



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

**DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE
LA SANITA' NELLE MANOVRE
FINANZIARIE
DAL 2005 AL 2008**

I PARTE



CENTRO INTERREGIONALE STUDI E DOCUMENTAZIONE

Ottobre 2011

Indice

Introduzione		<i>Pag. I</i>
Quadro sinottico: L. n. 311 del 30 dicembre 2004 (Legge Finanziaria 2005)	Art. 1, commi 5, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188	» 1
Legge 14 maggio 2005, n. 80 conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 14 marzo 2005, n. 35, recante disposizioni urgenti nell'ambito del Piano di azione per lo sviluppo economico, sociale e territoriale. Deleghe al Governo per la modifica del codice di procedura civile in materia di processo di cassazione e di arbitrato nonché per la riforma organica della disciplina delle procedure concorsuali	Art. 4, comma 1, lett. a-bis)	» 19
Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311		» 20
Legge 2 dicembre 2005, n. 248 conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2005, n. 203, recante misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria	Art. 9	» 50
Quadro sinottico: L. n. 266 del 23 dicembre 2005 (Legge Finanziaria 2006)	Art. 1, commi 138, 139, 142, 165, 170, 182, 187, 188, 198, 203, 206, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322,	» 53

	323, 324, 337, 340, 353, 357, 358, 359, 401, 402, 403, 408, 409, 581	
Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute anni 2007-2009		» 107
Comunicato Stampa 26 settembre 2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze sul Nuovo Patto Salute anni 2007-2009		» 124
Quadro sinottico: L. n. 296 del 27 dicembre 2006 (Legge Finanziaria 2007)	Art. 1 commi 28, 29, 38, 39, 40, 41, 42, 64, 270, 399, 449, 455, 456, 457, 458, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 566, 637, 653, 675, 739, 740, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 1186, 1187, 1234, 1254, 1236, 1263, 1264, 1265, 1344, 1349, 1350	» 127
Legge 26 febbraio 2007 n. 17 conversione in legge, con modificazioni del D.L. 28 dicembre 2006, n. 300 , recante Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni diverse	Art. 6 quater	» 211
Intesa Stato-Regioni 29 marzo 2007 Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, di cui all'articolo 1, comma 796, lett. b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007)		» 213
Legge 17 maggio 2007, n. 64 conversione in legge, con	Artt. 1 e 1bis, 2, 3, 4 3000 milioni per Regioni con	» 218

modificazioni, del D.L. 20 marzo 2007, n. 23 , recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario.	Piani di rientro; Abolizione Ticket	
Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2007 ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione tra le Regioni delle disponibilità finanziarie di cui all'articolo 1 bis del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64	Riparto 511 milioni di euro per abolizione ticket	» 224
Legge n. 222 del 29 novembre 2007 recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale	Artt. 4, 5, 5bis, 7bis, 31, 33,	» 228
Quadro sinottico: L. n. 244 del 24 dicembre 2007 (Legge Finanziaria 2008)	Art. 1 commi 197, 198, 376, 377; Art. 2 commi 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 307, 308, 313, 314, 315, 316, 317, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 372, 374, 377, 378, 379, 380, 381, 433, 436, 440, 441, 442, 443, 462, 464, 465, 532, 533, 534, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600; Art. 3 commi 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 79, 85, 115, 139	» 249
Legge 28 febbraio 2008 n. 31 conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 dicembre 2007, n. 248, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria	Artt. 8, 8bis, 8ter, 9, 10, 11, 11bis, 24, 24ter, 24sexies, 40, 40bis, 43	» 293

Tabella finanziamenti e spesa anni 2000-2011		» 311
---	--	-------

Introduzione*

Il presente “Dossier di documentazione” raccoglie le principali disposizioni normative, gli Accordi e le Intese Stato-Regioni che dal 2000 al 2011 hanno interessato il settore della Sanità, con particolare riferimento alle **problematiche di ordine economico-finanziario**. Proprio la rilevanza dell’entità finanziaria del settore nei bilanci regionali - 70% circa del bilancio - nonché la centralità che il bene salute riveste per i cittadini hanno posto in questi ultimi anni i temi della Salute al centro del dibattito fra le Istituzioni, soprattutto fra Governo e Regioni.

La prima parte si riferisce agli anni 2000-2004; la seconda parte analizza gli anni 2005-2011.

L’Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000 ha costituito una svolta importante sia nel metodo “pattizio” che nel merito delle disposizioni: viene prevista la responsabilità diretta delle Regioni in caso di emersione dei disavanzi mediante aumento delle imposte, contrazione di mutui, utilizzo di risorse proprie; la rimozione del vincolo di destinazione con l’impegno delle Regioni a destinare al finanziamento della Sanità risorse non inferiori alla quota del riparto del FSN.

La legge **Finanziaria 2001** ha previsto norme attuative dell’Accordo del 3 agosto ed alcune disposizioni che rivedono la partecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni del SSN.

L’Accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001, recepito integralmente nella legge n. 347 del 2001, ha consolidato il percorso concertativo Governo-Regioni: certezza delle risorse con la previsione di uno stanziamento triennale (anni 2002, 2003 e 2004) indispensabile alla programmazione regionale; impegno delle Regioni ad avviare processi di razionalizzazione e di contenimento della spesa; introduzione del principio del “*chi rompe paga*”.

Successivamente a tale Accordo, sostanziali innovazioni in Sanità sono state introdotte dal DPCM del novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza e, nello stesso periodo, dalla Riforma del Titolo V della Costituzione.

Nella **Finanziaria 2002** viene inoltre precisato che il mancato rispetto dei principali impegni sanciti nell’Accordo dell’8 agosto comporta il ripristino del livello di finanziamento previsto dall’Accordo del 2000.

La legge **Finanziaria 2003** ha stabilito ulteriori adempimenti per le Regioni ai fini dell’accesso all’integrazione di finanziamento fra i quali: il monitoraggio di prescrizioni mediche, farmaceutiche; l’abolizione di criteri

*Dossier a cura di Marina Principe

e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio dell'appropriatezza; il contenimento delle liste d'attesa; alcune disposizioni sui farmaci, nonché la previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende.

La legge **Finanziaria 2004** ha confermato tutti gli adempimenti vigenti per le Regioni ed ha previsto una nuova disciplina degli acquisti tramite la Consip.

Con l'**Accordo Stato-Regioni del dicembre 2004** viene istituito il Tavolo tecnico presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze per la verifica degli adempimenti regionali.

Nella legge **Finanziaria 2005** sono stati determinati i finanziamenti per il triennio 2005-2007, subordinando l'accesso al finanziamento integrativo alla stipula di una Intesa tra lo Stato e le Regioni che contempli una serie di adempimenti e di obblighi da parte delle Regioni ai fini del contenimento della dinamica dei costi. E' altresì prevista per le Regioni in difficoltà o inadempienti la redazione di programmi di riorganizzazione sottoscrivendo appositi Accordi fra la Regione ed i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze che individuino interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Con l'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005** vengono pertanto definiti interventi specifici volti a garantire l'equilibrio economico - finanziario e l'accordo sui Piani di rientro. La legge **Finanziaria 2006** conferma ed integra gli obblighi posti a carico delle Regioni nel settore sanitario previsti nell'Intesa, prevede l'automatismo della massimizzazione della leva fiscale; subordina l'accesso alla quota integrativa al fondo alle Intese sul PSN 2006-2008 e sul Piano di contenimento delle liste di attesa; istituisce il SIVEAS, il sistema di controllo e monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Durante l'iter della manovra **finanziaria per l'anno 2007**, a conclusione di un articolato confronto con il Governo in uno spirito di leale collaborazione istituzionale volto a definire un modello di governo della spesa sanitaria, è stato sottoscritto il **"Patto per la Salute"** recepito nell'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, intesa che sancisce un accordo di tipo finanziario per il triennio 2007-2009, con la previsione di un "fondo transitorio" per sostenere le Regioni con elevati disavanzi ed un accordo normativo e programmatico volto alla riorganizzazione del settore sanitario con la previsione della revisione dei LEA. L'intesa è stata successivamente recepita nella legge **Finanziaria 2007** che ha disciplinato i Piani di rientro dal deficit sanitario e l'attività di affiancamento delle Regioni da parte dei

Ministeri. La legge ha inoltre integrato di 2 miliardi di euro il Fondo dell'anno 2006; elevato a 20 miliardi di euro le risorse per gli investimenti ex art. 20 legge n. 67/88; istituito un Fondo di cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN ed ha apportato modifiche alla Tessera sanitaria.

Nell'anno 2008, confermati adempimenti ed interventi delle Regioni per il raggiungimento dell'equilibrio economico, vengono recepite nella manovra finanziaria – l. n. 222/2007 - le disposizioni sulla spesa farmaceutica e sui nuovi tetti di spesa a conclusione del tavolo di lavoro Governo-Regioni. Nella legge **Finanziaria 2008** viene previsto un incremento - 23 miliardi - delle risorse per gli investimenti; viene disposto il trasferimento al SSN delle funzioni e delle relative risorse per l'assistenza ai detenuti; viene integrato il Fondo per le non autosufficienze; viene previsto un incremento al finanziamento per i rinnovi contrattuali. Il dibattito politico si incentra sulla questione del ticket sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che viene abolito per l'anno 2008, stanziando l'integrazione al finanziamento del SSN di 834 milioni di euro. Le leggi finanziarie dal 2005 al 2010 e le principali leggi collegate alle manovre finanziarie sono riportate nel dossier con un commento recante le osservazioni delle Regioni e gli aspetti attuativi dei provvedimenti.

Il nuovo Governo - insediato nel maggio 2008 - ha varato contestualmente al DPEF 2009-2013 una manovra economico finanziaria per il triennio 2009-2013 (**DL 112/2008 convertito in legge n. 133 del 6 agosto 2008**) che per le modalità ed i tempi di conversione del decreto legge ha limitato la fase di concertazione istituzionale sui contenuti della manovra. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, che ha approvato all'unanimità un puntuale documento di proposte emendative, ha ribadito nelle sedi istituzionali il parere negativo soprattutto sugli stanziamenti di risorse per il triennio 2009-2011 relativo al concorso dello Stato alla spesa sanitaria, ritenute irrealistiche ed inaccettabili. Il finanziamento: *“determina una sostanziale stabilità nel biennio 2010 – 2011 con valori reali di incremento pari a 0,54 per il 2010 e 2,23 per il 2011. L'incremento del 2010 è praticamente assorbito esclusivamente dai maggiori costi legati all'aumento reale medio della popolazione che nell'ultimo triennio risulta pari allo 0,5%. In questo contesto appaiono fortemente compromessi sia la sostenibilità del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale sia il processo di governo della spesa sanitaria in atto in tutte le Regioni.”*

A seguito della presentazione da parte del Governo del **DDL Finanziaria 2009** ed in vista dell'Intesa sul disegno di legge di delega in materia di federalismo fiscale, è ripreso il confronto politico ed il 2 ottobre 2008 è stato raggiunto un Accordo Governo-Regioni sulla copertura

integrale del ticket per l'anno 2009 e sulla disponibilità a rivedere i fabbisogni 2010 e 2011 nel Nuovo Patto per la Salute.

Il Governo, le Regioni e le Province autonome concordano quanto segue:

1) il Governo assicura la piena copertura dei 434 milioni di euro sostitutivi del ticket sanitario per il 2009 senza effetti di incremento del deficit e/o di incremento della pressione fiscale, ricorrendo a riduzioni di spesa pubblica che non incidano sul comparto delle Regioni.

2) Avviare fin da subito il tavolo per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Tale Patto dovrà stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli generali previsti dal Patto Europeo di Stabilità e Crescita, considerando che le Regioni valutano sottostimato il fabbisogno 2010-2011.

La necessità del percorso concertativo è stata ribadita nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sempre del 2 ottobre 2008 sullo schema di DDL di attuazione della delega in materia di federalismo fiscale: *“Occorre che la fase attuativa del provvedimento e la stesura dei decreti legislativi, con particolare riferimento alle dotazioni di risorse, alla definizione dei LEA e dei LEP, alla determinazione dei fabbisogni standard, avvenga attraverso un percorso condiviso da Governo, Regioni e autonomie locali”*.

Con il **DL n. 154 del 7 ottobre 2008 convertito con modificazioni in Legge del 4 dicembre 2008 n.189**, all'art. 1 comma 5, il livello di finanziamento del SSN da parte dello Stato viene incrementato di 434 milioni di euro per l'anno 2009, a totale copertura dell'abolizione del ticket di 10 euro sulle ricette delle prestazioni di assistenza specialistica. All'art. 79 della legge 133/2008 è prevista una nuova intesa che, ad integrazione delle precedenti, preveda la riduzione dello standard dei posti letto, l'impegno delle Regioni alla riduzione delle spese per il personale ed ad attivare, nei casi di squilibrio economico, forme di compartecipazione dei cittadini.

Con il D.L. dell'aprile 2009, convertito nella **legge n. 77 del 24 giugno 2009, recante interventi per le popolazioni colpite dal terremoto in Abruzzo** il Fondo sanitario nazionale dell'anno 2009 viene ridotto di 420 milioni di euro per far fronte alle esigenze finanziarie conseguenti l'evento sismico.

La **legge n. 102 del 3 agosto 2009**, c.d. provvedimento anticrisi, ha disposto un incremento del fondo per l'assistenza ai lavoratori extracomunitari emersi; l'istituzione di un fondino di 800 milioni di euro per interventi nel settore sanitario dalle economie derivanti dalla razionalizzazione della spesa farmaceutica ed ha rideterminato il tetto di

spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,3% a decorrere dall'anno 2010. Ha inoltre previsto una procedura di diffida per la regione Calabria a disporre un Piano di rientro dal deficit sanitario e di riorganizzazione e di riqualificazioni del SSR entro 70 giorni.

Un prospetto riepiloga i **tetti della spesa farmaceutica** determinati in diverse disposizioni legislative dal 2001 al 2009.

