**Legislatura 17ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 286 del 29/10/2015**

**IGIENE E SANITA'    (12ª)**

GIOVEDÌ 29 OTTOBRE 2015

**286ª Seduta**

*Presidenza della Presidente*

[DE BIASI](http://www.senato.it/loc/link.asp?leg=17&tipodoc=sanasen&id=22917)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.*

*La seduta inizia alle ore 14.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

[**(2112)**](http://www.senato.it/loc/link.asp?leg=17&tipodoc=sddliter&id=46120) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018***

-        **(Tab. 14)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018

  [**(2111)**](http://www.senato.it/loc/link.asp?leg=17&tipodoc=sddliter&id=46119) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)***

(Rapporto alla 5a Commissione. Esame congiunto e rinvio)

La [PRESIDENTE](http://www.senato.it/loc/link.asp?leg=17&tipodoc=sanasen&id=22917) rivolge, anzitutto, un saluto e un ringraziamento al sottosegretario alla salute De Filippo, sottolineando che questi rappresenta quest'oggi il Governo in sostituzione del ministro Beatrice Lorenzin, impossibilitata a partecipare ai lavori della Commissione a causa di concomitanti e indifferibili impegni istituzionali.

Cede, quindi, la parola al Relatore.

Il relatore [BIANCO](http://www.senato.it/loc/link.asp?leg=17&tipodoc=sanasen&id=29047) (*PD*), riguardo allo stato di previsione del Ministero della salute, rileva che il disegno di legge di bilancio conferma, complessivamente, il livello tendenziale di spesa a legislazione vigente.

Passa quindi a riferire sulle parti di competenza della Commissione del disegno di legge di stabilità.

Il comma 14 dell'articolo 4 pone il divieto per le regioni e gli enti locali di deliberare aumenti dei tributi ovvero delle addizionali (ad essi attribuiti con norme legislative statali) rispetto alle aliquote deliberate (entro la data del 30 luglio 2015) per l'esercizio 2015. Tuttavia, il medesimo comma stabilisce che continuano ad operare, in deroga a tale divieto, alcune norme, tra le quali quelle relative alle regioni sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario e che non rispettino gli obiettivi previsti.

La lettera *a)* dell'articolo 12, comma 8, modifica le nozioni di alcuni valori, somme e servizi percepiti o goduti dal dipendente ed esclusi dall'imposizione IRPEF ai sensi dell'articolo 51, comma 2 e comma 3, ultimo periodo, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, mentre la successiva lettera *b)* specifica, in generale, che (ai fini dell'esenzione in oggetto) l’erogazione di beni, prestazioni, opere e servizi da parte del datore di lavoro può avvenire mediante documenti di legittimazione, in formato cartaceo o elettronico, riportanti un valore nominale.

In particolare, mentre la novella di cui alla lettera *a)*, numero 1), opera una modifica esclusivamente formale, quella di cui al successivo numero 2) estende l'esenzione IRPEF per le somme, i servizi e le prestazioni (erogati dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti) per: la fruizione, da parte dei familiari, dei servizi di educazione e istruzione - compresi i servizi integrativi e di mensa ad essi connessi - anche se non inerenti alla frequenza degli asili nido (alla quale fa riferimento il testo vigente); per la frequenza di ludoteche e di centri estivi e invernali (a quest'ultimo riguardo, il testo vigente fa invece riferimento alle colonie climatiche). La novella di cui al numero 3)introduce l'esenzione per le somme e le prestazioni (erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti) per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti.

Il comma 5 dell'articolo 17 reca uno stanziamento aggiuntivo, pari a 57 milioni di euro per il 2016, 86 milioni per il 2017, 126 milioni per il 2018, 70 milioni per il 2019 e 90 milioni annui a decorrere dal 2020, per la formazione specialistica dei medici, al fine di aumentare il numero dei relativi contratti.

