

## **Disposizioni in materia di giochi**

- Si prevede una serie di divieti per la pubblicità del gioco. In particolare è vietata la pubblicità: che incoraggia il gioco eccessivo o incontrollato; che neghi i rischi del gioco; che presenti il gioco come un modo per risolvere i problemi finanziari; che induca a ritenere che la competenza del giocatore possa permettere di vincere sistematicamente; che si rivolga o faccia riferimento ai minori; che presenti l'astensione dal gioco come un valore negativo; che contenga dichiarazioni infondate sulle possibilità di vincita, che faccia riferimento al credito al consumo ai fini del gioco.
- Viene vietata la pubblicità dei giochi con vincita in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno, con esclusione dei media specializzati individuati con decreto ministeriale; sono previste sanzioni amministrative, irrogate dall'AGCOM, in caso di inosservanza dei suddetti divieti.
- Si prevede che il Ministero della salute, di concerto con il MIUR, predisponesse campagne di informazione e sensibilizzazione, in particolare nelle scuole, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, fornendo informazioni sui servizi disponibili per affrontare il problema della dipendenza dal gioco d'azzardo.
- Viene istituito, presso il Ministero della salute, il Fondo per il gioco d'azzardo patologico-GAP, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni, sentita la Conferenza Stato regioni e enti locali. Per la dotazione del fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.

## **Mobilità per prestazioni di alta specialità**

Nell'ambito del ddl di stabilità è stato presentato un emendamento che persegue le seguenti finalità:

- sostenere le prestazioni di alta specialità
- garantire il diritto di libera scelta del luogo di cura da parte dei cittadini.

Si prevede, infatti, che le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, ove destinate a cittadini non residenti nella regione di appartenenza della struttura, sono sottratte all'applicazione dei vincoli di risparmio economico

previsti dalla normativa vigente con riferimento all' acquisto, da parte del SSN, di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera da soggetti privati accreditati. In particolare, tale normativa prevede che per l'acquisto di tali prestazioni la spesa complessiva deve essere inferiore del 2% rispetto a quella del 2014. Questo limite, dunque, non si applicherà più per l'acquisto di prestazioni di alta specialità destinate a cittadini non residenti. In tal modo si tutela il diritto di libera scelta del luogo di cura da parte dei cittadini, che potranno avere più facile accesso alle prestazioni di alta specialità, erogate in strutture appartenenti a regioni diverse da quelle di residenza.

Le regioni dovranno comunque assicurare l'invarianza finanziaria, riducendo le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza.

### **Acquisizione di beni e servizi mediante centrali di committenza**

I commi 307-311 del disegno di legge di stabilità recano disposizioni per **rendere più efficiente il sistema di acquisizione di beni e servizi nel settore sanitario**, anche al fine di eliminare le differenze dei prezzi che spesso si registrano sul territorio nazionale, ancorché per l'acquisto degli stessi beni o servizi o di beni e servizi analoghi.

A tal fine, le norme prevedono **l'obbligo**, per gli enti del servizio sanitario nazionale, **di acquistare i beni e i servizi esclusivamente mediante le centrali regionali di committenza di riferimento**, oppure mediante CONSIP S.p.A.

Le disposizioni citate si applicano per **l'acquisto dei beni e servizi che rientrino nelle categorie merceologiche che saranno definite con apposito decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri**, su proposta del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sentita l'ANAC. Tale decreto deve essere adottato entro il 31 dicembre di ogni anno, e le categorie merceologiche da esso individuate dovranno basarsi sulle analisi di un apposito Tavolo dei c.d. soggetti aggregatori (cioè i soggetti, previsti dalla normativa vigente, che compiono acquisti centralizzati per una molteplicità di soggetti pubblici acquirenti).

Si prevede, inoltre, **che gli acquisti effettuati in violazione** di tali nuove procedure costituiscono **illecito disciplinare** e sono causa di **responsabilità per danno erariale**.

Si prevede, altresì, che **i contratti in essere** alla data di entrata in vigore della legge di stabilità, per l'acquisto dei beni e servizi delle predette categorie merceologiche, **non possono essere prorogati** oltre la data di attivazione dei contratti che saranno aggiudicati dalle centrali di committenza ai sensi delle nuove norme.