Nella ripresa autunnale Regioni e Governo raggiungono un primo **Accordo sul nuovo Patto per la salute sottoscritto il 23 ottobre 2009** fra il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze che prevede in particolare gli interventi di tipo finanziario per gli anni 2010-2012. Tale Accordo viene ripreso ed integrato **nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.**

Anche il nuovo Patto come il precedente viene recepito nelle disposizioni della **legge n. 191 del dicembre 2009 – Finanziaria 2010** – che prevedono l'incremento delle risorse per il Servizio Sanitario nazionale per il triennio; ulteriori risorse per gli investimenti in edilizia sanitaria; nuove regole sul commissariamento per le Regioni con i Piani di rientro; il rifinanziamento del Fondo per la non autosufficienza.

La **legge n. 25 del 26 febbraio 2010** c.d. “mille proroghe” ha tra l'altro ridotto il periodo del blocco dei pignoramenti per le Regioni con i Piani di rientro, prorogato il termine per l'attività professionale intramuraria ed il termine del pay back per i prodotti medicinali.

La **legge n. 122 del 30 luglio 2010** c.d. “manovra finanziaria estiva” ha apportato pesanti restrizioni in Sanità tra cui: il blocco del turn over fino al 2014, che non si applica alle Regioni senza Piani di rientro, la riduzione del livello del finanziamento del SSN a cui concorre ordinariamente lo Stato di 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012, economie di spesa in ambito farmaceutico che ammontano a 300 mil per il 2010 e 600 per il 2011, a riduzione del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato.

Ha inoltre previsto la possibilità per le Regioni non commissariate, che non superano la verifica per il raggiungimento degli obiettivi entro il 31 dicembre 2009, di chiedere la prosecuzione del Piano di rientro per un triennio;

La successiva **legge n. 163 del 1° ottobre 2010** ha previsto tra l'altro: il blocco del turn-over e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per le Regioni sottoposte ai piani di rientro già dal 2010 con alcune deroghe nei casi in cui i competenti tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino, entro il 31 ottobre 2010, il venire meno delle condizioni che hanno determinato l'applicazione delle citate misure.

Infine la **legge n. 220 del 13 dicembre 2010 c.d. “Legge di stabilità”** ha disposto in particolare:

- uno stanziamento di 1.500 milioni di euro per l'anno 2012 delle risorse FAS da destinare all'edilizia sanitaria pubblica;
- un incremento pari a 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell'anno 2011 del livello del finanziamento del SSN;
- la proroga di un anno, al 31 dicembre 2011, del divieto di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore della presente legge;
- una deroga fino al 10% al blocco del turn-over, nell'ipotesi in cui, entro il 31 ottobre 2010, i tavoli tecnici accertino un'attuazione in misura parziale degli obiettivi dei Piani di rientro.

La legge n.10 del 26 febbraio 2010 (c.d. Milleproroghe) in particolare ha previsto:

- la proroga al 31 marzo 2011:
 - ✓ della scadenza legata all'attività libero professionale intramuraria (Intramoenia);
 - ✓ della scadenza legata alla possibilità per le aziende farmaceutiche di evitare il taglio del 5% ai listini dei farmaci del SSN, versando la corrispondente quota nelle casse delle Regioni.(Pay back farmaceutico);
- la proroga al 1° gennaio 2013, di due anni, del termine della cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture socio sanitarie private e degli stabilimenti termali;
- l'applicazione dello sconto dell'1,82% a favore del servizio sanitario regionale su tutti i medicinali erogati dalle farmacie in regime convenzionale;
- di mantenere inalterati gli effetti prodotti dal decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, nel periodo di vigenza del medesimo relativamente alla quote di spettanza alle farmacie. Con il parziale accoglimento dell'emendamento delle Regioni, si recuperano 35 milioni di euro;
- l'assegnazione alle Regioni dei 70 milioni già inclusi nel riparto delle risorse del Servizio sanitario nazionale anno 2010 e accantonati per la copertura degli oneri derivanti dalle visite fiscali;
- la sottoscrizione da parte del Ministero della Salute, di concerto con Economia con le Regioni sottoposte ai piani di rientro, di Accordi di

programma, a valere sulle risorse dell'art. 20 L.n. 67/88, senza specificarne l'entità, per il finanziamento successivo di interventi già realizzati dalle Regioni con oneri a carico del fondo sanitario corrente.

Nella c.d. “prima manovra estiva” il **DL n. 98 convertito nella legge n. 111 del 15 luglio 2011** ha previsto numerose disposizioni per la **razionalizzazione della spesa sanitaria**. Tali misure di contenimento sono stimate in 2.500 mnl di euro per l'anno 2013 e in 5.450 mnl di euro per l'anno 2014 da definirsi tramite Intesa con il Governo. La Conferenza ha presentato specifico emendamento, che non è stato accolto in sede di conversione, per il reintegro dei tagli previsti in Sanità con copertura da recupero dell'evasione fiscale.

In particolare sono introdotte misure specifiche per i dispositivi medici, la spesa farmaceutica, i nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie nonché la reintroduzione del ticket da 10 euro su prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nella manovra sono altresì contenute disposizioni per la salvaguardia della cogenza dei **Piani di rientro** e per la procedura sostitutiva ove la Regione non rimuova gli ostacoli all'attuazione del Patto.

Nella successiva manovra estiva il **DL n. 138 convertito in legge n.148 del 14 settembre 2011** ha introdotto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro la possibilità della deroga al blocco del turn over previo accertamento dei tavoli tecnici della necessità di assicurare il mantenimento dei LEA

Una scheda sintetizza le disposizioni che a partire dalla Finanziaria del 2007 hanno normato il **ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali**, reintrodotta dalla legge n. 111 del 15 luglio 2011.

La **Tabella** finale del Dossier riporta il **finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale dal 2000 al 2014**.

Ottobre 2011

L. 30-12-2004 n. 311
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
(legge finanziaria 2005)
Pubblicata nella Gazz. Uff. 31 dicembre 2004, n. 306, S.O.

Testo aggiornato aprile 2010

DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche sociali

TESTO	ASPETTI ATTUATIVI
<p>. Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica stabiliti in sede di Unione europea, indicati nel Documento di programmazione economico-finanziaria e nelle relative note di aggiornamento, per il triennio 2005 - 2007 la spesa complessiva delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato, individuate per l'anno 2005 nell'elenco 1 allegato alla presente legge e per gli anni successivi dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) con proprio provvedimento pubblicato nella Gazzetta Ufficiale non oltre il 31 luglio di ogni anno, non può superare il limite del 2 per cento rispetto alle corrispondenti previsioni aggiornate del precedente anno, come risultanti dalla Relazione previsionale e programmatica ⁽³⁾.</p> <hr/> <p>⁽³⁾ Le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato sono state individuate nell'elenco di cui al Com.ISTAT 29</p>	<p>Comma 5 LIMITE DI SPESA E' stabilito che la spesa complessiva delle amministrazioni pubbliche non può superare il limite del 2% rispetto alle corrispondenti previsioni aggiornate del precedente anno.</p>

<p>luglio 2005 (Gazz. Uff. 29 luglio 2005, n. 175), al Com.ISTAT 28 luglio 2006 (Gazz. Uff. 28 luglio 2006, n. 174), al Com.ISTAT 31 luglio 2007 (Gazz. Uff. 31 luglio 2007, n. 176), modificato dal Com.ISTAT 29 ottobre 2007 (Gazz. Uff. 29 ottobre 2007, n. 252), al <i>Comunicato 31 luglio 2008</i> (Gazz. Uff. 31 luglio 2008, n. 178) e al <i>Comunicato 31 luglio 2009</i> (Gazz. Uff. 31 luglio 2009, n. 176). Vedi, anche, l'art. 14-<i>viciesquiquies</i>, <i>D.L. 30 giugno 2005, n. 115</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione, l'<i>art. 11-ter, D.L. 30 settembre 2005, n. 203</i>, aggiunto dalla relativa legge di conversione e gli <i>artt. 9 e 17, comma 8, D.L. 1° luglio 2009, n. 78</i>.</p>	
<p>164. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. I predetti importi ricomprendono anche quello di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù». Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'<i>articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 16 novembre 2001, n. 405</i>, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale «Bambino Gesù». Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la</p>	<p>Comma 164 DETERMINAZIONE FINANZIAMENTO 2005-2007 E' definito il livello complessivo della spesa del Servizio Sanitario Nazionale determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005; 89.960 milioni di euro per l'anno 2006; 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. Gli importi comprendono anche quello di 50 milioni di euro per ciascun anno per ulteriore finanziamento dell'Ospedale "Bambino Gesù". RIPIANO DISAVANZI PREGRESSI E' stabilito il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del SSN per gli anni 2001, 2002, 2003 in 2.000 milioni di euro, di cui 50 milioni per i disavanzi dell'Ospedale "Bambino Gesù" per l'anno 2003. Le risorse vengono ripartite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005.</p>

<p>Conferenza Stato-Regioni ⁽¹⁰³⁾.</p> <hr/> <p>(103) Con <i>D.M. 16 novembre 2005</i> (Gazz. Uff. 10 febbraio 2006, n. 34) sono stati ripartiti i fondi destinati alla copertura dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale. Vedi, anche, l'<i>art. 9, D.L. 30 settembre 2005, n. 203</i>, il comma 278 dell'<i>art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266</i> e i commi 13 e 14 dell'<i>art. 1-bis, D.L. 10 gennaio 2006, n. 2</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.</p>	
<p>165. Resta fermo l'obbligo in capo all'Agenzia italiana del farmaco di garantire per la quota a proprio carico, ai sensi dell'<i>articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, il livello della spesa farmaceutica stabilito dalla legislazione vigente. Nell'ambito delle annuali direttive del Ministro della salute all'Agenzia è incluso il conseguimento dell'obiettivo del rispetto del predetto livello della spesa farmaceutica. Al fine di conseguire il contenimento della spesa farmaceutica, l'Agenzia italiana del farmaco stabilisce le modalità per il confezionamento ottimale dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, almeno per le patologie più rilevanti, relativamente a dosaggi e numero di unità posologiche, individua i farmaci per i quali i medici possono prescrivere «confezioni d'avvio» per terapie usate per la prima volta verso i cittadini, al fine di evitare prescrizioni quantitativamente improprie e più costose, e di verificarne la tollerabilità e l'efficacia, e predispone l'elenco dei farmaci per i quali sono autorizzate la prescrizione e la vendita per unità posologiche.</p>	<p>Comma 165 COMPETENZE DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO Si conferma l'obbligo dell'Aifa di garantire la tenuta del tetto della spesa farmaceutica. A tale scopo l'Aifa dovrà individuare le confezioni ottimali dei farmaci a carico del SSN per le patologie più rilevanti; i farmaci per i quali prescrivere le “confezioni d'avvio” della terapia; l'elenco dei farmaci per i quali sono autorizzate la prescrizione e la vendita per unità posologica.</p>
<p>166. All'<i>articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537</i>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p>	<p>Comma 166 FARMACI DA BANCO Identificazione di una classe ad hoc per i farmaci di</p>

<p>a) al comma 10:</p> <p>1) alla lettera c), dopo le parole: «indicate alle lettere a) e b)» sono aggiunte le seguenti: «ad eccezione dei farmaci non soggetti a ricetta con accesso alla pubblicità al pubblico»;</p> <p>2) dopo la lettera c), è aggiunta la seguente:</p> <p>«c-bis) farmaci non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC)»;</p> <p>b) al comma 14, ultimo periodo, le parole: «lettera c)» sono sostituite dalle seguenti: «lettere c) e c-bis)».</p>	<p>automedicazione ammessi alla pubblicità (OTC).</p>
<p>167. All'articolo 70, comma 2, primo periodo, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, dopo le parole: «l'indicazione della "nota"» la parola: «, controfirmata,» è soppressa.</p>	<p>Comma 167 Abolizione dell'obbligo di controfirma del medico prescrittore alla nota limitativa dell'Aifa riportata nella ricetta medica per motivare il diritto all'esenzione.</p>
<p>168. L'Agenzia italiana del farmaco adotta nel limite di spesa annuo di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, nell'ambito del programma annuale di attività previsto dall'articolo 48, comma 5, lettera h), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, un piano di comunicazione volto a diffondere l'uso dei farmaci generici, ad assicurare una adeguata informazione del pubblico su tali farmaci e a garantire ai medici, ai farmacisti e agli operatori di settore, a mezzo di apposite pubblicazioni specialistiche, le informazioni necessarie sui farmaci generici e le liste complete di farmaci generici disponibili.</p>	<p>Comma 168 FARMACI GENERICI Adozione da parte dell'Aifa - mediante un finanziamento di 1 milione di euro annuo per il 2005. 2006 e 2007 - di un piano di comunicazione ed informazione al pubblico, ai medici ed ai farmacisti per la diffusione dei farmaci generici.</p>

169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'*articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, per le prestazioni già definite dal *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'*articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del *decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 giugno 2002, n. 112*, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005 ⁽¹⁰⁴⁾.

(104) La Corte costituzionale, con *sentenza 23-31 marzo 2006, n. 134* (Gazz. Uff. 5 aprile 2006, n. 14 - Prima serie speciale), ha dichiarato,

Comma 169

INDIVIDUAZIONE DEGLI STANDARD

Per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza con regolamento del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi nonché le tipologie dei servizi. In fase di prima applicazione, gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.