In proposito, il Relatore ricorda che questi ultimi sono stipulati dai medici specializzandi con l'università ove abbia sede la scuola di specializzazione, e con la regione nel cui territorio abbiano sede le aziende sanitarie le cui strutture siano parte prevalente della rete formativa della scuola di specializzazione.

I commi da 1 a 3 dell'articolo 24istituiscono un Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con una dotazione pari a 600 milioni di euro per il 2016 e a 1.000 milioni annui a decorrere dal 2017, ai fini dell'attuazione di piani nazionali triennali in materia. In particolare, le risorse sono destinate per il 2016 alle finalità indicate al comma 2 e per gli anni successivi alla copertura finanziaria di uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa in materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito e assegni di natura assistenziale, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali (comma 3). Il comma 4 dispone un incremento, pari a 54 milioni di euro annui, a decorrere dal 2016, della dotazione del Fondo per la cosiddetta carta acquisti ordinaria.

I commi da 6 a 9 dello stesso articolo 24 istituiscono un Fondo sperimentale per il contrasto della povertà educativa, alimentato da versamenti effettuati dalle fondazioni bancarie. A queste ultime è riconosciuto un credito d’imposta, pari al 75 per cento di quanto versato, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, le quali sono pari a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018. La definizione delle modalità degli interventi del Fondo è demandata ad un protocollo d’intesa tra le fondazioni, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero dell’economia e delle finanze e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Il comma 1 dell'articolo 25istituisce un Fondo, con una dotazione di 90 milioni di euro annui a decorrere dal 2016, destinato al finanziamento di misure per il sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado. Le modalità di impiego del Fondo sono definite con decreto di natura non regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Al riguardo, il Relatoreosserva che il comma non specifica quali siano i Ministri competenti per l'emanazione del decreto.

Il comma 2 dell'articolo 25 incrementa, nella misura di 150 milioni di euro annui, a decorrere dal 2016, la dotazione del Fondo per le non autosufficienze. L'incremento è destinato anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). I commi da 3 a 5 separano le risorse per le adozioni internazionali dal Fondo per le politiche della famiglia, lasciando immutato il livello complessivo delle risorse già stabilite a legislazione vigente.

Ai sensi del comma 3 dell'articolo 27, per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 sono posti a carico dei rispettivi bilanci. I criteri di determinazione degli oneri sono stabiliti secondo la procedura definita dal medesimo comma. Il successivo comma 4 estende tali previsioni al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Le norme di proroga e finanziarie di cui ai commi 5 e 6dello stesso articolo 27 consentono l'impiego, fino al 31 dicembre 2016, di un contingente pari a 4.800 unità di personale delle Forze armate, limitatamente ai servizi di vigilanza a siti ed obiettivi sensibili, tra cui le zone comprese nella cosiddetta "terra dei fuochi".

Con riferimento a quest'ultima, il successivo comma 7 istituisce un fondo, con una dotazione pari a 150 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017, destinato ad interventi (individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) di carattere economico, sociale e ambientale.

I commi da 1 a 16 dell'articolo 30concernono la pubblicazione dei bilanci di esercizio degli enti del Servizio sanitario nazionale e l'attivazione, da parte dei medesimi enti, di un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità (commi 2 e 3), introducono l'obbligo di adozione e di attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedialiere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici che presentino un determinato disavanzo o un mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (commi da 4 a 14) e prevedono un'estensione dell'istituto del piano di rientro, a decorrere dal 2017, alle aziende sanitarie locali ed ai relativi presìdi ospedalieri (commi 15 e 16).

In particolare, il comma 1 specifica che le procedure definite dall' articolo sono intese a conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 2 prevede che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere o ospedialiere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici espongano integralmente sul proprio sito internet il bilancio d'esercizio entro 60 giorni dalla data dell'approvazione ed attivino un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità (in raccordo con l'omologo sistema di monitoraggio della regione e con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti*.*Resta fermo (ai sensi dell'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e degli articoli 8, 11 e 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni) che i bilanci in oggetto sono pubblicati anche sul sito della regione e che tale obbligo riguarda anche l'eventuale "gestione sanitaria accentrata" (qualora le regioni gestiscano direttamente una quota del finanziamento del Servizio sanitario).