In definitiva, le disposizioni così introdotte mirano a realizzare, nel settore dell'acquisto di beni e servizi, economie di scala attraverso la centralizzazione degli acquisti, che incentiva la concorrenzialità tra i soggetti operanti nel mercato, nonché a garantire l'appropriatezza e la qualità dei beni e servizi acquistati, anche grazie *all'expertise* delle centrali di committenza, che sono soggetti specializzati, appunto, nelle procedure di acquisto.

Infine, le norme prevedono anche **la centralizzazione, a livello nazionale o regionale, dell'attività di valutazione tecnica multidimensionale dei Dispositivi medici**, che è un'attività molto importante in quanto finalizzata ad analizzare le implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di più dimensioni, quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

Le norme, dunque, prevedono che i singoli enti del servizio sanitario nazionale non possano più svolgere tale attività autonomamente, bensì ricorrendo a **strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale**, che dovranno comunque operare sotto il coordinamento e sulla base delle priorità individuate da una **Cabina di regia operante a livello nazionale**, già istituita con decreto del Ministro della salute del 12 marzo 2015, in attuazione del Patto per la salute.

### **Aggiornamento Livelli essenziali di assistenza**

**I commi 312-324** del disegno di legge di stabilità recano disposizioni per **l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.**

Tre sono gli scopi di tali disposizioni:

- a) rendere **stringente la tempistica** per il predetto aggiornamento; si prevede, infatti, che esso debba avvenire entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge di stabilità.
- b) **finalizzare** al citato aggiornamento, e in particolare agli oneri aggiuntivi che da esso derivano (in ragione dell'inserimento nei livelli essenziali di assistenza di nuove e più costose prestazioni), **le risorse necessarie**. Per il 2016, infatti, viene finalizzato, a tale scopo, **un importo, pari a 800 milioni di euro, della quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard;**
- d) introdurre **nuove e più snelle procedure, per garantire che l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza avvenga in**

**maniera periodica e costante.** Tali procedure, che possono essere utilizzate ove si verificano determinate condizioni previste dalla norma, hanno il fine di assicurare **il continuo e celere adeguamento delle prestazioni garantite dal SSN** ai mutevoli **bisogni dei cittadini**, all'evoluzione delle **conoscenze medico-scientifiche** e allo **sviluppo delle tecnologie**, nel rispetto del **principio di appropriatezza**.

Con riguardo alle **procedure**, in primo luogo viene istituita, presso il Ministero della salute, un'apposita Commissione, denominata "**Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN**", composta dal Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero e da **15 qualificati esperti**, con relativi supplenti, designati dal Ministro della salute, dall'ISS, da Agenas, da AIFA, dal Ministero dell'economia e delle finanze e dalla Conferenza Stato-Regioni. E' inoltre previsto che alla predetta Commissione possano partecipare rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle Società scientifiche e delle Federazioni dei Medici ed esperti competenti nelle materie trattate.

Alla predetta Commissione è affidato, in particolare, **il compito di formulare annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA**. In base ai contenuti di tale proposta, vengono poi distinte **due ipotesi**:

a) quando dalla proposta di aggiornamento derivino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si applica la procedura con cui, tradizionalmente, sono sempre stati definiti i livelli essenziali di assistenza: **decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni;

b) **se la proposta di aggiornamento non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica** e consiste esclusivamente nella modifica dell'elenco delle prestazioni erogabili dal SSN oppure nell'individuazione di misure finalizzate ad incrementarne l'appropriatezza, la procedura è più snella. L'aggiornamento è infatti effettuato, in tal caso, con **decreto del Ministro della**

**salute**, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

### **Piani di rientro Aziendali e costituzione di Aziende uniche**

I commi 289-306 del disegno di legge di stabilità dettano misure finalizzate al **risanamento degli enti del servizio sanitario nazionale** che presentino una o entrambe delle seguenti condizioni:

a) una situazione di **disequilibrio economico**;

b) un **non adeguato livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza**.

In tali casi, le norme citate prevedono l'obbligo, per l'ente interessato, di presentare alla regione, e conseguentemente di attuare, un **apposito piano di rientro aziendale**, di durata non superiore al triennio.

