

Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 3 dicembre 2009:

VISTI gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht e le conseguenti norme che, in attuazione dei predetti obblighi, stabiliscono la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la procedura del commissario *ad acta* e qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

VISTO l'articolo 1, commi 98 e 107, della richiamata legge 311/2004 in materia di contenimento della spesa del personale;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1, commi 173 e 180 della legge 30 dicembre 2004, n. n. 311, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

VISTO l'articolo 8 della richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con la quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento

dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;

VISTO l'articolo 8, comma 5 della suddetta intesa che individua il valore soglia strutturale di carattere economico-finanziario del disavanzo, nella misura pari o superiore al 7 per cento, in base ai risultati del Tavolo tecnico degli adempimenti, prevedendo l'obbligatorietà, per le Regioni nelle quali si verifica, della stipula dell'accordo di cui al comma 3 del medesimo articolo 8, e quindi l'inclusione della stipula dell'accordo stesso fra gli adempimenti oggetto di verifica previsti dall'articolo 2 della suddetta intesa;

VISTO l'articolo 1, commi 198 e 203, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 in materia di contenimento della spesa del personale;

VISTO l'articolo 1, comma 274 della richiamata legge n. 266/2005, che stabilisce che, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:

a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con l'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali;

b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO l'articolo 1, comma 275 della medesima legge 266/2005, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;

VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ed in particolare l'articolo 4 in materia di commissari *ad acta* per le regioni sottoposte ai Piani di rientro che siano risultate inadempienti;

VISTO l'articolo 8, comma 1, lettera b) e comma 2 del decreto legge 31 dicembre 2007, n.248, convertito, con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2008, n.31, i quali prevedono la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni e che gli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni per conto del Servizio Sanitario nazionale, eventualmente sottoscritti per l'anno 2008 e seguenti, sono adeguati alla previsione normativa stabilita dal medesimo decreto legge entro trenta giorni dalla data della sua entrata in vigore ;

VISTO l'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n.102, che prevede:

- al comma 1 che, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, ai sensi delle disposizioni di cui all'**articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n. 296**, e successive modificazioni, e all'**articolo 3, comma 139, della legge 24 dicembre 2007, n. 244**, ed è determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso Ospedale, secondo le modalità di cui alla legge 18 maggio 1995, n. 187, che ha reso esecutivo l'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede, fatto nella Città del Vaticano il 15 febbraio 1995. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonché quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

- al comma 1-bis, che, per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da sottoscrivere entro il 15 ottobre 2009, che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 e dell'intesa Stato-regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, di cui al provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006, contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi, nonché al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale:

a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;

b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'**articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296**, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:

la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;

la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1;

l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa;

- al comma 1-ter, che qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 15 ottobre 2009 si applicano comunque l'articolo 120 della Costituzione, nonché le norme statali di attuazione e di applicazione dello stesso, e la legge 5 maggio 2009, n.42, in materia di federalismo fiscale; inoltre prevede che con la procedura di cui all'**articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311**, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b), del presente articolo.

VISTO l'articolo 79, comma 2, del suddetto decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, il quale dispone che, al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006- 2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, lettera a), è incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50, della legge 24 novembre 2003, n. 326.

VISTO l'articolo 61, comma 20, del richiamato decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, che dispone, ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato, di cui al all'articolo 79, comma 1, del medesimo decreto- legge 25 giugno 2008 n.112, di 400 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011;

VISTO l'articolo 1-ter, comma 17, della legge 3 agosto 2009, n.102 che prevede, in funzione degli effetti derivanti dall'attuazione del medesimo articolo 1-ter, che il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 67 milioni di euro per l'anno 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

CONSIDERATO che il Governo e le Regioni hanno sottoscritto un documento il 1° ottobre 2008 con il quale, tra l'altro, hanno concordato di definire il nuovo Patto per la salute con il quale stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli previsti dal Patto Europeo di stabilità e Crescita;

CONSIDERATO che la legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, prevede l'adozione, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dei decreti legislativi attuativi della stessa, di cui almeno uno entro dodici mesi; che prevede, tra l'altro, che il Governo nell'ambito del disegno di legge finanziaria, previo confronto nella sede della Conferenza Unificata, proponga con il *Patto di convergenza*, norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo, per i quali , in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza";

VISTO l'articolo 22, commi da 2 a 8, del decreto legge 1 luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102, che introduce disposizioni in materia sanitaria concernenti, tra l'altro: l'istituzione di un fondo destinato ad interventi nel settore sanitario; la rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale; le modalità e le procedure per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché il risanamento economico-finanziario nella Regione Calabria; le modalità di erogazione delle risorse alla struttura sanitaria indicata dall'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n.311;

VISTA la lettera in data 8 settembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha inviato la proposta di intesa sul Patto per la salute – biennio 2010-2011, che, in pari data, è stata diramata alle Regioni e alle Province autonome;

