiva responsabilizzazione regionale nella gestione del proprio SSR nell'ambito delle risorse programmate, anche in considerazione dell'operatività di un efficace sistema sanzionatorio.

Infatti tale sistema sanzionatorio, implementato progressivamente negli anni, prevede, in caso di disavanzi di gestione, l'innalzamento delle aliquote fiscali regionali, il blocco automatico del turn over del personale sanitario, il divieto di effettuare spese non obbligatorie a carico del bilancio regionale, nonché, in caso di raggiungimento di un livello di disavanzo superiore o uguale al 5% del finanziamento, l'obbligatorietà di sottoscrivere un Piano di rientro dai disavanzi stessi.

\*\*\*

Complessivamente, quindi, gli effetti della manovra nel settore sanitario sono riportati nella seguente tabella:

**SINTESI IMPATTO MANOVRA SANITARIA SU BASE ANNUA**

	<i>dati in milioni di euro</i>	2015	dal 2016
<b>Beni e servizi</b>		<b>1.338</b>	<b>1.597</b>
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi		788	805
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici		550	792
<b>Farmaceutica</b>			
Revisione del prontuario (a partire dal 30 settembre 2015)			
Rinegoziazione prezzo farmaci biotecnologici con brevetto scaduto			
<b>Inappropriatezza</b>		<b>195</b>	<b>195</b>
Riduzione delle prestazioni inappropriate di specialistica ambulatoriale (*)		106	106
Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza		89	89
<b>Farmaceutica</b>		<b>308</b>	<b>308</b>
effetto automatico pay-back derivante dal mancato incremento del livello del finanziamento		308	308
<b>Regolamento ospedaliero</b>		<b>210</b>	<b>251</b>
Riduzione dei ricoveri delle strutture con meno di 40 posti letto		12	12
riduzione della spesa di personale a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera		68	68
Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata		130	171
<b>Investimenti finanziati con contributo in c/esercizio</b>		<b>300</b>	
<b>Totale</b>		<b>2.352</b>	<b>2.352</b>
manovra attesa		2.352	2.352
differenza		0	0

Il comma 3 dell'articolo 9-septies non determina effetti sui saldi di finanza pubblica, in quanto si tratta di una diversa rimodulazione del contributo alla finanza pubblica della Regione siciliana.

**Parimenti, il comma 4 non determina effetti sui saldi di finanza pubblica, in quanto si tratta di una diversa rimodulazione del contributo alla finanza pubblica della Regione Friuli Venezia Giulia.**

### ALTRI ARTICOLI

In merito all'**articolo 9-nonies**, concernente il potenziamento della sorveglianza e dei livelli di controllo della profilassi internazionale, si prevede, al comma 1, che il Ministero della salute sia autorizzato ad effettuare un'ulteriore spesa, rispetto a quella già autorizzata dall'art. 1, comma 599, della legge 190/2014, di 3.100.000 di euro per il 2015 e di 2.341.140 euro annui a decorrere dal 2016.

Il comma 2, al fine di potenziare l'attività di programmazione sanitaria e di monitoraggio del Ministero della salute, prevede l'incremento della spesa di euro 400.000 per l'anno 2015 e di euro 1.124.000 a decorrere dall'anno 2016 per le esigenze di ricorrere a specifiche professionalità ad alta specializzazione che non possono essere reperite con il personale di ruolo del Ministero della salute cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791, e per potenziare le attività di accesso ed ispettive presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989 n. 37.

Alla copertura di tali oneri si provvede parzialmente utilizzando parte della quota disponibile del fondo speciale di parte corrente (tabella A), accantonamento Ministero della salute.

Alla quantificazione degli oneri stimati si è provveduto sulla base delle seguenti considerazioni.