Le disposizione in questione, pertanto, si aggiungono alla normativa vigente sui piani di rientro "regionali", ed è, anzi, finalizzata a prevenire le situazioni che determinano tali piani. Esse, dunque, muovono da **una logica diametralmente opposta a quella dei "tagli lineari"**, facendo leva, invece, **su interventi "mirati"**, in grado di colpire, con interventi correttivi, solo gli enti che presentino effettivamente inefficienze e cattive gestioni, e garantendo che i **risparmi conseguentemente ottenuti restino nel settore della sanità**, migliorando la qualità complessiva.

Per le predette finalità, dunque, le norme in questione prevedono i seguenti passaggi:

- emanazione, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge di stabilità, di **un decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, finalizzato a definire i **parametri e la metodologia per accertare le predette condizioni di disequilibrio o di inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza**;
- **individuazione da parte delle regioni**, sulla base della metodologia e dei parametri definiti col decreto di cui al punto precedente, **degli enti del proprio servizio sanitario regionale che presentino le predette condizioni**;
- presentazione alla regione di riferimento, da parte degli enti così individuati, di **un piano di rientro aziendale**, di durata non superiore al triennio, che preveda le **misure necessarie per il raggiungimento dell'equilibrio economico e il miglioramento dell'offerta dei servizi per garantire i LEA**;

- **valutazione e approvazione del piano** da parte della regione;
- **verifica trimestrale**, da parte delle regioni, della realizzazione degli interventi previsti nei piani di rientro aziendale ed adozione delle eventuali misure correttive.

Al fine di rendere cogenti ed effettive le misure previste dai piani di rientro aziendali, peraltro, si prevede la **decadenza automatica dei direttori generali degli enti sottoposti a tali piani**, nel caso di **esito negativo delle verifiche**, da parte della regione, sull'attuazione dei piani stessi.

Le misure sopra descritte, ancorché con alcune differenze procedurali, si applicano sia alle regioni non in piano di rientro che a quelle in piano di rientro, eventualmente anche commissariate.

Inoltre, nel presupposto che la trasparenza può rappresentare uno strumento molto efficace per garantire la corretta gestione delle risorse, la norma prevede **l'obbligo**, per gli enti del servizio sanitario nazionale, di **pubblicare** nel proprio **sito internet il bilancio d'esercizio**, nonché **gli esiti del monitoraggio sulla qualità delle attività assistenziali erogate**.

Va infine specificato che, in sede di prima applicazione, le disposizioni illustrate, concernenti i piani di rientro aziendali, riguarderanno esclusivamente le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS. Solo a decorrere dal 2017, invece, esse troveranno applicazione anche alle ASL e ai loro presidi ospedalieri "a gestione diretta", in quanto per questi ultimi è necessaria l'individuazione di una più specifica e complessa metodologia, che verrà definita con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Il comma 306, infine, detta una disposizione volta ad incentivare **l'integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e quelle di ricerca e di didattica**, anche mediante processi di **accorpamento, nelle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie**.

A tal fine, si prevede che nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano (con esclusione delle regioni in piano di rientro), che nei due anni precedenti all'entrata in vigore della legge di stabilità abbiano realizzato o avviato processi di riorganizzazione dei propri servizi sanitari nazionali attraverso l'accorpamento di aziende sanitarie preesistenti, **la collaborazione tra il SSN e l'università possa realizzarsi, oltre che tramite le Aziende ospedaliero-universitarie**, dotate di personalità autonoma e già previste dalla normativa vigente, anche attraverso la **costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione di tali aziende ospedaliere-universitarie nelle aziende sanitarie locali**.

## **Finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2016**

**Il comma 325** del disegno di legge di stabilità ridetermina il livello del finanziamento del SSN, **per l'anno 2016, in 111 miliardi di euro**.

A tal riguardo, occorre evidenziare che la citata disposizione determina un incremento annuale del livello del finanziamento del SSN, rispetto al 2015, di oltre un miliardo di euro. Per tale anno, infatti, in conseguenza del taglio operato dal decreto-legge n. 78/2015, - che ha recepito, sul punto, le Intese Stato-Regioni del 26 febbraio 2015 e del 2 luglio 2015 - il livello del finanziamento del SSN era stato fissato in **109 miliardi e 710 milioni di euro**.