<p>tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano». In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 22 febbraio 2007, n. 43. Vedi, anche, il comma 280 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.</p>	
<p>170. Alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, provvede, con proprio decreto, il Ministro della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Entro il 30 marzo 2005, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si procede alla ricognizione e all'eventuale aggiornamento delle tariffe massime, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale. Con cadenza triennale a far data dall'emanazione del decreto di ricognizione ed eventuale aggiornamento delle tariffe massime di cui al precedente periodo, e comunque, in sede di prima applicazione, non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari</p>	<p>Comma 170 DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE Con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze sentita la Conferenza Stato-Regioni, vengono determinate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali. Importi tariffari superiori fissati dalle singole Regioni, restano a carico dei bilanci regionali. Con le stesse modalità entro il 30 marzo 2005 si procede alla ricognizione e all'eventuale aggiornamento delle tariffe massime e entro il 31 dicembre di ogni secondo anno all'aggiornamento biennale delle tariffe a partire dal 2005.</p> <p>Il primo decreto è stato emanato il 12 settembre 2006. (Le Regioni avevano espresso parere negativo sul provvedimento in sede di Conferenza Stato-Regioni del 26 gennaio 2006). Per l'emanazione del secondo decreto è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro misto con 5 rappresentanti delle Regioni.</p>

<p>regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate. Con la medesima cadenza di cui al quarto periodo, le tariffe massime per le prestazioni di assistenza termale sono definite dall'accordo stipulato ai sensi dell'<i>articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323</i>. Per la revisione delle tariffe massime per le predette prestazioni di assistenza termale è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010. Al relativo onere, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute ⁽¹⁰⁵⁾.</p> <hr/> <p>(105) Comma così modificato prima dal comma 796 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i> e poi dall'<i>art. 8, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248</i>, come modificato dalla relativa legge di conversione. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.M. 12 settembre 2006</i>.</p>	
<p>171. Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in</p>	<p>Comma 171 Possibilità delle Regioni di modulare entro i valori massimi nazionali i propri tariffari per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati e divieto nella remunerazione del singolo erogatore dell'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità di erogazione della mobilità intra ed interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi in contrasto con tale principio.</p>

<p>violazione di detto principio.</p> <p>172. Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'<i>articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528</i>, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'<i>articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n. 37</i>, è esteso a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza di cui all'<i>articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i>, e successive modificazioni, al <i>decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001</i>, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'<i>articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa ⁽¹⁰⁶⁾.</p> <hr/> <p>(106) Vedi, anche, il comma 288 dell'<i>art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266</i>.</p>	<p>Comma 172 ESTENSIONE POTERE D'ACCESSO MINISTRO DELLA SALUTE</p> <p>Estensione dei poteri d'accesso del Ministro della Salute anche agli IRCCS, agli IRCCS trasformati in fondazioni, ai Policlinici universitari ed alle aziende ospedaliere universitarie con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione dei LEA e dei tempi d'attesa.</p>
<p>173. L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 7 settembre 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'<i>articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131</i>, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:</p>	<p>Comma 173 SPECIFICA INTESA STATO-REGIONI PER L'ACCESSO AL FINANZIAMENTO INTEGRATIVO</p> <p>Previsione di specifica intesa ai sensi dell'art. 8, comma, 6, legge n. 131/2003 per l'accesso al finanziamento integrativo previsto al comma 164 rispetto a quello determinato nell'Accordo dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004 rivalutato del 2% su base annua a decorrere dal 2005. L'Intesa dovrà prevedere i seguenti adempimenti:</p>

<p>a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;</p> <p>b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;</p> <p>c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;</p> <p>d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;</p> <p>e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;</p> <p>f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti già previsti dalla legislazione vigente; • individuazione dei casi di affiancamento dei Ministeri della Salute e dell'Economia per una migliore definizione delle misure da adottare; • ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario; • rispetto degli obblighi di programmazione regionale per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera (riequilibrio offerta dei posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione; promozione day hospital; realizzazione interventi previsti dal PSN della prevenzione e dal PSN dell'aggiornamento del personale); • Crescita dei costi di produzione al 2% con l'esclusione di quello del personale rispetto al bilancio dell'anno precedente; • Obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario di ASL, AO, Policlinici ed IRCCS attraverso: verifiche trimestrali coerenza degli obiettivi; misure per la riconduzione in equilibrio della gestione; decadenza dei direttori generali. <p>L'Intesa è stata sancita in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.</p>
---	---

<p>sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale ⁽¹⁰⁷⁾.</p> <hr/> <p>(107) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi l'Intesa 23 marzo 2005. Vedi, anche, il comma 275 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.</p>	
<p>174. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario <i>ad acta</i>, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale</p>	<p>Comma 174 DIFFIDA E COMMISSARIAMENTO In caso di disavanzi di gestione a fine anno ed adozione di provvedimenti insufficienti, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la Regione ad adempiere entro il 30 aprile dell'anno successivo. In caso di inadempimento il Presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta, adotta entro i successivi 30 giorni - 31 maggio - i necessari provvedimenti per il ripianamento compresi l'aumento dell'addizionale all'Irpef e la maggiorazione dell'aliquota Irap.</p>

all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti. Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario *ad acta* entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo e 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; scaduto il termine del 31 maggio, la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte. 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 ⁽¹⁰⁸⁾.

(108) Comma così modificato prima dal comma 277 dell'art. 1, L. 23

Qualora il commissario non adotti i provvedimenti necessari al ripianamento del disavanzo, si applicano comunque:

- blocco automatico del turn over del personale del SSN fino al 31.12 del secondo anno successivo e
- divieto di spesa non obbligatorie per lo stesso periodo;
- misura massima prevista di addizionale Irpef e maggiorazione aliquota Irap.

Gli atti emanati in violazione delle predette disposizioni sono nulli.

Certificazione del rappresentante legale e del responsabile del servizio finanziario attestante il rispetto dei vincoli da inviare per la verifica annuale.

<p><i>dicembre 2005, n. 266</i>, poi dal comma 796 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i> e, infine, dal comma 76 dell'<i>art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>, a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai sensi di quanto disposto dal comma 253 del citato art. 2 della medesima <i>L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>. Vedi, anche, i commi 1-<i>bis</i> e 1-<i>ter</i> dell'<i>art. 1, D.L. 7 giugno 2006, n. 206</i>, aggiunti dalla relativa legge di conversione, le ulteriori disposizioni del citato comma 796 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i> e i commi da 77 a 91 dell'<i>art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>.</p>	
<p>175. Per le finalità di cui al comma 174 e per la copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario, la regione, in deroga alla sospensione di cui al comma 61, primo periodo, può deliberare l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti degli aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito e delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, già disposti, oggetto della predetta sospensione. Ai sensi del primo periodo del presente comma e del comma 22 dell'<i>articolo 2 della legge 24 dicembre 2003, n. 350</i>, l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti può concernere anche quelle maggiorazioni dell'aliquota IRAP che siano state deliberate dalle regioni, antecedentemente al 31 dicembre 2003, in difformità rispetto a quanto previsto dalla normativa statale. Per le medesime finalità, le regioni possono altresì, nei limiti della normativa statale di riferimento ed in conformità ad essa, disporre nuovi aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito o nuove maggiorazioni dell'aliquota IRAP ovvero modificare gli aumenti e le maggiorazioni di cui al primo periodo del presente comma.</p>	<p>Comma 175 PREVISIONE AUMENTI ADDIZIONALI Per la copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati, la Regione può deliberare l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti degli aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito e delle maggiorazioni della aliquota Irap, in precedenza sospesa, anche nei casi di maggiorazioni deliberate prima del 31 dicembre 2003. Le Regioni possono disporre anche nuovi aumenti o nuove maggiorazioni o modificare quelli già previsti.</p>
<p>176. In caso di mancato adempimento agli obblighi di cui al comma 173 è precluso l'accesso al maggiore finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate.</p>	<p>Comma 176 PRECLUSIONE ALL'ACCESSO AL MAGGIOR FINANZIAMENTO Il mancato rispetto dell'Intesa preclude l'accesso al maggior</p>

	finanziamento 2005-2007 con immediato recupero di quanto eventualmente erogato.
177. Le regioni, ai sensi dell' <i>articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412</i> , e successive modificazioni, definiscono le fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato del rapporto di lavoro dei professionisti convenzionati a carico del protocollo aggiuntivo ai sensi del <i>D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271</i> , e del <i>D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446</i> , in modo da assicurare una riduzione della relativa spesa pari ad almeno il 20 per cento. La predetta trasformazione è possibile entro il limite del numero di ore di incarico attivate a titolo convenzionale presso ciascuna azienda sanitaria locale alla data del 31 ottobre 2004.	Comma 177 TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DEI PROFESSIONISTI CONVENZIONATI Previsione della trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato del rapporto di lavoro dei professionisti convenzionati con riduzione della spesa del 20%.
178. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell' <i>articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412</i> , e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi hanno durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica. In sede di prima applicazione la durata, per le parti normativa ed economica, è definita fino al 31 dicembre 2005.	Comma 178 DISCIPLINA CONVENZIONI TRA SSN E LE PROFESSIONI SANITARIE Apposite convenzioni regoleranno il rapporto dei professionisti non dipendenti dal Servizio Sanitario nazionale con durata quadriennale per la parte normativa e biennale per quella economica.
179. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui al comma 173, ciascuna regione provvede a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di	Comma 179 MECCANISMI DI RACCORDO A GARANZIA DEL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI Ogni Regione disciplinerà meccanismi di raccordo tra le ASL, le AO, le Aziende ospedaliere universitarie, gli IRCCS ed i medici e

<p>libera scelta, attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale e organizzativa che costituiscono violazione degli obiettivi di contenimento della dinamica dei costi di cui ai commi da 164 a 187.</p> <p>180. La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176 nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti, 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. 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. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma ⁽¹⁰⁹⁾.</p> <hr/> <p>(109) Comma così modificato dall'<i>art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, il comma 2-bis dell'<i>art. 4, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159</i>, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p>	<p>pediatri che hanno il compito di segnalare situazioni di inefficienza gestionale ed organizzativa.</p> <p>Comma 180 PROGRAMMI DI RIORGANIZZAZIONE ED ACCORDI BILATERALI</p> <p>Le Regioni in difficoltà o inadempienti dovranno avviare programmi di riqualificazione stipulando specifici Accordi bilaterali con i Ministeri della Salute e dell'Economia per individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico. La stipula dell'Accordo - nonchè la verifica dell'attuazione del programma - è condizione necessaria per la riattribuzione anche parziale del maggior finanziamento.</p>
<p>181. Con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di</p>	<p>Comma 181 ADEMPIMENTI PER IL RIPIANO DISAVANZI SPESA</p>

<p>euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'<i>articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>.</p>	<p>FARMACEUTICA</p> <p>Il maggior finanziamento relativamente a 1000 milioni di euro nel 2005, 1200 nel 2006 e 1400 nel 2007 è condizionato anche al rispetto da parte della Regione della copertura del 40% dei disavanzi del settore.</p>
<p>182. Limitatamente all'anno 2004:</p> <p>a) l'obbligo in capo alle regioni, per la quota del 40 per cento a loro carico, di cui all'articolo 48, comma 5, lettera f), del <i>decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, in caso di superamento dei tetti di spesa di cui al comma 1 del predetto articolo 48, s'intende comunque adempiuto, anche qualora la regione non abbia provveduto al previsto ripiano, purché l'equilibrio complessivo del relativo sistema sanitario regionale venga rispettato, previa verifica dell'avvenuta erogazione dei livelli essenziali di assistenza effettuata dal Ministero della salute, ai sensi del comma 172;</p> <p>b) con specifica intesa tra Stato e regioni, sulla base dei dati forniti dall'Agenzia italiana del farmaco, su proposta del Ministro della salute, sono definite le eventuali compensazioni sugli effetti, per ogni singola regione, derivanti dai provvedimenti a carico delle aziende produttrici di cui all'<i>articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2004, n. 156</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 2 agosto 2004, n. 202</i>, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica programmati, anche ai fini dell'accesso all'integrazione dei finanziamenti a carico dello Stato come stabilito dal citato Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001.</p>	<p>Comma 182</p> <p>Per l'anno 2004: l'obbligo del ripiano del 40% s'intende adempiuto nel caso in cui l'equilibrio complessivo del settore sanitario, nel rispetto dei LEA, venga rispettato.</p> <p>Con Intesa Stato-Regioni verranno definite le eventuali compensazioni, in ogni Regione, sugli effetti dei provvedimenti a carico dei produttori (sconto del prezzo dei farmaci del 6,8% pari al 4,12% del prezzo al pubblico).</p>

<p>183. A partire dal 2005, sulla base delle rilevazioni condotte dall'Agenzia italiana del farmaco, le regioni che non adottano misure di contenimento della spesa farmaceutica adeguate al rispetto dei tetti stabiliti dall'<i>articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento.</p>	<p>Comma 183 A partire dall'anno 2005: le Regioni che non adottano misure di contenimento adeguate al rispetto dei tetti – art. 48 l .n. 326/2003 – sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento della spesa pari al 50% dello sfondamento.</p>
<p>184. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato:</p> <p>a) in deroga a quanto stabilito dall'<i>articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164, al netto di quelle indicate al comma 181, da accreditare sulle contabilità speciali di cui all'<i>articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie regionali;</p> <p>b) per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle</p>	<p>Comma 184 EROGAZIONE ANTICIPATA DELL'INCREMENTO DEI FONDI E' consentita l'erogazione anticipata delle somme indicate al comma 164, al netto di quelle del comma 181, nella misura del 95% delle somme dovute risultante dalla delibera Cipe per gli anni 2005. 2006 e 2007, al netto delle entrate regionali, anche per Sicilia e Sardegna al netto delle partecipazioni regionali. L'erogazione del restante 5% o il ripristino del livello di finanziamento dell'Accordo 8 agosto 2001 per l'anno 2004 rivalutato del 2%, è condizionato alla verifica degli adempimenti previsti nell'Intesa di cui al comma 173 ed al comma 181 sulla spesa farmaceutica. Nelle more della Delibera Cipe, della proposta di DPCM di cui all'art. 2, comma 4, del Dlgs 56/2000 e dell'Intesa ex comma 173, le anticipazioni saranno commisurate al livello di finanziamento dell'Accordo 8 agosto 2001 per l'anno 2004 rivalutato del 2%. In sede di conguaglio sono autorizzati eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari</p>

<p>entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni;</p> <p>c) all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dal citato accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 173 e 181;</p> <p>d) nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 4 dell'<i>articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005;</p> <p>e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi ⁽¹¹⁰⁾.</p> <hr/> <p>(110) Vedi, anche, l'<i>art. 4, D.L. 30 dicembre 2004, n. 314</i>, come modificato dalla relativa legge di conversione.</p>	
<p>185. All'<i>articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, dopo il comma 1, è inserito il seguente:</p> <p>«1-bis. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la consegna della tessera sanitaria a tutti i soggetti</p>	<p>Comma 185 TESSERA SANITARIA Il Ministero dell'Economia e delle finanze curerà la consegna entro il 31 dicembre 2005 delle tessere sanitarie.</p>

destinatari, indicati al comma 1, entro il 31 dicembre 2005».	
186. Nell'ambito delle attività dirette alla definizione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Ministero della salute, anche ai fini del controllo e monitoraggio della spesa per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantisce in ogni caso la coerente prosecuzione delle azioni in corso con riduzione della spesa per il rinnovo dei contratti per la fornitura di beni e servizi afferenti al funzionamento del NSIS nella misura di cinque punti percentuali, salva la facoltà di ampliare i servizi richiesti nel limite dell'ordinario stanziamento di bilancio.	Comma 186 Riduzione del 5% della spesa per il rinnovo dei contratti per la fornitura di beni e servizi per il funzionamento del Nuovo sistema informativo sanitario.
187. In considerazione del rilievo nazionale ed internazionale nella sperimentazione sanitaria di elevata specializzazione e nella cura delle più rilevanti patologie, per l'anno 2005 è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro in favore della fondazione «Centro San Raffaele del Monte Tabor».	Comma 187 Autorizzata la spesa di 15 milioni di euro in favore della fondazione “Centro San Raffaele del Monte Tabor”.
188. Le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell' <i>articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67</i> , e successive modificazioni, destinano una quota delle risorse residue al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.	Comma 188 Riserva di una quota per la Regioni che non hanno ancora completato al 1° gennaio 2005 il programma di investimenti, al potenziamento ed all’ammodernamento tecnologico.