L'articolo 47-ter, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 nel testo come modificato da ultimo dall'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 1, della legge 13 novembre 2009, n. 172, conferma, al Ministero della salute le funzioni in materia di programmazione tecnico-sanitaria

di rilievo nazionale e indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Tra le funzioni in materia di programmazione sanitaria, specificate da ultimo dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014 n. 59, recante il nuovo "Regolamento di organizzazione del Ministero della salute", sono individuati compiti di grande rilievo per la governance del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), tra cui in particolare la definizione e il monitoraggio del piano sanitario nazionale e dei piani di settore aventi rilievo e applicazione nazionale, l'analisi dei fabbisogni finanziari del Servizio sanitario nazionale e dei costi standard in sanità, la determinazione dei criteri generali per la classificazione e la remunerazione delle prestazioni del SSN, la promozione e verifica della qualità e sicurezza delle prestazioni.

Al fine di garantire tali funzioni, il Ministero della salute ed in particolare la Direzione generale della programmazione sanitaria si avvale dal 1982 anche del personale con specifiche professionalità ad alta specializzazione, ai sensi dell'articolo 5, del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791 fino ad un massimo di 20 unità, appartenenti ai ruoli dei professori e ricercatori universitari, di quelli di altre amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti locali e di enti pubblici anche economici e del personale in posizione di comando ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della legge 1 febbraio 1989 n. 37 fino ad un massimo di duecentocinquanta unità, appartenenti prioritariamente a strutture del Servizio sanitario nazionale.

La sotto riportata tabella fornisce l'attuale quadro finanziario del capitolo di spesa per il quale il presente provvedimento sta richiedendo il rifinanziamento, dal quale si evince l'evoluzione dei tagli operati nel corso degli ultimi anni, a causa del processo di spending review. Dal medesimo quadro, si evince chiaramente che le risorse finanziarie nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute finalizzate alla coperture delle spese connesse alle unità di personale con specifiche professionalità ad alta specializzazione di cui all'articolo 5, del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791 da un importo massimo pari a 578 milioni di euro nel 1989 sono state completamente eliminate dal 2007:

(Valori espressi in migliaia di euro)

Evoluzione stanziamento legge di bilancio finalizzato ai comandi ai sensi dell'articolo 5, del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791								
	1983	1985	1986	1987	1989	1990	1992	1993
	232,41	232,41	413,17	516,46	578,43	578,43	557,77	568,10
	1994	1996	1997	1998	1999	2001	2003	2006
	568,10	379,08	369,27	369,27	415,36	339,83	183,02	91,75
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	2016		2017				
	0	0		0				

Con particolare riferimento alla valutazione di impatto economico-finanziario della presente norma, si forniscono i seguenti elementi:

- il comma 2 prevede il rifinanziamento del capitolo di spesa 2008 per euro 0,4 milioni, che corrisponde all' onere stimato per attivare nuovi comandi fino a 10 unità a partire dal mese di settembre p.v., e di 1,124 milioni di euro a regime dal 2016. Tale rifinanziamento è definito sulla base della stima degli oneri associati al trattamento economico complessivo (fondamentale ed accessorio) al lordo degli oneri riflessi per i profili professionali da reperirsi attraverso i comandi previsti ai sensi della citata legge n. 37/89 (che riguarda prioritariamente personale appartenente al comparto del SSN) e del personale in comando ai sensi dell'articolo 5, del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982 n. 791 (che include anche personale appartenente ad altri enti della PA diversi dal comparto del SSN). Il predetto rifinanziamento impone, peraltro, la modifica della denominazione dell'attuale capitolo di spesa che, allo stato, consente di reperire personale proveniente dagli enti del SSN.

La seguente tabella di sintesi fornisce una simulazione del costo stimato per l'attivazione fino a 10 nuovi comandi previsti dal comma 1, 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:

STIMA DELLA SPESA PER IL PERSONALE COMANDATO AI SENSI DEL DPR N. 791 DEL 1982				
UNITA'	PROFILI	ANNO 2015	ANNO 2016	2017
		Costo della retribuzione lordo amministrazione che incide nell'anno <sup>(1) (2)</sup>	Costo annuale della retribuzione lordo amministrazione <sup>(1)</sup>	Costo annuale della retribuzione lordo amministrazione <sup>(1)</sup>
2	SSNA - DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E33 (MD)	112.829,52 <sup>(3)</sup>	320.499,15 <sup>(3)</sup>	320.499,15
1	SSNA - DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUS - SD0E34 (MD)	46.191,71 <sup>(3)</sup>	129.580,42 <sup>(3)</sup>	129.580,42
1	SSNA - DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0035 (MD)	40.982,16 <sup>(3)</sup>	113.951,78 <sup>(3)</sup>	113.951,78
1	SSNA - DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - AD0032 (DA)	42.969,76	128.909,27	128.909,27
1	UNIV - PROFESSORE ORDINARIO TEMPO PIENO - OD0173 (PR)	59.577,66 <sup>(3)</sup>	160.743,59 <sup>(3)</sup>	160.743,59
1	UNIV - PROFESSORE ASSOCIATO CONF. TEMPO PIENO - OD0169 (PR)	46.521,97 <sup>(3)</sup>	121.576,52 <sup>(3)</sup>	121.576,52
3	SSNA - COLLAB.RE TEC. - PROF.LE ESPERTO - DS - T18027 (LT)	49.506,83	148.520,49	148.520,49
		398.579,60	1.123.781,21	1.123.781,21

1)La stima dei costi del personale è stata effettuata sulla base delle retribuzioni medie elaborate nell'ambito della rilevazione del conto annuale.

2) La stima per l'anno 2015 è stata effettuata per 4 mesi

3)Per la categoria dei medici è stata aggiunta indennità di esclusività. Per la categoria dei professori Universitari è stata aggiunta un'indennità equiparativa della retribuzione dei medici del SSN.

Gli importi richiesti per il rifinanziamento sono stati arrotondati per eccesso per ciascuno degli anni 2015-2017, 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.

**L'articolo 9-decies**, autorizza, per l'anno 2016, un contributo di 33.512.338,00 euro a favore della Regione Lazio, finalizzato all'attuazione del programma straordinario per il Giubileo 2015-2016, in considerazione, in particolare, delle esigenze sanitarie connesse alla grande affluenza di persone che

si verificherà in occasione di tale evento. La norma prevede che il predetto contributo sia finanziato a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Come risulta dal Documento programmatico presentato dalla Regione Lazio, gli interventi programmati sono finalizzati, in particolare, all'adeguamento della rete dell'emergenza per la città di Roma e coinvolgono una molteplicità di strutture aziendali di Emergenza Urgenza, per un importo complessivo di 35.276.145,26 euro. Di tale ammontare, il 95% sarà a carico dello Stato e il 5% a carico della Regione. L'importo a carico dello Stato è pari, appunto, al contributo autorizzato dalla norma in questione (33.512.338,00 euro).

Il dettaglio degli interventi programmati e delle stime dei relativi finanziamenti è riportato nella tabella allegata.

Quanto alla copertura degli oneri derivanti dalla disposizione in questione, si evidenzia che le disponibilità di bilancio, relative alle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, sono pari, per il 2016, a 845.508.185,21 euro, quindi ampiamente sufficienti a garantire l'erogazione del predetto contributo, e per il 2017 a 1.195.000.000 euro.

Tabella interventi per l'adeguamento della Rete dell'Emergenza della Città di Roma per il Giubileo Straordinario.