Il comma 3 specifica che il mancato rispetto delle disposizioni di cui comma 2 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa per il direttore generale e per il responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Riguardo a quest'ultima figura - osserva il Relatore - potrebbe essere opportuno chiarire se si faccia riferimento anche all'obbligo di pubblicazione relativo all'eventuale "gestione sanitaria accentrata", in quanto anche tale obbligo è oggetto del precedente comma 2 (in virtù del richiamo all'articolo 19, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118).

I commi da 4 a 14 introducono l'obbligo di adozione e di attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedialiere-universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e gli altri enti pubblici che eroghino prestazioni di ricovero e cura, qualora presentino un determinato disavanzo o un mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Sono esclusi dall'ambito di tali commi le aziende sanitarie locali ed i relativi presìdi ospedalieri; per essi, i successivi commi 16 e 17 prevedono un'estensione dell'istituto del piano di rientro a decorrere dal 2017.

L'individuazione degli enti che rientrino in almeno una delle suddette fattispecie è operata, per il 2016, entro il 31 marzo e, successivamente, entro il 30 giugno di ogni anno da parte della regione, con provvedimento della Giunta regionale o del commissario *ad acta* (ove presente) (commi 4 e 5). Riguardo alla prima fattispecie, si fa riferimento (comma 4, lettera *a)*) alla sussistenza di un disavanzo tra i costi ed i ricavi (derivanti dalla remunerazione delle attività da parte del Servizio sanitario regionale) pari o superiore al 10 per cento dei medesimi ricavi o pari, in valore assoluto, ad almeno 10 milioni di euro. Il comma 6 demanda ad un decreto del Ministro della salute, da emanarsi, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, entro 30 giorni dall’entrata in vigore della presente legge, la definizione: della metodologia di valutazione del disavanzo in oggetto; degli àmbiti assistenziali e dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure; delle linee guida per la predisposizione dei relativi piani di rientro.

Il comma 7 demanda ad un altro decreto del Ministro della salute, da emanarsi di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, la rideterminazione degli schemi di contabilità (per gli enti del Servizio sanitario nazionale), al fine di dare evidenza e trasparenza ai costi e ricavi summenzionati.

Il piano di rientro (comma 8) deve essere presentato alla regione, da parte dell'ente interessato, entro i 90 giorni successivi all’emanazione del suddetto provvedimento regionale di individuazione degli enti e riguardare un periodo di tempo non superiore al triennio, con la definizione delle misure idonee al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e/o (a seconda dei casi) al miglioramento della qualità delle cure e all’adeguamento dell’offerta.

Il piano è approvato dalla Regione secondo le procedure di cui ai commi 9, 10 e 11 e previa una valutazione positiva circa l'adeguatezza delle misure proposte, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale (ovvero, ove presente, con il piano di rientro regionale dal disavanzo sanitario) e con le linee guida nazionali summenzionate.

In base al comma 11, la Regione, in caso di individuazione di enti che ricadano in almeno una delle due fattispecie determinanti l'obbligo di un piano di rientro, è tenuta ad istituire - qualora non sia già presente - una "gestione sanitaria accentrata" (con la quale gestisca direttamente una quota del finanziamento del Servizio sanitario) e ad iscrivere nel bilancio della medesima, al fine di garantire l'equilibrio complessivo del Servizio sanitario regionale, una quota del fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro.

Il Relatore osserva che potrebbe essere opportuno chiarire se, come sembra, almeno letteralmente, in base al richiamo dei precedenti commi 4 e 5, l'obbligo in esame riguardi anche i casi in cui gli enti individuati ricadano esclusivamente nella fattispecie di mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (in tale fattispecie, potrebbero, infatti, comunque sussistere scostamenti negativi, sia pure di importo inferiore ai parametri suddetti del 10 per cento e dei 10 milioni di euro).