L. 14 maggio 2005, n. 80

Conversione in legge, con modificazioni, del

***D.L. 14 marzo 2005, n. 35*, recante disposizioni urgenti nell'ambito del Piano di azione per lo sviluppo economico, sociale e territoriale. Deleghe al Governo per la modifica del codice di procedura civile in materia di processo di cassazione e di arbitrato nonché per la riforma organica della disciplina delle procedure concorsuali.**

Pubblicata nella Gazz. Uff. 14 maggio 2005, n. 111, S.O.

4. Modificazioni alla *legge 30 dicembre 2004, n. 311* e alla *legge 27 dicembre 2002, n. 289* ⁽¹⁰⁰⁾.

⁽¹⁰⁰⁾ Rubrica così modificata dalla *legge di conversione 14 maggio 2005, n. 80*.

1. Nell'*articolo 1* della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, sono apportate le seguenti modificazioni:

.....OMISSIS

a-bis) al comma 180, dopo le parole: «commi 174 e 176», sono inserite le seguenti: «nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti» ⁽¹⁰²⁾;

⁽¹⁰²⁾ Lettera aggiunta dalla *legge di conversione 14 maggio 2005, n. 80*.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Atto rep. n. 2271 del 23 Marzo 2005

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

Nell'odierna seduta del 23 marzo 2005:

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 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

RITENUTO di adottare, con riferimento alla regola del 2 per cento dell'incremento dei costi di produzione di cui all'art. 1, comma 173, lett. e) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in luogo dei dati di previsione 2004, i più aggiornati dati di preconsuntivo relativo al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema Informativo Sanitario;

VISTO l'articolo 1, comma 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone, che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, è precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;

VISTO l'articolo 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone che, per le somme ivi riportate, il relativo riconoscimento alle Regioni resta condizionato, oltre che dagli adempimenti di cui al comma 173 del medesimo articolo, anche al rispetto da parte delle Regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

farmaceutica, previsto dall'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

VISTO l'articolo 1, comma 184, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che, al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato dispone:

- alla lettera a), che il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle Regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164 del medesimo articolo, al netto di quelle indicate al comma 181, nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle Regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario;
- alla lettera b), che per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle Regioni Sicilia e Sardegna, anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni;
- alla lettera c), che all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a partire dall'anno 2005, nei confronti delle singole Regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 173 e 181;
- alla lettera d), che - nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173 - le anticipazioni siano commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005;
- alla lettera e), che sono autorizzati, in sede di congruaggio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle Regioni per gli esercizi successivi;

CONSIDERATO che va garantito il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale;

VISTA la proposta di intesa, formalizzata dal Ministro della salute nella seduta di questa Conferenza del 10 marzo 2005;

CONSIDERATO che nell'odierna seduta di questa Conferenza del 23 marzo 2005, il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni e le Province autonome hanno concordato ulteriori emendamenti sul testo della presente intesa, oltre a quelli già concordati in sede tecnica;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

ACQUISITO l'assenso del Governo e 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, per quanto di competenza, nei termini sotto indicati:

Art. 1

(adempimenti previsti dalla legislazione vigente)

1. Per il triennio 2005 – 2007, con riferimento al livello di finanziamento stabilito in legge finanziaria, ricomprendente le entrate proprie, quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione del fabbisogno finanziario dell'anno 2001, pari a euro 1.982.157.447, le Regioni assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'Allegato 1 e agli altri adempimenti previsti dalla presente intesa.

Art. 2

(modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia)

1. Con riferimento a quanto previsto sub b) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n.311, le modalità di affiancamento sono quelle fissate dal successivo articolo 8 della presente intesa.

Art. 3

(ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS))

1. Con riferimento a quanto previsto sub c) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che, per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, ci si avvale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, istituito presso il Ministero della Salute.

2. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende i dati dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni previsti dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000 n. 388, e successive modificazioni, e dall'articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

3. Per le finalità dei livelli nazionale e regionale del Nuovo Sistema informativo Sanitario va previsto il trattamento di dati individuali, in grado di associare il codice fiscale del cittadino alle prestazioni sanitarie erogate, ai soggetti prescrittori e alle strutture erogatrici.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

4. Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo qualitativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) sono esercitate dalla Cabina di Regia - di cui all'Accordo quadro tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001, la cui composizione e la cui modalità di funzionamento vengono riadeguate con nuovo Accordo quadro, da sancirsi entro il 30 giugno 2005 in Conferenza Stato - Regioni, tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e le Regioni e le Province autonome, che preveda un Comitato strategico di indirizzo paritetico Regioni - Ministeri, un Comitato tecnico permanente paritetico e una Segreteria tecnica unica. Fino all'entrata in vigore della nuova disciplina, la Cabina di regia continua ad operare secondo le previgenti modalità e composizione.
5. La definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del NSIS - in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e le esigenze di monitoraggio sanitario e le altre esigenze di monitoraggio attuali e future dei livelli nazionale, regionale e locale del SSN - sono affidati alla Cabina di Regia e vengono recepiti dal Ministero della Salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli *standard* qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza.
6. Il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario, nei contenuti e secondo le modalità di cui al comma precedente, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa, sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia. Restano fermi gli adempimenti relativi agli obblighi informativi, di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004.
7. Le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa.
8. Le Regioni, entro il 30 ottobre 2005, garantiscono, ed a tale scopo adottano misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario costituisce grave inadempienza.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

9. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende il flusso informativo sui dispositivi medici da definirsi con specifico accordo, da sancire in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

10. Con riferimento alla esigenza di verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro i tetti fissati dalla legislazione vigente (13% per la spesa territoriale e 16% per la spesa complessiva, ai sensi dell'articolo 48 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) è istituito, nell'ambito dell'NSIS, il flusso informativo dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci di classe A (contenente informazioni relative a: primo ciclo di terapia, farmaci inseriti nel PHT e altri farmaci eventualmente oggetto di distribuzione diretta, distribuzione di farmaci "per conto"). In via di prima applicazione, le Regioni si impegnano a trasmettere telematicamente il predetto flusso al Ministero della salute.

Art. 4

(razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario)

1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a:

a) adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

b) adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- c) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera;
- d) stabilire, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena;
- e) adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione di cui all'allegato 2, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni convengono, per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, come individuate nella tabella di cui all'allegato n. 2. Le Regioni si impegnano, altresì, a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, istituito dall'articolo 1 della legge 26 maggio 2004, n.138, di conversione del decreto legge 29 marzo 2004, n.81, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12;
- f) adottare, entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, da approvarsi con separata intesa entro il 30 maggio 2005 sulla base delle linee contenute nell'allegato 3, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale. Le Regioni convengono, altresì, di destinare 50 milioni di euro per la realizzazione, nel proprio ambito territoriale, del medesimo Piano. Le Regioni si impegnano a trasmettere al Centro nazionale per l'ECM, da istituirsi con la richiamata intesa, idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento, ai fini di quanto previsto dal successivo articolo 12;
- g) promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;
- h) inviare al Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa i provvedimenti relativi ai livelli essenziali aggiuntivi regionali e al relativo finanziamento;
- i) si conviene che le Regioni trasmettono al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

2. Le Regioni comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i provvedimenti previsti dal comma 1.

Art. 5

(vincolo alla crescita complessiva delle voci dei costi di produzione del 2%, al netto dei costi del personale)

1. Con riferimento a quanto previsto sub e) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione delle proprie aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita annua non sia superiore al 2 per cento, rispetto ai dati di preconsuntivo relativi al quarto trimestre 2004, trasmessi dalle Regioni al Sistema Informativo Sanitario, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi.

Art. 6

(obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario)

1. Con riferimento a quanto previsto sub f) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e a rispettare l'obbligo dell'adozione di misure - compresa la disposizione per la decadenza dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'articolo 1 della richiamata legge 30 dicembre 2004, n. 311 e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo. Limitatamente all'anno 2005, nelle more del perfezionamento del procedimento attuativo dell'art. 7 del decreto legislativo 18



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

febbraio 2000, n. 56, i bilanci regionali fanno riferimento alle risorse indicate nella delibera CIPE di riparto del fabbisogno 2005, commisurate al 99 % dell'importo attribuito alle singole Regioni, salvo eventuali modifiche derivanti dall'applicazione dell'art. 7 del citato d.lgs 56/2000, secondo quanto disposto dall'art. 4 del decreto - legge 30 dicembre 2004, n.314, convertito, con modificazioni, nella legge 1° marzo 2005, n. 26.

2. A tal fine le Regioni:

– provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento. Conseguentemente i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti a presentare per via informatica alla Regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi, una certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sopra indicati. In caso di certificazione di non coerenza con i predetti obiettivi, i direttori generali delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro i successivi quindici giorni. La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi:

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui sopra, nei termini stabili dalla Regione;
- b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra stabilito;

-adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento.

3. Le informazioni contabili riportate nella verifica trimestrale devono in ogni caso corrispondere alle informazioni contabili periodicamente inviate al Sistema Informativo Sanitario attraverso i modelli CE ed SP contenuti nel decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e nel decreto ministeriale 28 maggio 2001.

Art. 7

(meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)

1. Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n.311, le Regioni adottano, entro il 30 settembre 2005, uno specifico provvedimento, con il quale vengono aggiornate le modalità che disciplinano i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tali modalità definiscono i rapporti tra l'ospedale e il territorio, prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra cure primarie e le cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Art. 8

(accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico)

1. 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, in base alle risultanze finali del tavolo degli adempimenti, 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, la sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma operativo, di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

2. La sottoscrizione dell'accordo consente alla Regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

a) spetta l' 80 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 20 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la Regione risulti:



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- adempiente con riferimento all'equilibrio economico-finanziario, verificato dal tavolo tecnico degli adempimenti, al mantenimento dei livelli di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, all'attuazione del Piano nazionale della Prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;

- inadempiente con riferimento agli altri adempimenti di cui all'allegato 1:

b) spetta il 40 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 60 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti non adempiente anche a uno degli adempimenti di cui alla lettera a) primo trattino.

3. L' accordo:

- stabilisce le modalità per l'erogazione del saldo del maggior finanziamento secondo stati di avanzamento concordati, nonché le modalità per la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento, in caso di verifica negativa dello stato di avanzamento nei tempi e nei modi concordati;

- definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica;

- definisce, limitatamente ai casi di cui alla lettera b) del precedente comma, le modalità di affiancamento di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti del Ministero dell'economia e finanze e di rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato - Regioni alle attività di gestione e programmazione del servizio sanitario regionale, nonché la individuazione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, che possono approvare anche con prescrizioni in ordine alle modalità di recepimento e ai contenuti degli stessi. Sono fatti salvi i provvedimenti regionali di somma urgenza, da trasmettersi successivamente alla loro adozione.

- prevede eventuali forme di partenariato con le altre Regioni.

4. Con successiva intesa, in sede di Conferenza Stato -Regioni saranno individuati, entro trenta giorni dalla presente intesa, i casi in cui l'accordo di cui al presente articolo, pur rientrando nella fattispecie di cui alla lettera b), non implica forme di affiancamento; in mancanza della ulteriore intesa opera quanto previsto dalla presente intesa.

5. Limitatamente alle Regioni nelle quali si sia verificato un disavanzo pari o superiore al 7 per cento sulla base dei risultati del Tavolo tecnico degli adempimenti, al netto, per l'anno 2005, delle risorse impiegate per arretrati di contratti e convenzioni per il personale, la stipula dell'accordo di cui al comma 3, integrato con il concerto del Ministro per gli affari regionali, è da considerarsi in ogni caso dovuta da parte della Regione interessata e quindi

11/12/10



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

rientrante tra gli adempimenti oggetto di verifica previsti dalla presente intesa, ai sensi del precedente articolo 2.

Art. 9

(Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA)

1. Ai fini della presente intesa, è istituito presso il Ministero della salute il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.
2. Il Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, opera sulla base delle informazioni desumibili dal sistema di monitoraggio e garanzia di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001, nonché dei flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario.
3. Il Comitato è composto da quattro rappresentanti del Ministero della salute, di cui uno con funzioni di coordinatore, due rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, un rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

Art. 10

(edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico)

1. Ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 188, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che per le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di aver già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico.
2. Le risorse residue di cui al comma 1 sono quelle risultanti dalla differenza tra le risorse complessivamente assegnate e le risorse già finalizzate a specifici interventi, compresi in Accordi di programma già sottoscritti e per i quali, al momento dell'entrata in vigore della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sia già avvenuta l'emanazione del decreto dirigenziale del Ministero della salute di ammissione al finanziamento, ovvero sia già stata formalmente commissionata la progettazione da parte della Regione interessata.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Art. 11 (dispositivi medici)

1. Al fine di promuovere qualità ed efficienza nell'utilizzo dei dispositivi medici, si conviene sulla necessità di uno sviluppo dell'attività della Commissione unica sui dispositivi medici, istituita dall'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per lo svolgimento di funzioni consultive sulle problematiche concernenti tali dispositivi medici.