VISTO il documento, sottoscritto fra il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 23 ottobre 2009, avente ad oggetto "Sanità: Nuovo patto per la salute" avente quale riferimento temporale il periodo 2010-2012;

VISTA la lettera in data 20 novembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha inviato una nuova proposta di intesa recante "Nuovo Patto per la salute 2010-2012", che è stata diramata alle Regione e alla Province autonome in pari data;

VISTA la lettera in data 25 novembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso un nuovo schema dell'intesa indicata in oggetto, riformulato in esito alle riunioni intercorse nella giornata del 24 novembre 2009;

CONSIDERATO che il predetto nuovo schema è stato diramato alle Regioni e Province autonome con nota del 25 novembre 2009;

RILEVATO che, il punto iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 26 novembre 2009 è stato rinviato;

VISTA la lettera in data 27 novembre 2009 della Conferenza delle Regioni e Province autonome concernente un documento nel quale risultano evidenziate le richieste emendative delle Regioni e delle Province autonome medesime in ordine al predetto nuovo schema di intesa;

CONSIDERATO che il predetto documento è stato portato a conoscenza del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con nota in data 27 novembre 2009;

VISTA la lettera in data 3 dicembre 2009 con la quale è stato diramato alle Regioni e alle Province autonome un nuovo schema dell'intesa in oggetto elaborato a seguito della riunione svoltasi nella giornata del 2 dicembre 2009;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta e come risulta dal verbale della seduta medesima, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sul testo della presente intesa;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati:

Articolo 1
(Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali)

1. Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia e per tenere conto delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica, il livello standard complessivo del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato è definito come di seguito indicato. Le regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

2. Lo Stato si impegna ad assicurare in relazione al livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011 -di cui agli articoli 61 e 79 del decreto-legge 112/2008 e all'articolo 1-ter della legge 3 agosto 2009, n. 102, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro di cui all'articolo 22, comma 2 del DL 78/2009 e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6 del citato DL 78/2009 e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria, di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244-, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011.

3. Per l'anno 2012 lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto all'anno 2011 del 2,8%.

4. A tali risorse aggiuntive concorrono:

- a) il riconoscimento con riferimento alla competenza 2010 di incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale con economie pari a 466 milioni di euro annui;
- b) il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011;
- c) le ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 dirette ad assicurare l'intero importo delle predette risorse aggiuntive.

5. Lo Stato si impegna inoltre ad adottare nel corso del 2010 ulteriori misure dirette a garantire un ulteriore finanziamento qualora al personale dipendente e convenzionato del SSN vengano riconosciuti con riferimento alla competenza 2010 incrementi da rinnovo contrattuale superiori a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

6. Si conviene che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse.

7. Le risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei

livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani.

8. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279, della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.

9. Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziare per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro.

Articolo 2

(Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa)

Le Regioni convengono sulla opportunità di confrontarsi, ai fini di un'autovalutazione regionale e dell'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali in seno alla struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, come specificati nel comma 2, rapportati agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlati a valutazioni sull'erogazione dei LEA, avvalendosi anche dell'AGENAS. Governo e Regioni convengono che settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

2. Costituiscono indicatori di efficienza ed appropriatezza le seguenti grandezze:

- a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale (allegato 1);
- b) indicatori sui costi medi (allegato 2);
- c) standard dei posti letto ospedalieri, come definito dalla vigente legislazione e dalla presente Intesa;
- d) standard del tasso di ospedalizzazione;
- e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale), superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza ;

f) standard della numerosità del personale:

1) con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;

2) con riferimento alle aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;

g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;

h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (Allegato 3).

3. Ai fini del calcolo degli indicatori di cui al comma 2 si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base a criteri stabiliti con intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da stipulare in sede di Conferenza Stato -Regioni con il supporto della struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2.

4. Gli esiti del confronto di cui al comma 1) non costituiscono vincolo per l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, e per la valutazione degli adempimenti regionali previsti dalla normativa vigente. Gli stessi sono messi a disposizione della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale di cui all'articolo 4 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Articolo 3 **(Organismi di monitoraggio)**

1. Sono confermate le funzioni, previste dall'ordinamento vigente, del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, in materia delle verifiche trimestrali e annuali degli adempimenti regionali e dell'attuazione dei Piani di rientro.

2. Per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 2, comma 1, all'articolo 4, comma 2, all'articolo 13, comma 4 e all'articolo 14, comma 2, è istituita, quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni, la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica, come di seguito composta:

- a) sei rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Dipartimento per gli Affari regionali;
- b) sei rappresentanti delle regioni di cui tre di competenza di tipo economico e tre di competenza sanitaria;
- c) un rappresentante della Segreteria della Conferenza delle Regioni e Province autonome ed un rappresentante della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni.