Le quote delle risorse così iscritte nella "gestione sanitaria accentrata" possono essere erogate, a titolo di anticipazione, agli enti in oggetto, qualora le verifiche trimestrali - eseguite dalla regione o, ove presente, dal commissario ad *acta* - sull'attuazione del piano abbiano esito positivo (comma 13).

Il comma in esame, evidenzia il Relatore, non specifica tuttavia la misura delle singole quote erogabili.

In caso di verifica trimestrale negativa, la regione o il commissario ad *acta* adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell’ente.

Gli interventi contemplati dai medesimi piani sono vincolanti per gli enti interessati e le misure in essi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti amministrativi (già adottati dagli enti) in materia di programmazione e pianificazione aziendale (al fine di renderli coerenti con i contenuti dei piani) (comma 12).

I contratti (ivi compresi quelli in essere) dei direttori generali devono prevedere la decadenza automatica per il caso di mancata presentazione del piano di rientro da parte dell’ente interessato e per il caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano (comma 14).

I commi 15 e 16 prevedono che le disposizioni di cui ai precedenti commi da 4 a 14si applichino, a decorrere dal 2017, anche alle aziende sanitarie locali e ai relativi presìdi ospedalieri, nonché agli altri enti pubblici (individuati da leggi regionali) che eroghino prestazioni di ricovero e cura, qualora presentino un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Si demanda a due decreti del Ministro della salute (da emanarsi secondo le procedure di cui al comma 16), rispettivamente, la definizione dei parametri quantitativi e degli altri elementi per l'individuazione, da parte delle Regioni, di queste ultime due fattispecie e gli aggiornamenti dei modelli di rilevazione dei costi dei presìdi ospedalieri delle aziende sanitarie locali.

Con il suddetto richiamo degli altri enti pubblici (individuati da leggi regionali), il comma 15 fa riferimento alle regioni in cui i presìdi ospedalieri siano gestiti non dall'azienda sanitaria locale, ma da un ente sottostante.

Sotto il profilo letterale, sembrerebbe opportuno - osserva il Relatore - estendere il riferimento, sia nel comma 15 sia nel comma 16, ai presidi ospedalieri di tali enti.

Alcuni commi dell'articolo 30 fanno riferimento specifico, per le determinazioni da parte della regione, alla Giunta regionale (o al commissario *ad acta*).

Il Relatore osserva che, al riguardo, occorre valutare se tale riferimento debba essere sostituito con uno generico alla Regione (oltre che al commissario *ad acta*), considerato che, in base alla giurisprudenza della Corte costituzionale, l'individuazione dell’organo regionale titolare di una funzione amministrativa rientra nella normativa di dettaglio attinente all'organizzazione interna della Regione (ed appartiene quindi alla potestà legislativa regionale).

I successivi commi 17 e 18 prevedono che in alcune regioni si possano costituire aziende sanitarie uniche, risultanti dall’incorporazione delle aziende ospedaliere-universitarie nelle aziende sanitarie locali.

Al riguardo, si fa riferimento alle regioni o province autonome che, nel biennio 2014-2015, abbiano riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne abbiano avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti. Sono in ogni caso escluse le regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.

L'ipotesi delle aziende sanitarie uniche è posta sia al fine di perseguire una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca sia al fine di conseguire risparmi di spesa.

L'eventuale costituzione dell'azienda sanitaria unica è operata secondo modalità stabilite da un protocollo di intesa tra la regione e l'università interessata.

L'articolo 31riguarda i contratti di acquisti di beni e servizi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, le unità organizzative di valutazione delle tecnologie e la valutazione multidimensionale dei dispositivi medici.