Art. 12 (tavolo di verifica degli adempimenti)

1. Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, coordinato da un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e composto da rappresentanti:

- del Dipartimento degli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- del Ministero della salute;
- delle Regioni capofila delle Aree sanità e Affari finanziari, nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome;
- di una ulteriore regione indicata dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome;
- dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali;
- della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- della Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

2. Il Tavolo tecnico di cui al comma 1 richiede alle singole Regioni la documentazione necessaria alla verifica degli adempimenti. Il Tavolo procede ad un primo esame della documentazione, informando le Regioni – prima della convocazione - sui punti di criticità riscontrati, affinché esse possano presentarsi con le eventuali integrazioni, atte a superare le criticità individuate. Il coordinatore del Tavolo tecnico dispone che di tutte le sedute sia redatto verbale. Il verbale, che dà conto dei lavori e delle posizioni espresse dai partecipanti, è trasmesso ai componenti del Tavolo e alla Regione interessata.

3. Il Tavolo tecnico:

- entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle Regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento;
- si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'articolo 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della presente intesa;
- riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, che esprime il suo parere entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Riferisce, altresì, al tavolo politico su eventuali posizioni discordanti. Nel caso che tali posizioni riguardino la valutazione degli adempimenti di una singola Regione, la stessa viene convocata dal Tavolo politico.

4. Il Tavolo politico è composto:

- per il Governo, dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro della salute o suo delegato e dal Ministro per gli affari regionali o suo delegato;
- per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato.

5. Il Ministero dell'economia e delle finanze, successivamente alla presa d'atto del predetto Tavolo politico in ordine agli esiti delle verifiche sugli adempimenti in questione, provvede entro il 15 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le Regioni adempienti ad erogare il saldo, e provvede nei confronti delle Regioni inadempienti ai sensi dell'art. 1, comma 176, della legge n. 311 del 2004.

Articolo 13

(Regioni a statuto speciale e Province autonome)

1. I contenuti della presente intesa si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Articolo 14

(istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e policlinici universitari)

1. Il Governo e le Regioni si impegnano, per quanto di rispettiva competenza, ad adottare i provvedimenti necessari a garantire che, entro il 31 luglio 2005, sia completato il processo di aziendalizzazione, ai sensi delle norme vigenti, dei policlinici universitari, nonché di



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

insediamento dei nuovi organi degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico previsti
dalla normativa vigente.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino

R. Carpino



IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

Enrico La Loggia

[Handwritten mark]



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

ALLEGATO 1

1. In riferimento a quanto previsto dall'articolo 1 della presente Intesa, si riportano di seguito gli adempimenti già previsti dalla legislazione vigente ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato nei termini stabiliti dalle disposizioni di cui al decreto - legge 18 settembre 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, all'art. 4 del decreto - legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, come integrato dall'articolo 52, comma 4, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dagli articoli 48 e 50 del decreto - legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, dalla legge 24 dicembre 2003, n. 350, integrati dagli adempimenti previsti dalla presente Intesa.

2. E' previsto che le Regioni siano tenute ad ottemperare ai seguenti adempimenti, e in particolare a:

a) mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite:

- misure di contenimento della spesa (strumenti di controllo della domanda, riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, applicazione di strumenti fiscali);
- la quantificazione dei maggiori oneri a proprio carico, indicandone la copertura (art. 4, commi 2 e 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405);

b) adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi, così come previsto dall'art. 2, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3, comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n. 350;

c) adempiere:

- agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004);
- agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001;

d) adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno (articolo 1 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405);

e) mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311);

f) adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie (*articolo 3, comma 4, del decreto - legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405*), così come integrato da quanto convenuto all'articolo 4, comma 1, lettera a) della presente intesa;

g) adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato-Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (*articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n. 289*);

h) attuare nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome del 14 febbraio 2002, atto rep. n. 1387, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le Regioni predispongono una relazione da presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e dei risultati raggiunti (*articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289*);

i) adottare i provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome (*articolo 52, comma 4, lettera d) della legge 27 dicembre 2002, n. 289*);

j) attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza Stato-Regioni (*articolo 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289*). Tale adempimento



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

regionale si considera rispettato dall'applicazione, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, delle disposizioni dell'articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Tale adempimento si intende rispettato anche nel caso in cui le Regioni dimostrino di avere realizzato, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche, nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze, di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

k) adottare tutti i provvedimenti, in rapporto allo stato di attuazione delle procedure previste, affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle Regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari che consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, dell' articolo 50 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in numero definito, secondo le loro necessità, comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica (*articolo 50, comma 4, del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326*);

l) ripianare il 40 per cento del proprio superamento del tetto per la spesa farmaceutica, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica, di cui all'articolo 4, comma 3, del decreto - legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, (*articolo 48, comma 5, lettera f) del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326*);

m) gli ulteriori adempimenti connessi a quanto stabilito dalla presente Intesa.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

ALLEGATO 2

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

Premessa

1. Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un aumento della vita media ed ad una modifica delle cause di morte in Italia con l'aumento considerevole delle malattie cronico degenerative e dei tumori. La crescente incidenza delle malattie croniche e delle loro complicanze fa sì che il peso finanziario di queste patologie, che si scarica sul Servizio Sanitario Nazionale, nell'arco di un decennio diverrà insostenibile. Le patologie croniche sono in larga misura prevenibili e questo giustifica la necessità di definire un piano nazionale della prevenzione. Tutti i paesi avanzati, proprio in considerazione dei costi legati alle malattie cronico-degenerative si stanno attivando, per attuare riforme strutturali, sanitarie e di welfare, tali da consentire che questa prevenzione abbia luogo¹.

La Legge finanziaria 2005 ha previsto tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere il congruaggio del 5% del Fondo Sanitario Nazionale, l'attivazione del Piano Nazionale della Prevenzione e del Piano nazionale della formazione. L'importanza di attivare un piano per la prevenzione era già stata condivisa dalle Regioni che avevano sottoscritto l'accordo di Cernobbio del 6/4/2004 sulle priorità in sanità, tra queste la prevenzione. Gli interventi di prevenzione, sia primaria che secondaria, che gli interventi di educazione e promozione della salute in Italia, sono effettuati da diversi anni, ma le modalità di attivazione di tali interventi, anche di quelli la cui efficacia è documentata scientificamente, è stata realizzata in modo molto disforme dalle singole Regioni. Inoltre alcuni mutamenti normativi e l'evoluzione tecnico-scientifica, con particolare riguardo all'affermarsi della metodologia di Evidence Based Prevention, hanno delineato una diversa evoluzione, anche di tipo organizzativo, dei Servizi di Prevenzione. Così oggi rileviamo che in Italia solo poco più della metà dei soggetti nelle fasce di età a rischio si sottopone agli screening per la diagnosi precoce dei tumori del seno e dell'utero. Quello che serve è, quindi, un coordinamento che permetta di conseguire, in tutto il Paese uniformemente, obiettivi di salute tali, da garantire che tutti i cittadini aventi titolo possano

¹ Con la comunicazione COM/99/0347 "Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale", la Commissione Europea ha individuato nel 1999 alcuni obiettivi fondamentali, tra i quali quello della prevenzione, (promuovendo misure attive e non passive) e quello di una rete di sicurezza sociale, suggerendo agli Stati Membri lo scambio delle esperienze e la valutazione periodica e sistematica delle politiche attuate. Questi suggerimenti sono stati recepiti nel 2000 dal Consiglio straordinario dei Capi di Stato e di Governo a Lisbona, che hanno indicato tra gli obiettivi dell'Europa un migliore sistema di welfare come fattore di sviluppo e di coesione sociale in un contesto di crescente competitività internazionale.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

accedere ai servizi di diagnosi precoce e di prevenzione e, quindi, ottenere un risparmio di vite umane e una riduzione delle patologie. Pur nel rispetto delle peculiarità regionali, vi è comunque l'esigenza che le diverse esperienze e scelte organizzative abbiano un momento di confronto e coordinamento ed anche siano condivise, relativamente ai principali interventi e strategie preventive, fermo restando la responsabilità da parte delle Regioni di procedere, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, a prevedere specifici progetti sulla base delle conoscenze epidemiologiche caratterizzanti le diverse realtà regionali.

Sul piano nazionale della prevenzione si concentrano, inoltre, risorse mai considerate precedentemente, derivabili dalla quota vincolata agli obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale e da altre risorse individuate dal Governo per interventi specifici, quali quelle individuate dalla legge n. 138 del 2004.

Perché si possano valutare gli effetti di un piano di prevenzione, è necessario che lo stesso abbia un respiro almeno triennale, per permettere la messa a regime degli interventi. Per questo il piano nazionale della prevenzione va disegnato, per essere fattibile, prevedendo accanto agli obiettivi triennali una gradualità degli interventi che porti a regime l'intero piano nel periodo considerato e che individui le priorità rispetto ai diversi campi di azione.

2. Gli ambiti del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Gli ambiti del piano nazionale di prevenzione per il triennio 2005-2007 sono quelli già previsti nell'accordo di Cernobbio: la prevenzione della patologia cardiovascolare, e la prevenzione delle complicanze del diabete; la diagnosi precoce dei tumori; le vaccinazioni; a tali ambiti va aggiunta la prevenzione degli incidenti, ivi compresi gli incidenti domestici, per l'impatto in termini di anni di vita persi e di invalidità. Di ognuno di questi temi si delineano le linee strategiche e gli obiettivi attesi, rimandando l'elaborazione delle schede attuative al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

2.1) La prevenzione cardiovascolare.

Per iniziare il programma di prevenzione cardiovascolare sono da considerarsi quattro distinte iniziative:

- 1) la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;
- 2) la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- 3) la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente;
- 4) la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

2.1.1 Quale strumento estremamente valido per la definizione del rischio cardiovascolare, si propone l'utilizzo della cosiddetta carta del rischio, in quanto consente di offrire al soggetto in esame la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, a un incidente cardiovascolare in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita. La consapevolezza acquisita del possibile aumento del rischio in misura considerevole induce il soggetto in esame a chiedere consiglio al medico su come modificare i propri stili di vita, così da abbassare il rischio, e questa è una occasione estremamente favorevole per consigliare al soggetto in esame su come comportarsi e tutelare meglio la propria salute.

L'Istituto Superiore di Sanità ha definito i fattori di rischio e il peso di ognuno di essi, costruendo la carta del rischio in base all'esame di una coorte italiana, evitando quindi di dover importare dall'estero e tipicamente dallo *studio Framingham* questi elementi, che a volte non si adattano bene alla nostra gente. I fattori di rischio considerati dalla carta sono sei (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di HDL colesterolo, i valori di pressione arteriosa sistolica, l'iperglicemia) e considerano separatamente uomini e donne, soggetti diabetici e non diabetici.

Il Centro nazionale per la prevenzione e la sorveglianza delle malattie individuerà le linee operative per l'applicazione della carta, che potrà prevedere, in fase di avvio, anche l'individuazione di eventuali gruppi target specifici. Sarà necessario prevedere anche una formazione specifica e l'attivazione di un sistema di registrazione dei dati, per la valutazione di efficacia e per studi epidemiologici. In fase di elaborazione delle schede attuative saranno anche individuate le modalità per dare avvio al programma nelle singole realtà regionali.

2.1.2 La prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile agevola fortemente la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna, ma anche la prevenzione dello sviluppo del diabete nell'eventuale nuovo nato. E' quindi giustificato un intervento preventivo, che si basa su semplici elementi di prevenzione: lo screening sistematico da parte del medico di famiglia, ma anche dalla donna su se stessa con indicatori di obesità, ricordando che per un test di semplice adozione si può fare ricorso a misure fortemente indicative, quali quelle dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e la circonferenza addominale.

Questo approccio potrà permettere un'ampia attività di prevenzione, ma soprattutto consentirà di mirare l'intervento preventivo alle persone realmente a rischio.

2.1.3 Per quanto riguarda la prevenzione del diabete di tipo II e delle sue complicanze si tratta di un'iniziativa che è perseguita già in altri Stati e tipicamente negli Stati Uniti dalla *Kaiser Permanente* in California. Si tratta innanzitutto di censire la popolazione affetta da diabete di tipo II, che in grande misura è inconsapevole di avere questa patologia.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Spesso il diabete di tipo II si associa all'obesità in una sindrome chiamata *Diabesity* e, quindi, è soprattutto a questo tipo di popolazione che si deve rivolgere l'attenzione. Il censimento periodico della popolazione consente anche di monitorare la crescita dell'incidenza di questa patologia e di attivare dei programmi di prevenzione delle complicanze. Sappiamo infatti che questi pazienti inizialmente collaborano attivamente con il medico, ma poi, con l'andare del tempo, la *compliance* alle indagini e alla terapia cala in maniera pericolosa. Importante è la funzione di sostegno del medico che gli permette di tenere sotto controllo il gruppo di pazienti e di coinvolgerli attivamente nel programma terapeutico.

Anche in questo caso la comunicazione medico-paziente e istituzione-paziente è fondamentale. Le schede attuative individueranno le modalità per dare avvio al programma nelle singole realtà regionali. Va ricordato, infine, che il diabete dei bambini sta diventando un problema anche in Italia e quindi il programma si deve estendere anche ai bambini e in particolare ai bambini obesi. Come si può notare questo programma si integra facilmente con il primo, perché il diabete è uno dei fattori di rischio inclusi nella carta del rischio.

2.1.4 Il quarto oggetto della prevenzione cardiovascolare riguarda le recidive di coloro che hanno già avuto un primo accidente, sia a livello cardiaco, sia a livello cerebrale. In questi casi le società scientifiche raccomandano un trattamento adeguato, che consente di ritardare o prevenire l'occorrenza di un secondo incidente.

2.2) Screening dei tumori.

Gli screening dei tumori validati sono oggetto di raccomandazione Europea e sono tre:

- 1) screening del tumore del seno;
- 2) screening del cancro della cervice uterina;
- 3) screening del cancro del colon retto.