ALLEGATO II: GIUBILEO 2015										
Stima del finanziamento occorrente per interventi di riqualificazione delle strutture aziendali di Emergenza Urgenza										
N. scheda	ASL	Istituto	Comune	Emergenza	adeguamento strutturale ed impiantistico	Potenziamento e rinnovo attrezzature	Totale	95% a carico dello Stato	5% a carico della Regione	Specifiche
1Ga		POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	€ 1.250.000,00	€ 2.000.000,00	€ 3.250.000,00	€ 3.097.500,00	€ 162.500,00	Adeguamento e messa a norma strutture
1Gb		POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	€ 1.468.000,00	€ -	€ 1.468.000,00	€ 1.387.000,00	€ 71.000,00	Adeguamento e messa a norma
2G		AO S. GIOVANNI ADDOLORATA	Roma	DEA II	€ 1.342.653,00	€ 1.890.937,00	€ 4.413.282,00	€ 4.211.617,90	€ 221.664,10	Ampliamento Terapia intensiva/ Ristrutturazione generale ed attrezzatura
3G		AO SAN CAMILLO-FORLANINI	Roma	DEA II	€ 1.403.168,00	€ 2.370.000,00	€ 3.973.168,00	€ 3.774.599,60	€ 198.568,40	Terapia intensiva/PSI/strutture
4G		AOU PTV	Roma	DEA I	€ 150.000,00	€ 3.337.200,00	€ 3.687.200,00	€ 3.602.640,00	€ 84.560,00	Potenziamento ed Ammodernamento tecnologico
5G	RMB	SANDRO PERTINI	Roma	DEA I	€ 487.740,00	€ 3.305.820,00	€ 3.793.560,00	€ 3.705.591,00	€ 87.969,00	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
6G	RPC	S. EUGENIO/CITO	Roma	DEA I	€ 1.100.000,00	€ 500.000,00	€ 1.600.000,00	€ 1.520.000,00	€ 80.000,00	Ristrutturazione ed adeguamento
7G	RMD	G. B. GRASSI	Roma	DEA I	€ 1.315.000,00	€ 900.000,00	€ 2.133.000,00	€ 2.016.350,00	€ 106.650,00	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
8G		AOU SANT'ANDREA	Roma	DEA I	€ 1.826.361,50	€ 669.745,00	€ 2.496.106,50	€ 2.371.301,18	€ 124.805,32	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
9G		S. FILIPPO NERI	Roma	DEA I	€ 853.008,76	€ 803.370,00	€ 1.656.378,76	€ 1.603.749,82	€ 52.628,94	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
10G	RME	SANTO SPIRITO	Roma	DEA I	€ 922.500,00	€ 684.000,00	€ 1.606.500,00	€ 1.491.175,00	€ 115.325,00	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
11Ga		ARE3118	Territorio della Città di Roma	Ambulante	€ -	€ 3.500.000,00	€ 3.500.000,00	€ 3.325.000,00	€ 175.000,00	Finanziamento del 50% del parco ambulanze
11Gb		ARE3118	Territorio della Città di Roma	10 Punti Medici Avanzati (PMA)	€ -	€ 1.300.000,00	€ 1.300.000,00	€ 1.235.000,00	€ 65.000,00	10 Punti Medici Avanzati (PMA)
12G	RMG	SS. GONFALONE	Mantovolato	Emergenza Psichiatrica	€ 2.100.000,00	€ -	€ 2.100.000,00	€ 1.995.000,00	€ 105.000,00	Ristrutturazione ed adeguamento
13G		Policlinico Gemelli	Roma	DEA II	€ 2.508.900,00	€ 476.000,00	€ 2.984.900,00	€ 2.835.702,50	€ 149.197,50	Ristrutturazione ed adeguamento attrezzature
<b>TOTALE PARZIALE</b>					<b>€ 17.331.033,26</b>	<b>€ 17.945.112,00</b>	<b>€ 35.276.145,26</b>	<b>€ 33.512.338,00</b>	<b>€ 1.763.807,26</b>	

La disposizione del comma 2 consente alla regione Lazio, esclusivamente per gli enti del Servizio sanitario regionale, di poter procedere ad assunzioni a tempo determinato, per il periodo 2015-2016, in deroga alle limitazioni alla spesa per l'assunzione di personale a tempo determinato, previste

dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge n. 78/2010 (secondo cui tale spesa non può essere superiore al cinquanta per cento di quella sostenuta nel 2009).

L'afflusso di pellegrini per l'evento del Giubileo straordinario comporterà inevitabilmente un incremento degli accessi alle strutture sanitarie presenti nel territorio della Regione Lazio. Pertanto, al fine di affrontare l'evento straordinario del Giubileo, la regione Lazio per effetto della disposizione del comma due può procedere con le assunzioni di unità di personale con contratto a tempo determinato per la durata dell'evento.

Si può stimare, quindi, un fabbisogno di personale da reclutare con contratto a tempo determinato per le unità operative interessate all'evento Giubileo, sintetizzato nella tabella seguente:

Tipologia	Fabbisogno unità di personale
Dirigenza Medica e Sanitaria	64
Comparto sanitario ruolo	264
Comparto tecnico ruolo	50
Totale	378

Si stima, inoltre, un aumento dell'organico dell'Ares di circa **200** unità di personale da assumere a tempo determinato.