I commi 1 e 2 prevedono che, per gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, i contratti di acquisti di beni e servizi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, siano stipulati tramite la Consip S.p.A. o la centrale regionale di committenza ovvero (qualora quest'ultima non sia disponibile o operativa) tramite un'altra centrale di committenza (individuata dalla medesima centrale regionale di riferimento).

Le norme in esame costituiscono una modifica implicita, per gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, limitatamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, delle norme vigenti.

Queste ultime impongono, per le amministrazioni statali e per le altre pubbliche amministrazioni ivi richiamate (tra cui gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale), il ricorso alla Consip S.p.A. o alle centrali di committenza per le categorie di beni e di servizi ed oltre le soglie di importo individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentita l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Le nuove norme demandano al suddetto decreto l'individuazione di tutte le categorie merceologiche del settore sanitario e non fanno riferimento a soglie di importo.

Per le fattispecie residue, resta vigente la disciplina relativa ai prezzi di riferimento per gli acquisti da parte dei medesimi enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 2 specifica che la violazione degli adempimenti stabiliti dal medesimo comma (relativo alla summenzionata ipotesi di ricorso ad un'altra centrale di committenza) costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.

In proposito, il Relatore segnala che occorrerebbe chiarire se si intenda far riferimento, come sembrerebbe al di là della formulazione letterale, anche agli adempimenti di cui al precedente comma 1.

Il comma 3 dispone che i singoli contratti, relativi alle categorie merceologiche del settore sanitario individuate dal suddetto decreto, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possano essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla Consip S.p.A. o dalla centrale di committenza. Le proroghe definite in violazione di tale divieto sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e causa di responsabilità amministrativa.

Ad avviso del Relatore, occorrerebbe valutare se sia opportuno che il comma 3 faccia riferimento anche alle ipotesi di contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore del disegni di legge in esame e prima dell'individuazione della relativa categoria merceologica del settore sanitario.

Ai sensi del comma 4, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del disegno di legge in esame, le regioni e le province autonome adottano provvedimenti intesi a garantire che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale.

Il comma 5 demanda alla cabina di regia (istituita con D.M. 12 marzo 2015) in materia di *Health Technology Assessment* dei dispositivi medici lo svolgimento di alcune funzioni in materia di valutazione multidimensionale dei dispositivi medici nonché di promozione dell'impiego degli esiti delle medesime valutazioni da parte delle regioni e delle aziende sanitarie, per le relative decisioni sull'adozione dei dispositivi o sul disinvestimento.

I commi da 1 a 12 dell'articolo 32concernono la revisione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. In merito, si prevede un incremento di spesa non superiore a 800 milioni di euro annui per la prima revisione, si definiscono nuove norme procedurali, anche a regime, e si istituisce una Commissione nazionale per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale. Le novelle di cui al successivo comma 13 modificano la composizione del Comitato tecnico-sanitario del Ministero della salute (Comitato che ha assorbito alcuni organi collegiali ed organismi del suddetto Ministero, tra cui la previgente Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza).

In particolare, il comma 1 prevede che la revisione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (i quali individuano le prestazioni ed i servizi che devono essere garantiti dal Servizio sanitario nazionale, gratuitamente o con partecipazione della spesa a carico dell'assistito) determini un incremento di spesa non superiore a 800 milioni di euro annui e pone il termine, per la medesima revisione, di 60 giorni (decorrenti dall'entrata in vigore della presente legge).