Per ognuno di questi screening è necessario attivare programmi e coordinare le azioni, in modo da sollecitare in modo attivo la popolazione alla partecipazione ai programmi di prevenzione.

Anche in questo caso la figura del medico di famiglia è molto importante, in quanto il medico di famiglia può sollecitare l'attenzione di queste persone e effettuare un adeguato *counselling*.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Fondamentale elemento, perché la campagna di screening risulti efficace, è definire il percorso per i soggetti positivi, in modo da evitare perdite di tempo e tracciare dei percorsi prioritari per questi pazienti, affinché risolvano il loro problema, arrivando rapidamente ad una diagnosi certa.

Altro punto importante è che gli screening vengano effettuati in condizioni nelle quali sono garantite la qualità delle attrezzature e delle procedure.

E' compito della Regione disegnare questa rete dei Centri di screening e valutare la qualità e quantità del loro lavoro.

La comunicazione istituzionale unica e centralizzata, infine, evita di disperdere risorse in inutili campagne e in inutili pubblicazioni, permette di rendere molto efficace questa comunicazione, onde raggiungere tutta la popolazione e appoggiare la campagna che la Regione effettua.

2.3) Prevenzione degli incidenti

Gli incidenti sono la prima causa di morte nei giovani. Nei giovani la maggiore causa di morte è legata agli incidenti stradali.

Per quanto riguarda gli anziani, sappiamo che gli incidenti domestici sono cause prevenibili di disabilità e di mortalità molto rilevanti come pure per i bambini.

La problematica degli incidenti domestici, che colpiscono alcune fasce di popolazione particolari, come bambini e anziani, assume un rilievo consistente in termini sia di morbosità che di mortalità. Benché tale fenomeno non sia completamente azzerabile, vi sono ampi margini per intervenire e prevenirne una buona parte.

Una prima tipologia di interventi riguarda il censimento degli infortuni: molta parte degli interventi avviati in diverse Regioni hanno attinto ai dati del Pronto Soccorso, tuttavia ulteriori sforzi dovranno essere attuati per una maggior completezza ed approfondimento dei dati

La comunicazione istituzionale, ovviamente, avrà il suo ruolo e ancora una volta la comunicazione dovrà essere centralizzata onde evitare inutili dispersioni di risorse.

2.4) Piano delle vaccinazioni.

Le coperture vaccinali raggiungono un risultato insoddisfacente in alcune Regioni, non raggiungendo i valori-soglia, specifici per ogni malattia, che ne garantirebbero l'eliminazione. Si tratta in particolare delle vaccinazioni raccomandate per i



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

bambini e in particolare la vaccinazione anti morbillosa, cosicchè ancora oggi in Italia il morbillo è una malattia che miete vittime e che comporta patologia.

Fermo restando i contenuti del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita di cui all'accordo Stato - Regioni del 13 novembre 2003, e l'iter di aggiornamento del Piano nazionale vaccini, richiamato dal DPCM 29 novembre 2001, occorre richiamare l'importanza delle anagrafi vaccinali, così da poter valutare la necessità e gli effetti delle campagne vaccinali, in atto e da implementare, e condividere criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità; definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per le categorie particolari, lasciando alle Regioni l'opzione e l'introduzione di altri preparati, in relazione a particolari condizioni epidemiologiche.

Per quanto riguarda gli anziani le vaccinazioni più importanti sono quelle anti-influenzale e quella anti pneumococcica, benché - per quanto riguarda quest'ultima - le più recenti revisioni sistematiche ne mettano in discussione l'efficacia: si tratterà, dunque, di implementare nuove azioni che raccordino i dati epidemiologici con le strategie. Anche qui vi è una forte azione da svolgere d'accordo con i medici di medicina generale e tramite la comunicazione di massa centralizzata, onde evitare che in Italia gran parte degli anziani non si vaccini contro l'influenza e vada incontro a pesanti patologie e mortalità durante l'inverno.

3. Il coordinamento del Piano

3.1) Al Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), tra i cui compiti istitutivi prioritari, di cui al DM 1° luglio 2004, è previsto il coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva, sono affidati i seguenti compiti, da attuarsi con la partecipazione diretta dei propri comitati scientifico e tecnico per le specifiche competenze:

- a) traduzione delle linee generali di intervento sopra richiamate in linee operative, prevedendo, con la partecipazione dei propri organi, che per i programmi non ancor validati scientificamente sul territorio nazionale, sia possibile attuare dei progetti pilota, per verificarne l'impatto prima della messa a regime;
- b) definizione di un cronoprogramma di sviluppo degli interventi previsti nei programmi specifici, che individui le fasi di attuazione e le modalità di verifica dell'attuazione dei singoli programmi;
- c) supporto alle singole Regioni, nella definizione dei programmi regionali attuativi;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

d) diffusione delle iniziative e dei progetti di cui al presente Piano, in modo univoco e unificato sul territorio nazionale, al fine di evitare iniziative che si sovrappongano e ulteriori risorse.

4. Finanziamento del Piano

4.1) Sul Piano Nazionale della Prevenzione, che parte nel 2005, si concentrano risorse mai considerate precedentemente e che prevedono l'importo di 240 milioni di euro che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n.662. Tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi di piano.

Oltre a tali risorse le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo la quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella:



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Tabella
**Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la realizzazione del Piano Nazionale della
Prevenzione**

Regioni	Popolazione	Risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007)	Risorse da quota indistinta della delibera CIPE (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007)	Totale (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007)
PIEMONTE	4.296.822	17.716.509	14.763.757	32.480.266
VALLE D'AOSTA	122.360	504.511	420.425	924.936
LOMBARDIA	9.318.038	38.419.811	32.016.514	70.436.325
BOLZANO	471.635	1.944.629	1.620.524	3.565.153
TRENTO	493.406	2.034.395	1.695.329	3.729.724
VENETO	4.671.372	19.260.840	16.050.700	35.311.540
FRIULI	1.202.070	4.956.334	4.130.278	9.086.612
LIGURIA	1.585.612	6.537.741	5.448.117	11.985.858
EMILIA ROMAGNA	4.107.144	16.934.435	14.112.029	31.046.464
TOSCANA	3.589.289	14.799.231	12.332.692	27.131.923
UMBRIA	854.174	3.521.901	2.934.917	6.456.818
MARCHE	1.511.774	6.233.295	5.194.412	11.427.707
LAZIO	5.261.241	21.692.966	18.077.471	39.770.437
ABRUZZO	1.290.620	5.321.438	4.434.532	9.755.970
MOLISE	322.218	1.328.558	1.107.132	2.435.690
CAMPANIA	5.790.193	23.873.922	19.894.935	43.768.857
PUGLIA	4.047.094	16.686.837	13.905.697	30.592.534
BASILICATA	598.163	2.466.323	2.055.269	4.521.592
CALABRIA	2.018.767	8.323.709	6.936.424	15.260.133
SICILIA	5.011.253	20.662.224	17.218.520	37.880.744
SARDEGNA	1.644.463	6.780.391	5.650.326	12.430.717
	58.207.704	240.000.000	200.000.000	440.000.000



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

ALLEGATO 3

Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007.

1. Premessa.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la "realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e sanità" per tutti i professionisti della salute.

L'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, la realizzazione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario", coerentemente con il Piano Sanitario Nazionale.

Il "Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario" costituisce il presupposto necessario per l'individuazione degli strumenti condivisi per il contenimento della dinamica dei costi, il miglioramento qualitativo dei servizi e la riduzione della spesa inappropriata, nel rispetto del principio della uniforme ed appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sul territorio nazionale, di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

Gli articoli 16-*bis* e 16-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, hanno definito la formazione continua ed istituito la Commissione nazionale per la formazione continua.

La realizzazione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario" richiede maggiore coordinamento e collaborazione fra i livelli nazionale e regionale, in quanto le attività di ECM si trovano ad un punto particolarmente delicato, tipico di tutti i processi che, dopo un fase sperimentale e di prima implementazione, sono destinati ad acquisire carattere stabile e sistemico.

Si rende, pertanto, necessario fissare delle regole condivise per la predetta attività permanente di coordinamento e collaborazione tra le strutture e le iniziative nazionali e regionali in materia di Educazione continua in medicina.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

2. Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007

Per l'avvio del Piano si condivide il seguente percorso:

- entro il 30 maggio 2005, con specifica Intesa Stato- Regioni, si definiscono le nuove modalità di attuazione dell'ECM in campo nazionale, attraverso la formulazione del Piano Nazionale di aggiornamento del personale sanitario ;
- entro il 30 luglio 2005, le Regioni adottano i provvedimenti per l'attuazione dell'Intesa;
- entro il 30 settembre 2005, le Regioni avviano i programmi attuativi.

I principi cui si dovrà attenere l'Intesa Stato- Regioni sono i seguenti :

2.1. La fase attuale può considerarsi di transizione. Per guidarla occorre, dunque, pensare ad una organizzazione dei processi di governo del sistema ECM basati su una forte e permanente concertazione, in grado di meglio conciliare, fin da subito, le esigenze nazionali e quelle regionali, ma anche di assicurare la promozione del nuovo quadro normativo.

2.2. Sempre meno il carattere di "sistema" delle attività ECM è automaticamente assicurato da una definizione normativa solo nazionale e da una centralizzazione basata sul ruolo e sulle attività della Commissione nazionale per la formazione continua; sempre più l'affiancarsi di normative regionali a quella nazionale e il diffondersi, a livello regionale, di esperienze e organizzazioni di governo tecnico delle attività formative richiedono modalità nuove, per mantenere tale carattere di "sistema", riconosciuto in quanto condiviso da tutte le Regioni .

2.3. Le nuove modalità potranno basarsi sul mantenimento e miglioramento della concertazione tra Ministero della salute e Regioni, attraverso:

a) la creazione di:

- un organismo tecnico politico per il coordinamento strategico del sistema nazionale ECM (Centro Nazionale per l'educazione Continua in Medicina);
- di una segreteria operativa di coordinamento a carattere paritetico Ministero Regioni, che opererà in maniera continuativa;
- di un Comitato tecnico permanente, con la partecipazione di tutti i referenti tecnici delle Regioni e delle Province autonome;

b) la definizione delle nuove competenze della Commissione nazionale per la formazione continua.

2.4. Il nuovo organismo sopra delineato avrà il compito di elaborare e coordinare i programmi applicativi del Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

2.5. Il Piano dovrà garantire:

- la ridefinizione degli obiettivi formativi, garantendo, in ogni caso, che nella formazione continua del personale sanitario siano presenti:
 - a) temi comuni a tutte o più professioni, di prevalente interesse dello Stato;
 - b) temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie;
 - c) temi di natura organizzativo-gestionale, di prevalente interesse delle Regioni;
- la fissazione delle tipologie delle attività formative;
- le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider;
- la definizione di un organico intervento formativo nazionale;
- i criteri per l'attribuzione dei crediti;
- l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
- il ruolo delle società scientifiche;
- la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.

2.6. Fino alla definizione del Piano nazionale per l'educazione continua, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato - Regioni del 20 dicembre 2001 (atti rep. n. 1358), nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso, così come confermato con gli accordi Stato - Regioni del 13 marzo 2003, (rep. atti n. 1667) e del 20 maggio 2004 (rep. atti n. 1992).

Per l'anno 2005, ai fini del debito formativo, il valore di riferimento dei crediti da acquisire, resta fissato a n. 30 crediti.

2.7. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2005 alla data della presente intesa.

2.8. Da parte delle singole Regioni, si provvederà all'adozione e trasmissione al Ministero della salute dei provvedimenti di propria competenza per l'applicazione dell'Intesa.

2.9. Il Piano, anche in considerazione dello sviluppo a livello europeo della specifica problematica, individuerà le possibili soluzioni, anche normative, attraverso le quali utilizzare il ruolo dell'ECM nei processi di rivalidazione dell'abilitazione professionale o di certificazione professionale dei medici e delle altre professioni sanitarie.

2.10. Finanziamento del Piano.

Per il "Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", che parte nel 2005, si prevedono risorse per un importo pari a 50 milioni di euro che le





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Regioni condividono di mettere a disposizione sulla quota indistinta ripartita dal CIPE
per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Le risorse così disponibili sono riportate nella seguente tabella:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

TABELLA

Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la realizzazione del Piano Nazionale
dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007

Regioni	Popolazione	Risorse da quota indistinta della delibera CIPE (importo in euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007)
PIEMONTE	4.296.822	3.690.939
VALLE D'AOSTA	122.360	105.106
LOMBARDIA	9.318.038	8.004.128
BOLZANO	471.635	405.131
TRENTO	493.406	423.832
VENETO	4.671.372	4.012.675
FRIULI	1.202.070	1.032.570
LIGURIA	1.585.612	1.362.029
EMILIA ROMAGNA	4.107.144	3.528.007
TOSCANA	3.589.289	3.083.173
UMBRIA	854.174	733.729
MARCHE	1.511.774	1.298.603
LAZIO	5.261.241	4.519.368
ABRUZZO	1.290.620	1.108.633
MOLISE	322.218	276.783
CAMPANIA	5.790.193	4.973.734
PUGLIA	4.047.094	3.476.424
BASILICATA	598.163	513.817
CALABRIA	2.018.767	1.734.106
SICILIA	5.011.253	4.304.630
SARDEGNA	1.644.463	1.412.581
	58.207.704	50.000.000

L. 2 dicembre 2005, n. 248

Conversione in legge, con modificazioni, del *D.L. 30 settembre 2005, n. 203*, recante misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria

aggiornamento aprile 2010

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settori Salute e Politiche sociali

<p style="text-align: center;">Art. 9</p> <p>Potenziamento di strumenti di programmazione finanziaria nel settore sanitario.</p> <p>1. Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato, di cui all'<i>articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, nonché il rispetto del relativo equilibrio economico-finanziario, a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato secondo quanto previsto dall'<i>articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio</p>	<p><i>Comma 1. Obbligo di accantonamento nel bilancio regionale degli oneri contrattuali derivanti dal rinnovo dei contratti del personale del SSN e degli Accordi per il personale convenzionato dal biennio 2006-2007.</i></p> <p>Costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo l'accantonamento nel bilancio regionale degli oneri derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN. L'adempimento è monitorato nel Tavolo di verifica art. 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005 ed il mancato o parziale accantonamento viene segnalato alla Regione.</p>
--	--

<p>sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica. Ciascuna regione dà evidenza di tale accantonamento nel modello CE riepilogativo regionale di cui al <i>D.M. 16 febbraio 2001</i> del Ministro della sanità, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001, e al <i>D.M. 28 maggio 2001</i> del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 del 9 giugno 2001. Qualora dai dati del monitoraggio trimestrale in sede di verifica delle certificazioni trimestrali di accompagnamento del conto economico, di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si evidenzi il mancato o parziale accantonamento, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, segnala alla regione tale circostanza ⁽¹¹³⁾.</p> <p>(113) Comma così modificato dalla <i>legge di conversione 2 dicembre 2005, n. 248</i>. Vedi, anche, il comma 17 dell'<i>art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>.</p>	
<p>2. Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato, di cui all'<i>articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, nonché il rispetto del relativo equilibrio economico-finanziario, per l'anno 2005, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, secondo quanto previsto dall'<i>articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme</p>	<p>Comma 2. Obbligo di accantonamento nel bilancio regionale degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico veterinaria e del Comparto del SSN biennio 2004-2005.</p> <p>Costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo l'accantonamento nel bilancio regionale degli oneri derivanti dal rinnovo del contratto della dirigenza medica del Comparto per il biennio 2004-2005. L'adempimento è monitorato nel Tavolo di verifica art. 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005 ed il mancato o parziale accantonamento viene segnalato alla Regione.</p>

necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico-veterinaria, dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo e del personale del comparto del SSN, biennio economico 2004-2005, nell'ambito del proprio territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica. Ciascuna regione dà evidenza di tale accantonamento nel modello CE riepilogativo regionale di cui ai citati *D.M. 16 febbraio 2001* e *D.M. 28 maggio 2001*. Qualora dai dati del monitoraggio trimestrale in sede di verifica delle certificazioni trimestrali di accompagnamento del conto economico, di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si evidenzi il mancato o parziale accantonamento, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, segnala alla regione tale circostanza ⁽¹¹⁴⁾.