Il comma 3 stabilisce che, in vista dell'evento giubilare, i pellegrini che fanno ingresso nel territorio nazionale per il Giubileo possono versare un contributo di 50 euro per ottenere l'assistenza ospedaliera in urgenza, senza alcun onere a loro carico. Il pellegrino può usufruire delle prestazioni urgenti presso le strutture ospedaliere che erogano prestazioni a carico del SSN ai sensi del d.lgs 502/92 e ss. mm. ii. Il mancato versamento del contributo comporta l'applicazione della normativa vigente; pertanto, il pellegrino deve versare le tariffe della Regione nella quale insiste la struttura ospedaliera.

Il comma 4 specifica che tale contributo non è dovuto per i pellegrini di paesi con i quali l'Italia ha accordi in materia sanitaria.

Il comma 5 stabilisce che le somme derivanti dal pagamento di quanto previsto al comma 3, sono versate ad apposito capitolo di entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della salute destinato al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in favore dei pellegrini individuati al comma 3.

Il comma 6 prevede che nel caso in cui le richieste di rimborso pervenute al Ministero della salute da parte delle Regioni per l'erogazione dei servizi di cui al comma precedente eccedano le somme riassegnate sul capitolo di spesa destinato a tali rimborsi, ai maggiori oneri si provvede mediante specifico vincolo a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per il biennio 2015-2016

Il comma 7 stabilisce che il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione di quanto previsto ai precedenti commi 5 e 6.

Con il comma 8 si prevede che le procedure per l'attuazione dei commi 3, 4 e 5 saranno definite con provvedimenti del Ministero della Salute.

**Dall'articolo 9-undecies** non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, essendo le disposizioni unicamente volte a garantire, nel corso dell'esercizio, una regolare gestione di cassa delle risorse stanziare, allo scopo di evitare l'insorgenza, presso le regioni e gli altri enti interessati, di ulteriori oneri connessi alla carenza di liquidità.

A legislazione vigente, infatti, sono stabilite norme per garantire, nelle more del perfezionamento dei procedimenti sottostanti al riparto del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la corrente erogazione delle risorse in favore delle regioni. Tali disposizioni tuttavia non comprendono alcune componenti del finanziamento in oggetto destinate alle stesse regioni (in particolare quelle destinate a finanziare gli istituti zooprofilattici sperimentali e la medicina penitenziaria) e quelle destinate ad altri enti che accedono stabilmente al finanziamento in oggetto. Il comma 1 è diretto dunque ad introdurre, anche per tali fattispecie, un regime di erogazione anticipata a valere sul finanziamento di competenza dell'esercizio. La misura dell'erogazione è stabilita in un importo non superiore all'80% dell'ultimo valore disponibile in sede di riparto assentito in Conferenza Stato-regioni.

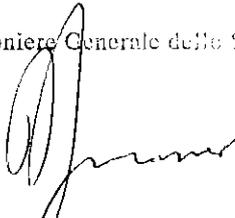
Il comma 2 stabilisce un regime di erogazione anticipata anche nei confronti delle università con riferimento al finanziamento della formazione dei medici specialisti e nelle more del perfezionamento del DPCM di assegnazione delle risorse. Anche in questo caso il livello dell'erogazione anticipata sul finanziamento di competenza dell'anno non può superare l'80% dell'ultimo riparto approvato con DPCM.

Il comma 3, a tutela della correttezza delle erogazioni di competenza degli enti interessati dal presente articolo, autorizza, in sede di conguaglio, eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi.