## **Gare per i sistemi informativi sanitari**

Con una norma proposta dal Ministro della salute ed approvata nella Legge di stabilità i bandi e capitolati delle gare per i servizi informatici dovranno contenere standard uniformi, così da realizzare l'effettiva interoperabilità di tutti gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò porrà fine all'esistenza di sistemi informativi diversificati, spesso anche tra le Aziende sanitarie della stessa regione, ed all'impossibilità che i sistemi interloquiscano tra loro e con il sistema informativo del Ministero della salute.

Ciò avverrà tramite l'approvazione di un apposito Accordo Stato - Regioni in CSR cui tutte le Regioni dovranno prestare attuazione.

ART. 1, comma 287. Per le finalità di cui al comma 279, al fine di consentire l'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti del Servizio sanitario nazionale e garantire omogeneità dei processi di approvvigionamento sul territorio nazionale, con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere dell'Agid e della Consip SpA, sono definiti criteri uniformi per gli acquisti di beni e servizi informatici e di connettività da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale.

## **Assunzione straordinaria di personale**

Una norma molto importante del disegno di legge di stabilità disciplina un'apposita procedura finalizzata all'assunzione straordinaria di personale nel Servizio sanitario nazionale e alla stabilizzazione del personale precario.

Scopo della norma è quello di consentire agli enti del SSN di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, mediante la disponibilità di congrue risorse umane (medici e infermieri), che rappresentano, ovviamente, la leva principale dello stesso SSN. Si prevede, pertanto, un'apposita procedura finalizzata, da un lato, all'assunzione straordinaria del predetto personale e, dall'altro, alla stabilizzazione del

personale precario, il quale, con grande spirito di abnegazione e grande professionalità e competenza, fornisce un contributo fondamentale per la qualità e il funzionamento delle strutture sanitarie.

La necessità di un tale intervento è dovuta anche alla circostanza che il 25 novembre scorso è entrata in vigore la norma che ha ripristinato, anche per il personale del comparto sanitario, la normativa europea in materia di orari di lavoro, che pone dei limiti massimi alla durata settimanale dell'orario di lavoro (comprensiva degli straordinari), nonché disposizioni specifiche sul riposo giornaliero. Ciò può comportare alcune criticità per le regioni, per la necessità di dover contestualmente garantire la continuità dei servizi.

La citata procedura si articola nelle seguenti fasi:

- definizione, da parte delle regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni, degli standard di personale per livello di assistenza;
- attuazione, da parte delle regioni medesime, delle norme statali in materia di riduzione dei posti letto ospedaliero accreditati e a carico del SSN;
- definizione, da parte delle regioni, di un piano di fabbisogno del personale, che tenga conto dei predetti provvedimenti;
- valutazione, da parte dei competenti organismi tecnici statali, dei provvedimenti di cui ai commi precedenti.

Qualora, all'esito di tali adempimenti da parte delle regioni, emergano criticità relative al fabbisogno di personale, le regioni stesse potranno indire, entro il 31 dicembre 2016, apposite procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico e infermieristico, necessario per far fronte alle predette criticità. Tali procedure dovranno concludersi entro il 31 dicembre 2017.

Nell'ambito delle predette procedure, inoltre, gli enti del SSN potranno riservare il 50% dei posti disponibili, alla stabilizzazione del personale medico e infermieristico precario, cioè il personale in servizio con contratti a tempo determinato, con co.co.co. o con altre forme di lavoro flessibile. Ai fini della stabilizzazione è necessario che tale personale abbia maturato almeno tre anni di servizio negli ultimi cinque anni.

In ogni caso, per far fronte alle eventuali esigenze immediate di personale, si prevede che all'esito dei richiamati adempimenti regionali, ove dovessero emergere le criticità di cui si è detto, gli enti del SSN potranno, nelle more della conclusione delle procedure concorsuali straordinarie, ricorrere a forme di lavoro flessibile. Ciò, comunque, sarà possibile solo per un periodo di tempo limitato, ovvero dal 1 gennaio 2016 al 31 luglio 2016, con possibilità di proroga fino al 31 ottobre 2016.

Le risorse finanziarie necessarie per le predette procedure di assunzione e di stabilizzazione del personale medico e infermieristico sono individuate nell'ambito dei risparmi che deriveranno dalle norme in materia sanitaria introdotte nel medesimo disegno di legge di stabilità. Si tratta, in particolare,

delle norme sulla centralizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi, sui piani di rientro aziendali e sul c.d. risk management