(114) Comma così modificato dalla *legge di conversione 2 dicembre 2005, n. 248*.

LEGGE 23 dicembre 2005, n. 266
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2006)

Testo aggiornato il 18 marzo 2010

(GU n. 302 del 29-12-2005- Suppl. Ordinario n. 211)

Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Settore Salute e Politiche sociali

Testo finanziaria	Argomento	Provvedimenti attuativi
Art. 1.		
1. 138. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e a modifica di quanto stabilito per il patto di stabilità interno dall' <i>articolo 1, commi da 21 a 41, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> , e successive modificazioni, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni con popolazione superiore a 3.000 abitanti e le comunità montane con popolazione superiore a 50.000 abitanti concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2006-2008 con il rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 139 a 150, che costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione. Limitatamente all'anno 2006, le disposizioni di cui ai commi 140 e 141 non si applicano ai comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti ⁽⁶¹⁾ .	Patto di stabilità interno Per l'anno 2006 per le Regioni è previsto un taglio delle spese correnti del 3,8 % rispetto al 2004. Per gli anni 2007 e 2008 il complesso delle spese correnti non può superare le spese dell'anno precedente aumentate, rispettivamente, dello 0.4% e del 2,5%.	

<p>(61) Periodo così sostituito dall'art. 39-<i>sexies decies</i>, <i>D.L. 30 dicembre 2005, n. 273</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.</p>		
<p>1. 139. Il complesso delle spese correnti, per ciascuna regione a statuto ordinario, determinato ai sensi del comma 142, non può essere superiore, per l'anno 2006, al corrispondente ammontare di spese correnti dell'anno 2004 diminuito del 3,8 per cento e, per gli anni 2007 e 2008, non può essere superiore al complesso delle corrispondenti spese correnti dell'anno precedente aumentato, rispettivamente, dello 0,4 per cento e del 2,5 per cento. Per gli stessi anni il complesso delle spese in conto capitale, determinato ai sensi del comma 143, non può essere superiore, per l'anno 2006, al corrispondente ammontare di spese in conto capitale dell'anno 2004 aumentato del 4,8 per cento e, per ciascuno degli anni 2007 e 2008, al complesso delle corrispondenti spese in conto capitale dell'anno precedente aumentato del 4 per cento.</p>		
<p>1. 142. Il complesso delle spese correnti di cui ai commi 139 e 140 deve essere calcolato, sia per la gestione di competenza sia per quella di cassa, al netto delle:</p> <p>a) spese di personale, cui si applica la specifica disciplina di settore;</p> <p>b) spese per la sanità per le sole regioni, cui si applica la specifica disciplina di settore;</p>	<p style="text-align: center;">Spese correnti</p> <p>Le spese correnti per le Regioni si considerano al netto dei costi per il personale; per la Sanità; per trasferimenti correnti alle amministrazioni pubbliche e per quelle di carattere sociale.</p>	

<p>c) spese per trasferimenti correnti destinati alle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato e individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'elenco annualmente pubblicato in applicazione di quanto stabilito dall'<i>articolo 1, comma 5, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> ⁽⁶³⁾;</p> <p>d) spese di carattere sociale quali risultano dalla classificazione per funzioni previste dal regolamento di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 31 gennaio 1996, n. 194</i>;</p> <p>e) spese per interessi passivi;</p> <p>f) spese per calamità naturali per le quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza nonché quelle sostenute dai comuni per il completamento dell'attuazione delle ordinanze emanate dal Presidente del Consiglio dei Ministri a seguito di dichiarazione dello stato di emergenza;</p> <p>g) spese per oneri derivanti da sentenze che originino debiti fuori bilancio;</p> <p>h) spese derivanti dall'esercizio di funzioni trasferite o delegate da parte delle regioni ed esercitate dagli enti locali a decorrere dal 1° gennaio 2005, nei limiti dei corrispondenti trasferimenti finanziari attribuiti dall'amministrazione regionale. Conseguentemente, il livello di spesa per il 2004 delle regioni, assunto a base di calcolo per la riduzione del 3,8 per cento, ai sensi del comma 139, è</p>		
--	--	--

<p>ridotto in misura pari ai predetti trasferimenti correnti.</p> <hr/> <p>(63) Vedi, anche, il comma 8-<i>septies</i> dell'art. 6, <i>D.L. 28 dicembre 2006, n. 300</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.</p>		
<p>1. 165. Al comma 61 dell'<i>articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, le parole: «31 dicembre 2005» sono sostituite con le seguenti: «31 dicembre 2006».</p>	<p>Addizionali Ires e Irap</p> <p>Il blocco viene prorogato fino al 31 dicembre 2006 tranne che per le Regioni che devono coprire i disavanzi.</p>	
<p>1. 170. Le disposizioni dei commi 166 e 167 si applicano anche agli enti del Servizio sanitario nazionale. Nel caso di enti di cui al presente comma che non abbiano rispettato gli obblighi previsti ai sensi del comma 166, la Corte trasmette la propria segnalazione alla regione interessata per i conseguenti provvedimenti ⁽⁷⁶⁾.</p> <hr/> <p>(76) Con <i>Del.C.C. 27 aprile 2006, n. 7/AUT/2006</i> (Gazz. Uff. 30 maggio 2006, n. 124, S.O.), con <i>Del.C.C. 18 aprile 2007, n. 4/AUT/2007</i> (Gazz. Uff. 14 maggio 2007, n. 110), con <i>Del. 14 marzo 2008, n. 4/AUT/2008</i> (Gazz. Uff. 18 aprile 2008, n. 92, S.O.) e con <i>Del. 20 luglio 2009, n. 13/SEZAUT/2009/INPR</i> (Gazz. Uff. 24 agosto 2009, n. 195, S.O.) sono state emanate le linee guida per i collegi sindacali degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, in attuazione di quanto disposto dal presente comma.</p>	<p>Controlli della Corte dei Conti</p> <p>Le disposizioni relative al controllo della Corte dei Conti per garantire il rispetto del patto di stabilità interno si applicano anche agli enti del SSN. In caso di mancato rispetto degli obblighi, la Corte trasmette segnalazione alla Regione interessata.</p>	
<p>1. 182. Per le finalità indicate al comma 178, in deroga a</p>	<p>Biennio contrattuale 2004-2005</p>	

<p>quanto stabilito dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, attuativa dell'<i>articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, il concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria è incrementato, in via aggiuntiva, di 213 milioni di euro a decorrere dal 2006.</p>	<p>Il finanziamento della spesa sanitaria , in deroga all'Intesa del 23 marzo 2005 è incrementato di 213 milioni di euro a decorrere dal 2006 per l'attuazione del protocollo d'intesa sottoscritto dal Governo e dalle organizzazioni sindacali il 27maggio 2005.</p>	
<p>1. 187. A decorrere dall'anno 2006 le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli <i>articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300</i>, e successive modificazioni, gli enti pubblici non economici, gli enti di ricerca, le università e gli enti pubblici di cui all'<i>articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</i>, e successive modificazioni, possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 40 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2003. Per il comparto scuola e per quello delle istituzioni di alta formazione e specializzazione artistica e musicale trovano applicazione le specifiche disposizioni di settore. Il mancato rispetto dei limiti di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale ⁽⁸¹⁾.</p> <hr/> <p>(81) Comma così modificato dal comma 538 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>. Per la riduzione del limite previsto dal presente comma vedi il comma 80 dell'<i>art. 3, L.</i></p>	<p>Limitazioni dei contratti a termine A decorrere dal 2006 per le amministrazioni dello Stato i contratti a tempo determinato e le convenzioni non devono superare il 60% della spesa sostenuta nel 2003.</p>	

<p>24 dicembre 2007, n. 244. In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi il comma 11 dell'<i>art. 1, D.L. 4 novembre 2009, n. 152</i>.</p>		
<p>1. 188. Per gli enti di ricerca, l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente (ENEA), il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (CNIPA), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale e per gli istituti zooprofilattici sperimentali, sono fatte comunque salve le assunzioni a tempo determinato e la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca e di innovazione tecnologica ovvero di progetti finalizzati al miglioramento di servizi anche didattici per gli studenti, i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del Fondo di finanziamento degli enti o del Fondo di finanziamento ordinario delle università.</p>	<p>Sono comunque fatte salve le assunzioni a termine e le collaborazioni per gli enti di ricerca, per l'Istituto Superiore di Sanità, Ispesl, Assr, Aifa .</p>	
<p>1. 198. Le amministrazioni regionali e gli enti locali di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, nonché gli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il conseguimento delle economie di cui all'<i>articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese di personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno</p>	<p>Contenimento degli oneri contrattuali Le spese per il personale delle amministrazioni regionali nonché degli enti del SSN non dovranno superare per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008 l'ammontare registrato nel 2004 diminuito dell'1%.</p>	

<p>degli anni 2006, 2007 e 2008 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni ⁽⁸³⁾.</p> <hr/> <p>(83) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.</p>		
<p>1. 203. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale, le disposizioni del comma 198 costituiscono strumento di rafforzamento dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, attuativa dell'<i>articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>. Gli effetti di tali disposizioni nonché di quelle previste per i medesimi enti del Servizio sanitario nazionale dall'<i>articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, sono valutati nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della medesima intesa, ai fini del concorso da parte dei predetti enti al rispetto degli obblighi comunitari ed alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'<i>articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> ⁽⁸⁸⁾.</p> <hr/> <p>(88) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.</p>	<p>Contenimento oneri contrattuali quale ulteriore adempimento al Tavolo della spesa per l'accesso al finanziamento integrativo.</p> <p>Le disposizioni sul contenimento delle spese per il personale costituiscono per gli enti del SSN rafforzamento dell'Intesa del 23 marzo 2005 e vengono valutati nel tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo.</p>	<p>Adempimento aggiuntivo per le Regioni da monitorare nel Tavolo tecnico ex art. 12 Intesa 23 marzo 2005</p>

<p>1. 206. Le disposizioni dei commi da 198 a 205 costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione ⁽⁹⁴⁾.</p> <hr/> <p>(94) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>.</p>	<p>Le disposizioni sul contenimento quali principi fondamentali Le disposizioni sul contenimento costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli artt. 117 terzo comma e 119 secondo comma della Costituzione.</p>	
<p>1. 274. Nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:</p>	<p>Conferma obblighi Intesa 23 marzo 2005 ed adempimenti aggiuntivi</p>	
<p>a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con la citata 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;</p>	<p>a) Restano fermi tutti gli obblighi previsti nell'Intesa 23 marzo 2005. In caso di squilibrio economico-finanziario le ASL devono presentare Piani di rientro, pena la decadenza dei loro Direttori Generali.</p>	<p>Adempimenti delle Regioni previsti nell'Intesa 23 marzo 2005</p>
<p>b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'<i>articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>.</p>	<p>b) Si confermano gli obblighi previsti dal comma 174 della fin. 2005 sull'adozione dei necessari provvedimenti per le situazioni di disequilibrio e sulla diffida ad adempiere e sul commissario ad acta da parte del Presidente per l'applicazione delle leve fiscali (addizionale Irpef e aliquota Irap).</p>	<p>Provvedimenti già previsti nella Finanziaria 2005 da parte delle Regioni per il ripiano dei disavanzi</p>

<p>1. 275. Fra gli adempimenti regionali indicati all'<i>articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, sono ricompresi i seguenti:</p>	<p>Adempimenti aggiuntivi ai fini accesso finanziamento integrativo.</p>	
<p>a) stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, anche a stralcio degli accordi regionali attuativi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale entrato in vigore il 23 marzo 2005, accordi attuativi dell'articolo 59, lettera B - Quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi - comma 11, del medesimo accordo nazionale, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico e provvedendo al medesimo riscontro mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria di cui all'<i>articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>. Ferma restando la disposizione contenuta nel citato articolo 59, lettera B, comma 11, per la corresponsione dell'indennità forfettaria mensile, la sua erogazione, oltre il termine del 31 marzo 2006, in assenza della stipula dei previsti accordi regionali, non è imputabile sulle risorse del Servizio sanitario nazionale. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento. Le disposizioni di cui alla presente lettera si applicano anche per l'attuazione del corrispondente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta;</p>	<p>Aggiunge agli obblighi dell'Intesa quello di stipulare entro il 31 marzo Accordi attuativi della nuova convenzione dei medici di medicina generale e dei pediatri per la parte relativa all'indennità di collaborazione informatica (compilare con mezzi informatici almeno 70% delle ricette per farmaci e richieste specialistiche); il riscontro è effettuato con il sistema della tessera sanitaria. In mancanza di tali accordi la Regione sarà considerata inadempiente.</p>	<p>Stipula da parte delle Regioni entro il 31 marzo 2006 di Accordi attuativi della convenzione con i medici di medicina generale e pediatri sulla collaborazione informatica</p>