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli  
articoli dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha  
avuto esito

POSITIVO       NEGATIVO

Il Ragioniere Generale dello Stato

  
11 LUG. 2015

Salute

17. LUG. 2015;c21:13

Ufficio Coordinamento Mag. Gen. 00847614406  
00647614406

NR. 549 1° P. 1



*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO  
ISPettorato Generale per la Finanza delle Pubbliche  
AMMINISTRAZIONI  
UFFICIO IX

Roma,

Prot. Nr. 57829  
Rif. Prot. Entrata Nr. 57556  
Allegati: 3  
Risposta a Nota del:



All' Ufficio del coordinamento  
legislativo SEDE  
All' Ufficio legislativo economia  
SEDE

**OGGETTO:** (AS 1977) - Disegno di legge di conversione in legge del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali - Norme manovra sanitaria

È stata esaminata la documentazione inviata dal Ministero della salute contenente norme, relazioni tecniche e relazioni illustrative concernenti:

- a) la manovra in materia sanitaria, attuativa delle Intese Stato-Regioni del 26 febbraio 2015 e del 2 luglio 2015;
- b) ulteriori interventi diretti a potenziare le misure di sorveglianza dei livelli dei controlli di profilassi internazionali del Ministero della salute e a predisporre un programma straordinario per il Giubileo;
- c) l'introduzione di misure dirette a favorire la tempestività dei pagamenti in ambito sanitario.

Al riguardo, con riferimento alle predette norme non si hanno osservazioni da formulare.

Con riferimento alla relazione tecnica, si prende atto che la stessa è correttamente riferita non solo alle disposizioni emendative sopra citate, ma anche agli ulteriori impegni di razionalizzazione della spesa condivisi tra Governo e Regioni con le citate Intese del 26 febbraio e 2 luglio 2015, esplicitamente richiamate all'art. 9-bis.

Come evidenziato nella relazione tecnica, sono previsti puntuali interventi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria a cui sono associati i risparmi come indicati nella relativa tabella di sintesi. Tali effetti per l'anno 2015 potrebbero essere condizionati dai tempi di entrata in vigore delle disposizioni.

In ogni caso, come riportato nella stessa relazione tecnica, a salvaguardia del pieno conseguimento degli effetti finanziari della manovra sui saldi di finanza pubblica, l'articolo 9-septies, comma 2, dispone che le Regioni possano comunque conseguire il risparmio previsto anche adottando misure alternative rispetto a quelle condivise nell'Intesa, introducendo flessibilità nell'adozione delle misure indicate e nel conseguimento dei correlati risparmi di spesa, nell'ambito dei processi di efficientamento già in essere o programmati dalle singole Regioni, fermo restando il conseguimento dell'equilibrio economico dei bilanci sanitari. In merito a tale aspetto, vale evidenziare i seguenti ulteriori elementi di valutazione, esplicitati nella relazione tecnica:

- l'importo della manovra in ambito sanitario, pari a 2.352 milioni di euro annui, è stato individuato autonomamente dalle Regioni, con Intesa del 26 febbraio 2015 e, nella successiva Intesa del 2 luglio scorso, le stesse Regioni hanno dichiarato di aver già posto in essere azioni di efficientamento della dinamica della spesa a partire dalla data dell'Intesa del 26 febbraio;
- l'apparato premiale e sanzionatorio introdotto negli anni in ambito sanitario, fortemente penalizzante per le Regioni che non conseguano l'equilibrio nel settore (incremento automatico delle aliquote fiscali, blocco del turn-over, divieto per la regione di effettuare spese non obbligatorie, obbligo della predisposizione di un Piano di rientro) incentiva le Regioni a porre in essere tutte le azioni necessarie al conseguimento dei risparmi previsti, anche ricorrendo alle misure alternative sopra richiamate.

Con riferimento all'articolo 9-septies, si evidenzia che il medesimo è stato integrato con il seguente comma 4 finalizzato a rimodulare il contributo alla finanza pubblica richiesto alla Regione Friuli Venezia Giulia dalla legge di stabilità 2015 in considerazione della riduzione del finanziamento del SSN. Sono state integrate anche le relazioni illustrativa e tecnica.

*"4. Al fine di tener conto degli effetti prodotti dall'applicazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 e successive modifiche e integrazioni, sul patto di stabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, il contributo di cui all'art. 1, commi*

*400 e 401 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 è rideterminato, per la regione Friuli Venezia Giulia in 38.168,24 migliaia di euro in termini di indebitamento netto."*

Quanto sopra premesso, si restituisce l'emendamento in esame debitamente bollinato e corredato di relazione tecnica positivamente verificata.

Il Ragioniere Generale dello Stato