Ai sensi del comma 3, per il 2016, l'erogazione di una quota, pari a 800 milioni di euro, della quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (cioè, della quota non vincolata al perseguimento di specifici obiettivi di carattere prioritario) è subordinata all'adozione del provvedimento di revisione. La relazione tecnica allegata al disegno di legge in esame specifica che tale disposizione è intesa a "rendere stringente" il processo di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

I commi 2 e 7 contemplano, anche a regime, due possibili procedure di revisione (una novella di coordinamento in materia è posta dal successivo comma 12). La prima procedura, stabilita dal comma 2, conferma quella stabilita dall'art. 5 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, con la sola eccezione della soppressione del parere delle Commissioni parlamentari competenti (il citato articolo 5 è abrogato dal comma 2 in oggetto). La seconda, posta dal comma 7, concerne le ipotesi di aggiornamento dei livelli essenziali che non determinino ulteriori oneri a carico della finanza pubblica e che modifichino esclusivamente gli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero individuino misure intese ad incrementare l’appropriatezza dell'erogazione delle medesime prestazioni. In questa seconda procedura, il provvedimento finale è costituito da un decreto del Ministro della salute (anziché da un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome esprime un parere sullo schema di decreto (mentre la prima procedura richiede un'intesa nella suddetta sede della Conferenza).

Il comma 2 abroga anche la parte del citato art. 5 del decreto-legge n. 158 che pone, per la revisione dei livelli essenziali: un prioritario riferimento alla "riformulazione" dell'elenco delle malattie croniche e di quelle rare; uno specifico riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia.Viene abrogato, inoltre, il comma 2-*bis* del medesimo articolo 5 deldecreto-legge n. 158, comma concernente l'aggiornamento del nomenclatore tariffario per le prestazioni di assistenza protesica (erogabili nell'àmbito del Servizio sanitario nazionale).

I commi 4, 8, 9 e 10 prevedono l'istituzione di una Commissione nazionale per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale e recano le relative norme organizzative. Le attività della Commissione sono disciplinate dai commi 5 e 6; quest'ultimo prevede che la Commissione formuli annualmente una proposta di aggiornamento dei livelli essenziali. Per tali attività, il comma 11 autorizza la spesa di 1 milione di euro annui.

In proposito, il Relatore ricorda che la previgente Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è stata accorpata, insieme con altri organi collegiali ed organismi del Ministero della salute, nel Comitato tecnico-sanitario (del medesimo Dicastero), ai sensi del regolamento di cui al D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44.

In relazione all'istituzione della nuova Commissione, le novelle di cui al successivo comma 13 modificano la composizione del Comitato tecnico-sanitario. I relativi membri designati dal Ministro della salute vengono ridotti da 62 a 59, quelli designati dal Ministro dell'economia e della finanze da 4 a 2, quelli designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome da 39 a 34 (mentre resta immutato il numero dei membri designati dagli altri soggetti).

Il Relatore osserva che occorrerebbe definire esplicitamente i profili transitori relativi alla riduzione disposta dal comma in esame.

Il comma 14 dispone una riduzione, per il 2016, del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, in misura pari a 2.097 milioni di euro, stabilendo il nuovo ammontare complessivo in 111.000 milioni di euro; tuttavia, il totale effettivo della riduzione per le regioni, come osserva la relazione tecnica allegata al disegno di legge, ammonta a 1.783 milioni, in quanto il secondo periodo dello stesso comma 14 stabilisce che la rideterminazione suddetta del livello di finanziamento non incide sugli obiettivi complessivi di finanza pubblica delle regioni a statuto speciale (riguardo a queste ultime, si ricorda che nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale rientrano soltanto il Friuli Venezia Giulia e la Sicilia).

Ai sensi dell'articolo 34, comma 1,le regioni e le province autonome assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di curo per il 2017 e a 5.480 milioni per ciascuno degli anni 2018 e 2019, per gli àmbiti di spesa (tra cui, eventualmente, anche quella sanitaria corrente) e per gli importi definiti secondo le procedure ivi stabilite; per le regioni a statuto ordinario, tale contributo, per il 2017 e il 2018, si aggiunge a quello già richiesto dalla legislazione vigente e pari a 4.202 milioni di euro per ciascuno dei due anni. Quest'ultima misura, sempre per le regioni a statuto ordinario, è estesa al 2019 dal successivocomma 2 (si ricorda che quest'ultimo contributo, nella medesima misura di 4.202 milioni, è previsto dalla legislazione vigente anche per il 2016, nonché per il corrente anno 2015).