3. Le designazione dei componenti della Struttura tecnica di monitoraggio sono acquisite in sede di Conferenza Stato-Regioni.

4. La Struttura tecnica di monitoraggio è presieduta da un ulteriore componente, scelto d'intesa fra lo Stato e le Regioni e si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA. I tavoli tecnici di cui al presente articolo si dotano di regolamenti che ne disciplinano il funzionamento dei lavori, sulla base di criteri di trasparenza e di simmetria informativa. L'attività ed il funzionamento sono disciplinati da regolamenti approvati in sede di Conferenza Stato Regioni. Per i tavoli di cui al comma 1 i regolamenti si applicano a decorrere dalle verifiche degli adempimenti di competenza dell'esercizio 2010; nelle more dell'approvazione dei nuovi regolamenti continuano ad applicarsi quelli vigenti.

Articolo 4

(Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale)

1. In relazione alla necessità di garantire il coordinamento della funzione di governo della spesa, per il periodo 2010-2012, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, costituiscono adempimento regionale i seguenti:

- a) gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente;
- b) gli adempimenti derivanti dagli Accordi e dalle Intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza indicati annualmente dal Comitato permanente per la verifica dei LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui rispettivamente agli articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (d'ora in poi rispettivamente Comitato LEA e Tavolo di verifica);
- c) le regioni e le province autonome si impegnano ad inviare al Comitato LEA entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto;
- d) le regioni e le province autonome assolvono agli altri adempimenti previsti dalla presente Intesa.

2. La Struttura tecnica di monitoraggio provvede all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali, anche promuovendo le eventuali necessarie modifiche normative.

Articolo 5

(Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 in materia di copertura del disavanzo sanitario, al fine dell'efficientamento del sistema sanitario e al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non

dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale, le Regioni e le Province autonome, nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua tenendo conto dei trend stagionali, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, ovvero di livello inferiore qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20 per cento dello squilibrio stimato:

- a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);
 - b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
 - c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.
2. Le misure di cui al presente articolo sono oggetto di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e gli esiti sono comunicati alla Struttura di monitoraggio.

Articolo 6

(Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.

2. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasessantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.

3. Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4.

4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni.

5. In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.

Articolo 7 (Accreditamento e remunerazione)

1. Si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati.

2. Si conviene sulla necessità di prorogare al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale.

3. Nelle more della revisione normativa, per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con intesa Stato Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, vengono definiti gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.

Articolo 8 (Assistenza farmaceutica e dispositivi medici)

1. Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'AIFA ed uno dell'AGENAS che formuli una organica proposta, entro 30 giorni, sulla base dei seguenti principi, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica:

- a) definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;

- b) garantire da parte dell'AIFA la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa;
- c) revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci off label;
- d) monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati.

2. Si conviene di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, AIFA, AGENAS, ISS) valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA. E' altresì costituito a livello nazionale apposito tavolo di lavoro con la partecipazione delle Regioni, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle Agenzie nazionali (AIFA, AGENAS e ISS) con il compito di:

- a) definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
- b) individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto;
- c) proporre un'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da approvarsi, in sede di Conferenza Stato- Regioni, entro il 31 dicembre 2010.

Articolo 9

(Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti)

1. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

- a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;
- b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali . La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati;
- c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

Articolo 10 (Monitoraggio e verifica dei LEA)

1. Si conviene, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nell'ambito di quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del presente patto, di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.

2. Si conviene di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che, annualmente aggiornato dallo stesso Comitato, incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti.

3. Si conviene di monitorare l'andamento dei Livelli Essenziali di Assistenza in relazione alla definizione dei costi standard in attuazione del federalismo fiscale.

Articolo 11

(Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività)

1. In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

- a) le regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011;
- b) le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;
- c) le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;
- d) le regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.

2. L'accertamento di cui al comma 1 è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanarsi entro il 31 marzo 2010, in attuazione dell'articolo 1, comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, concernente i

criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle predette aziende del servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.

4. Quanto previsto dai commi 1 e 2 del presente articolo costituisce adempimento delle regioni ai sensi dell'articolo 4.

Articolo 12 **(Personale del servizio sanitario regionale)**

1. Ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, Stato e Regioni concordano che i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:

- a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
- b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.

2. I protocolli di intesa Università – Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui al comma 1 sono da adeguarsi. In caso di mancato adeguamento eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università.

3. Agli adempimenti recati dal presente articolo le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010, le altre regioni entro il 31 dicembre 2010

4. Ai fini della verifica degli adempimenti recati dal presente articolo, la regione è valutata adempiente se è accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi. In caso contrario è valutata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Articolo 13 (Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario)

1. Per le regioni che risultano in disequilibrio economico si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

2. All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e per gli effetti dell' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre le vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del turn-over del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli; le modalità di verifica del presente adempimento sono definite nell'ambito del regolamento di cui all'articolo 3, comma 4, della presente Intesa.

3. È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è altresì tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, per le parti non in contrasto con la presente Intesa, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

4. Il piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della presente Intesa e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dall'approvazione della regione. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della Struttura, ove espresso.

5. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 4, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione entro i successivi trenta giorni del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario ad acta:

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dalla presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica,

decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con DPCM, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

6. Per la regione sottoposta a piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo, della legge 23 dicembre 2006, n. 296 in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.

7. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro.

8. L'approvazione del piano da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

9. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al precedente comma 7 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti

con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio, rispettivamente, di 10 e 20 giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata da Tavolo e Comitato, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione quale commissario ad acta per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano di rientro. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario:

- a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato ai sensi della presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio –da individuarsi a seguito del DPCM di cui al comma 5, lettera a)- e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;
- b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

10. Qualora il presidente della regione, nominato commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano ai sensi dei commi 5 o 9, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

11. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo.

12. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 6 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 9, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti

percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

13. Le disposizioni di cui ai commi 6, 8, ultimo periodo, e da 9 a 12 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro.

14. della Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità della regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure, definite nel medesimo piano, per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui ai commi 2 e da 6 a 12.

15. Lo Stato si impegna ad adottare misure legislative dirette a prevedere quanto segue:

a) al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi Piani, per un periodo di dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge attuativa della presente Intesa non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori ed i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di dodici mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedano tassi di interesse inferiori;

b) le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla delibera CIPE n. 1/2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE;

c) limitatamente ai risultati d'esercizio 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico Piano di rientro dei disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009;

d) con riferimento ai risultati dell'esercizio 2009 si applicano, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le disposizioni di cui al comma 12 in deroga a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Articolo 14

(Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio)

1. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

2. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla Regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato Accordo il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3 e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio rispettivamente di 15 e di 30 giorni dall'invio. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della struttura, ove reso. Alla sottoscrizione del citato Accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di 30 giorni.

3. La sottoscrizione dell'Accordo e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80% a seguito della sottoscrizione dell'Accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 154/2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del citato decreto legge 185/2008.

4. Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro.

5. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro.

6. Si conviene che le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere entro il 31 dicembre 2009 un Accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo Accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro i successivi 90 giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata.

Articolo 15

(Piano nazionale della prevenzione)

1. In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 relativa al Piano nazionale della prevenzione, si conviene di pervenire entro il 30 giugno 2010 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2010- 2012, coerentemente con gli interventi previsti dal Piano vigente.

2. Le Regioni e le Province autonome convengono di confermare per gli anni 2010- 2012, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.

Articolo 16

(Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute)

1. Al fine di dare attuazione al punto 4.2 del Patto per la salute , si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente.

2. Al fine di dare attuazione al punto 4.6 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni finalizzata a 4 promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla base di una documento tecnico redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali entro il 31 marzo 2010.

3. Al fine di dare attuazione al punto 4.9 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

4. Al fine di dare attuazione al punto 4.10 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni sul Programma nazionale per la promozione della qualità e della *clinical governance* nel Servizio Sanitario.

Articolo 17

(Nuovo Sistema informativo sanitario)

1. Con la presente Intesa si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Accordo quadro Stato-Regioni tra i Ministri del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dell'economia e delle finanze, per le riforme e l'innovazione della pubblica amministrazione e le Regioni e le Province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, e si dispone una proroga dei compiti e della composizione della Cabina di regia del NSIS fino a entrata in vigore del citato nuovo Accordo.

Articolo 18
(Livello delle anticipazioni del finanziamento del SSN)

1. Sono confermate per il periodo 2010-2012 le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera d), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di livello delle erogazioni del finanziamento del servizio sanitario a cui concorre lo Stato, di erogazione della quota premiale e di eventuali recuperi, fermo restando quanto disposto dall'articolo 77-quater del decreto-legge 112/2008.

2. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio il livello delle erogazioni, ivi comprese eventuali anticipazioni, è fissato nella misura del 98%; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica.

3. La quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale) è confermata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie e, per la regione Sicilia, della partecipazione regionale al finanziamento. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio la quota premiale è determinata nella misura del 2 per cento.

4. Nelle more dell'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla 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, il livello provvisorio delle erogazioni del finanziamento effettuato in via anticipata è pari al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento dell'Intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento.

Articolo 19
(Mobilità interregionale)

1. Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione della presente Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Articolo 20
(Recepimento della presente intesa e impegno a disporre modifiche normative)

1. Il Governo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e amministrativo in attuazione della presente Intesa anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme.

2. Sono fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente Intesa ai sensi dei rispettivi Statuti speciali e delle relative norme di attuazione.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. dott. Raffaele