La relazione tecnica allegata al disegno di legge osserva che gli importi del nuovo contributo di cui al comma 1 inglobano gli effetti dell’attuazione delle norme (di cui all'articolo 28del presente disegno di legge) in materia di acquisto di beni e servizi in forma centralizzata da parte delle pubbliche amministrazioni.

Il comma 4 dello stesso articolo 34 attribuisce alle regioni a statuto ordinario un contributo di complessivi 1.300 milioni di euro, per il 2016, da impiegare ai fini della riduzione del debito (la somma è ripartita fra ciascuna regione secondo gli importi di cui all'allegato n. 5).

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 42, al fine esclusivo dell'attuazione del piano delle misure e delle attività di tutela ambientale e sanitaria dell'impresa in amministrazione straordinaria e, nei limiti delle disponibilità residue, per interventi intesi alla tutela della sicurezza e della salute, nonché al ripristino ed alla bonifica ambientale, il commissario dell'azienda siderurgica ILVA S.p.A. è autorizzato a contrarre, nel limite di 800 milioni di euro, finanziamenti assistiti da garanzia statale.

I commi 1 e 2 dell'articolo 43istituiscono, pressol'INAIL, un fondo con una dotazione di 45 milioni di euro per il 2016 e di 35 milioni annui a decorrere dal 2017, al fine di favorire il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e destinato a finanziare gli investimenti per l'acquisto o il noleggio con patto di acquisto di trattori agricoli o forestali o di altre macchine agricole e forestali, aventi le caratteristiche ivi stabilite. I criteri e le modalità per i benefìci sono determinati dall'Istituto con avviso pubblico, nel primo semestre di ogni anno.

In merito, la relazione illustrativa del disegno di legge segnala che si procederà ad un'apposita negoziazione con la Commissione europea, per la definizione di un regime di benefìci che vada oltre il tetto del *de minimis*.

Al finanziamento possono accedere le micro e le piccole imprese operanti nel settore della produzione agricola primaria dei prodotti agricoli.

Il successivo comma 4 abroga la norma che prevede, nei limiti di 20 milioni di euro annui, una riduzione, da parte dell'INAIL, in misura non superiore al 20 per cento, dei contributi dovuti per l'assicurazione dei lavoratori agricoli dipendenti dalle imprese con almeno 2 anni di attività e che possiedano determinati requisiti e condizioni, relativi alla sicurezza sul lavoro e alla regolarità dell'impiego.

Alla copertura finanziaria degli oneri derivanti dall'istituzione del fondo presso l'INAIL si fa fronte, ai sensi del comma 3, oltre che con le risorse rese disponibili dalla suddetta abrogazione, mediante l'impiego, nella misura di 25 milioni di euro per il 2016 e di 15 milioni annui a decorrere dal 2017, di una quota delle risorse programmate dall'INAIL per il finanziamento dei progetti di investimento e formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

L'articolo 49, comma 1, lettera *a)*, prevede che i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate a partire dal 1° gennaio 2016 siano inviati al Sistema Tessera Sanitaria anche da parte delle strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari e non accreditate. La successiva lettera *b)* dispone che i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possano consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie, acquisiti dal Sistema Tessera Sanitaria, mediante i servizi telematici messi a disposizione dal medesimo Sistema.

Il Relatore passa quindi a dare conto delle variazioni derivanti dagli elenchi e dalle tabelle del disegno di legge di stabilità.

In primo luogo, l'elenco n. 2 (allegato all'articolo 33, comma 1) definisce le riduzioni delle dotazioni di bilancio, in termini di competenza e di cassa, delle missioni e dei programmi degli stati di previsione ministeriali. Per il Dicastero della salute, la riduzione è pari, complessivamente, a 24,500 milioni di euro per il 2016, a 13,182 milioni per il 2017 ed a 9,592 milioni annui a decorrere dal 2018.

La tabella A reca, per il Ministero della salute, un accantonamento pari a circa 4,035 milioni di euro per il 2016 ed a circa 14.035 milioni annui a decorrere dal 2017 (mentre nel bilancio a legislazione vigente l'accantonamento per il Ministero della salute è pari a circa 2,035 milioni per il 2016 ed a circa 4,035 milioni annui a decorrere dal 2017). La relazione illustrativa specifica che l'accantonamento concerne la copertura finanziaria degli oneri relativi all'emergenza biologica a livello nazionale nonché l'adozione di altri interventi legislativi onerosi.

La tabella B conferma, per il Ministero della salute, la misura annua dell'accantonamento già stabilito a legislazione vigente (pari a 3 milioni di euro annui). La relazione illustrativa specifica che esso è inteso alla copertura di diversi interventi legislativi onerosi.

La tabella C reca le seguenti variazioni, rispetto alla legislazione vigente, per lo stato di previsione del Ministero della salute: una riduzione del fondo per la ricerca sanitaria, nella misura di circa 1,068 milioni di euro per il 2016, di 7,024 milioni per il 2017 e di 6,424 milioni annui a decorrere dal 2018; una riduzione del finanziamento dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nella misura di 100 migliaia di euro annui a decorrere dal 2016; una riduzione del finanziamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), nella misura di 1,1 milioni di euro annui per il 2016 ed il 2017 e di circa 1,314 milioni annui a decorrere dal 2018.

La tabella D reca le seguenti variazioni, rispetto alla legislazione vigente, per lo stato di previsione del Ministero della salute: una riduzione del finanziamento dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (INGM), nella misura di 200 migliaia di euro per il 2016, di 300 migliaia per il 2017 e di 200 migliaia annui a decorrere dal 2018; una riduzione del finanziamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, nella misura di 2 milioni di euro per il 2016, di circa 3,401 milioni per il 2017 e di 6 milioni annui a decorrere dal 2018; una riduzione del finanziamento per la retribuzione dei lavoratori dipendenti donatori di sangue e di emocomponenti per i quali si sia riscontrata l'inidoneità, limitatamente alla frazione di giornata necessaria all'accertamento della medesima inidoneità ed alle relative procedure (tale riduzione è pari a 100 migliaia di euro per il 2016, a 110 migliaia per il 2017 ed a 100 migliaia annui a decorrere dal 2018); una riduzione del finanziamento per le misure in materia di sorveglianza epidemiologica, con particolare riferimento all'encefalopatia spongiforme bovina, nella misura di circa 949,8 migliaia di euro per il 2016, di circa 2.049,8 migliaia per il 2017 e di circa 3.949,8 migliaia annui a decorrere dal 2018; una riduzione del finanziamento del Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali, nella misura di 500 migliaia di euro per il 2016, di 510 migliaia per il 2017 e di 500 migliaia annui a decorrere dal 2018; una riduzione del finanziamento per assunzioni a tempo indeterminato da parte degli Istituti zooprofilattici sperimentali, ai fini delle attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e sperimentazione, con particolare riferimento all'encefalopatia spongiforme bovina (tale riduzione è pari a circa 2,55 milioni di euro annui a decorrere dal 2016); una riduzione del fondo di parte corrente da ripartire nel corso dell'esercizio finanziario per le eventuali sopravvenute maggiori esigenze di spese inerenti allo stato di previsione del Ministero della salute (tale riduzione è pari a 53,0 migliaia di euro annui a decorrere dal 2016).

Infine, la tabella E riduce, per gli anni 2016 e 2017, nella misura, rispettivamente, di 600 e di 900 milioni di euro, le risorse per gli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica ed introduce un relativo stanziamento per gli anni 2018 e 2019, pari, rispettivamente, a 700 ed a 800 milioni.