<p>b) adottare provvedimenti volti, nel caso in cui le medesime regioni deliberino l'erogazione di prestazioni sanitarie esenti ovvero a costo agevolato in funzione della condizione economica dell'assistito, a fare riferimento esclusivo alla situazione reddituale fiscale del nucleo familiare dell'assistito, assumendo come tale quello individuato con il <i>D.M. 22 gennaio 1993</i> del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993</p>	<p>b) Se la Regione decide di erogare prestazioni esenti o a costo agevolato in ragione del reddito, si deve fare riferimento al DM Sanità –Economia del 22 gennaio 2003.</p>	<p>Provvedimenti regionali per prestazioni esenti o a costo agevolato che facciano riferimento al DM 22 gennaio 2003</p>
<p>276. All'<i>articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) al comma 1-bis, le parole: «30 giugno 2006» sono sostituite dalle seguenti: «31 marzo 2006»;</p>	<p>Disposizioni per Tessera sanitaria e rilevazioni dei dati sulle ricette Modifica termini per Tessera sanitaria entro il 31 marzo 2006</p>	
<p>b) al comma 7, dopo il quarto periodo sono inseriti i seguenti: «Per la rilevazione dalla ricetta dei dati di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo, è riconosciuto per gli anni 2006 e 2007 un contributo, nei limiti di 10 milioni di euro, da definire con apposita convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le associazioni di categoria interessate. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità erogative. Al relativo onere si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12»;</p>	<p>b) Contributo 10 milioni di euro ed apposita convenzione per l'attività di rilevazione dei dati dalle ricette da parte di farmacie e strutture sanitarie.</p>	<p>Apposita convenzione tra il Ministero dell'Economia, il Ministero della Salute e le Associazioni di categorie interessate.</p> <p>Decreto Ministro dell'Economia, di concerto con Ministro della Salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni per le modalità erogative</p>

<p>c) dopo il comma 8 sono inseriti i seguenti:</p> <p>«8-<i>bis</i>. La mancata o tardiva trasmissione dei dati nel termine di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata.</p> <p>8-<i>ter</i>. Per le ricette trasmesse nei termini di cui al comma 8, la mancanza di uno o più elementi della ricetta di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata;</p> <p>8-<i>quater</i>. L'accertamento della violazione di cui ai commi 8-<i>bis</i> e 8-<i>ter</i> è effettuato dal Corpo della Guardia di finanza, che trasmette il relativo rapporto, ai sensi dell'<i>articolo 17, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689</i>, alla direzione provinciale dei servizi vari competente per territorio, per i conseguenti adempimenti. Dell'avvenuta apertura del procedimento e della sua conclusione viene data notizia, a cura della direzione provinciale dei servizi vari, alla competente ragioneria provinciale dello Stato.</p> <p>8-<i>quinqies</i>. Con riferimento alle ricette per le quali non risulta associato il codice fiscale dell'assistito, rilevato secondo quanto previsto dal presente articolo, l'azienda sanitaria locale competente non procede alla relativa liquidazione, fermo restando che, in caso di ricette redatte manualmente dal medico, il farmacista non è responsabile</p>		
--	--	--

<p>della mancata rispondenza del codice fiscale rilevato rispetto a quello indicato sulla ricetta che farà comunque fede a tutti gli effetti»;</p> <p>d) dopo il comma 10 è inserito il seguente:</p> <p>«10-<i>bis</i>. Fuori dai casi previsti dal presente articolo, i dati delle ricette resi disponibili ai sensi del comma 10 rilevano a fini di responsabilità, anche amministrativa o penale, solo previo riscontro del documento cartaceo dal quale gli stessi sono tratti» ⁽¹²⁷⁾.</p> <hr/> <p>(127) La Corte costituzionale, con sentenza 18-26 giugno 2007, n. 240 (Gazz. Uff. 4 luglio 2007, n. 26, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 276, nella parte in cui introduce i commi 8-bis, 8-ter e 8-quater nell'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, promossa dalla Provincia autonoma di Trento, in riferimento agli artt. 9, numero 10, e 16 del D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670, all'art. 2, comma 2, del D.P.R. 28 marzo 1975, n. 474, e agli artt. 2 e 4 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266.</p>		
<p>1. 277. All'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario <i>ad acta</i> entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento all'anno di imposta 2006, si applicano comunque</p>	<p>Automatismo applicazione leve fiscali E' previsto un automatismo qualora i provvedimenti necessari al ripiano dei disavanzi non vengano adottati entro il 31 maggio dal Commissario-Presidente nella Regione interessata con riferimento all'anno</p>	<p>Provvedimenti delle Regioni da adottarsi per il ripiano del disavanzo di gestione</p>

<p>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; scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario <i>ad acta</i> non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte» ⁽¹²⁸⁾.</p> <hr/> <p>(128) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 giugno 2007, n. 193 (Gazz. Uff. 20 giugno 2007, n. 24, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 277, sollevata in riferimento all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione.</p>	<p>2006, si applicano comunque le addizionali Irpef e le maggiorazioni Irap nella misura massima consentita.</p>	
<p>1. 278. Al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è incrementato di 1.000 milioni di euro annui limitatamente all'anno 2006. L'incremento di cui al primo periodo è da ripartire tra le regioni, secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le</p>	<p>Incremento 1000 milioni di euro L'incremento di 1000 milioni di euro è vincolato a criteri e modalità concessive definite con decreto interministeriale e stipula di accordi con le Regioni interessate.</p>	<p>Decreto del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Economia , d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni che definisce criteri e modalità concessive</p> <p>Accordi specifici con Regioni interessate</p>

<p>province autonome di Trento e di Bolzano, che prevedano comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo ⁽¹²⁹⁾.</p> <hr/> <p>(129) Comma così modificato dal comma 796 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>. Per l'ulteriore incremento del livello complessivo della spesa di cui al presente comma vedi i commi 13 e 14 dell'<i>art. 1-bis, D.L. 10 gennaio 2006, n. 2</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. I criteri per il riparto della spesa prevista dal presente comma sono stati definiti con <i>D.M. 26 ottobre 2006</i> (Gazz. Uff. 7 febbraio 2007, n. 31), modificato dal <i>D.M. 2 novembre 2007</i> (Gazz. Uff. 7 dicembre 2007, n. 285).</p>		
<p>1. 279. Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'<i>articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 16 novembre 2001, n. 405</i>, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006. L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato è subordinata all'adozione, da parte delle regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni.</p>	<p>Stanziamento di 2000 milioni di euro per i disavanzi 2002, 2003 e 2004 L'erogazione è subordinata all'adozione dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo a carico della Regione per i medesimi anni</p>	<p>Provvedimenti regionali di copertura del residuo disavanzo</p>

<p>1. 280. L'accesso al concorso di cui al comma 279, da ripartire tra tutte le regioni sulla base del numero dei residenti, con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è subordinato all'espressione, entro il termine del 31 marzo 2006, da parte della Conferenza unificata di cui all'<i>articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</i>, dell'intesa sullo schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008, nonché, entro il medesimo termine, alla stipula di una intesa tra Stato e regioni, ai sensi dell'<i>articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131</i>, che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:</p> <p>a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al <i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001</i>, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni;</p> <p>b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i</p>	<p>La ripartizione è prevista sulla base del numero dei residenti.</p> <p>L'accesso al concorso è subordinato alle Intese da sancire entro il 31 marzo 2006 sul PSN 2006-2008 e sul Piano di contenimento delle liste di attesa che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'elenco delle prestazioni per le quali le Regioni dovranno fissare tempi massimi di attesa entro 90 giorni; - in caso di mancata fissazione dei tempi si applica il regolamento degli standard dei LEA previsto dalla finanziaria 2005; - individuazione delle strutture presso cui è assicurato il rispetto dei tempi e delle misure in caso di superamento dei tempi , senza oneri a carico degli assistiti; - individuazione quota vincolata del PSN alla riduzione dei tempi di attesa e alla realizzazione dei CUP; - attivazione flusso informativo per il monitoraggio delle liste presso il Nuovo SIS; - verifica dell'attuazione del Piano da parte del Comitato permanente sui LEA ex articolo 9 della Intesa 23 marzo 2005. 	<p>Decreto del Ministro della Salute, di concerto con Ministro dell'Economia ,d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni di riparto delle risorse, subordinato alle</p> <p>Intesa in Conferenza Unificata ex art. 8 D. Lgs. 281/97 sullo schema di PSN 2006-2008 ed Intesa tra Stato e Regioni ex art. 8, comma 6, legge n. 131/2003 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa entro 31 marzo 2006.</p>
---	--	---

<p>parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'<i>articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>;</p> <p>c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'<i>articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;</p> <p>d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'<i>articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662</i>, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di</p>		
---	--	--

<p>libera scelta;</p> <p>e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;</p> <p>f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 ⁽¹³⁰⁾.</p> <hr/> <p>(130) Con <i>D.M. 22 febbraio 2007</i> (Gazz. Uff. 27 aprile 2007, n. 97) si è provveduto alla ripartizione, su base regionale, dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004. Vedi, anche, il <i>Prov. 28 marzo 2006, n. 2555</i> e la <i>Del.Senato 19 luglio 2006</i>.</p>		
<p>1. 281. L'accesso al concorso di cui al comma 279 è altresì subordinato, per le regioni che nel periodo 2001-2005 abbiano fatto registrare, in base ai dati risultanti dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali, un disavanzo medio pari o superiore al 5 per cento, ovvero che abbiano fatto registrare nell'anno 2005 un incremento del disavanzo rispetto all'anno 2001 pari o superiore al 200 per cento, alla stipula di un apposito accordo tra la regione</p>	<p>Ulteriore subordinazione per Regioni in disavanzo</p> <p>Per le Regioni che nel periodo 2001- 2005 abbiano registrato un disavanzo medio pari o superiore al 5% ovvero che abbiano registrato nel 2005 un incremento del disavanzo rispetto all'anno 2001 pari o superiore al 200% l'accesso ai predetti</p>	<p>Specifico Accordo o integrazione di accordi già sottoscritti con la Regione interessata</p>

<p>interessata e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, ovvero all'integrazione di accordi già sottoscritti ai sensi dell'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, per l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.</p>	<p>fondi è subordinato anche ad un Accordo specifico con i Ministeri economia e sanità o all'integrazione di accordi già stipulati (Finanziaria 2005) per l'adeguamento alle indicazioni del PSN 2006-2008 e per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei LEA.</p>	
<p>1. 282. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al citato <i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001</i>. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al <i>decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206</i>, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal <i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002</i>, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2002 ⁽¹³¹⁾.</p> <hr/> <p>(131) La Corte costituzionale, con sentenza 18 aprile-8 maggio 2007, n. 162 (Gazz. Uff. 16 maggio 2007, n. 19 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, limitatamente alle parole «sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti</p>	<p>Divieto liste chiuse</p> <p>È vietata la sospensione delle prenotazioni. Deroga per motivi tecnici informandone il Ministero della salute.</p>	<p>Adozione da parte della Regione di disposizioni specifiche per la sospensione delle prestazioni.</p>

<p>sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al <i>decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206</i>».</p>		
<p>1. 283. Con decreto del Ministro della salute, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituita la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale. Con detto decreto del Ministro della salute è fissata la composizione della Commissione, che comprende la partecipazione di esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. Le linee-guida sono adottate con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla costituzione della Commissione. Alla Commissione è altresì affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal comma 284. Ai componenti della Commissione spetta il</p>	<p style="text-align: center;">Commissione Nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni</p> <p>Istituzione della Commissione Nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni composta da medici, specialisti, esperti del ministero e delle Regioni con compiti di monitoraggio e predisposizione di linee guida. Prevista spesa di annua di 100.000 euro.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute istitutivo della Commissione Predisposizione di linee guida con decreto Ministro della Salute, d'intesa con Conferenza Stato-Regioni.</p>

<p>solo trattamento di missione. A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006 ⁽¹³²⁾.</p> <p>(132) Vedi, anche, gli <i>articoli 1, 9, 10 e 11, D.P.R. 14 maggio 2007, n. 86.</i></p>		
<p>1. 284. Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'<i>articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724</i>, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283.</p>	<p>Sanzioni amministrative</p> <p>Sanzione tra 1000 e 6000 euro in caso di violazione sospensione attività di prenotazione e sanzione per non rispetto tenuta dei registri delle prestazioni fra 5000 e 20.000 euro.</p>	
<p>1. 285. Nel completamento del proprio programma di investimenti in attuazione dell'<i>articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67</i>, e successive modificazioni, le regioni destinano le risorse residue finalizzate alla costruzione, ristrutturazione e adeguamento di presidi ospedalieri ad interventi relativi a presidi comprensivi di degenze per acuti con un numero di posti letto non inferiore a 250 ovvero a presidi per lungodegenza e riabilitazione con un numero di posti letto non inferiore a 120, nonché agli interventi necessari al rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici dei presidi attivi avviati alla data del 31 dicembre 2005 stabiliti dall'atto di indirizzo e</p>	<p>Destinazione fondi residui ex art. 20 l. 67/88 agli interventi sulle strutture per acuti con almeno 250 posti letti e alle lungodegente con almeno 120 posti letto</p>	

<p>coordinamento di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997</i>, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997 ⁽¹³³⁾.</p> <hr/> <p>(133) La Corte costituzionale, con <i>sentenza 19-23 marzo 2007, n. 105</i> (Gazz. Uff. 28 marzo 2007, n. 13 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma.</p>		
<p>1. 286. La cessione a titolo di donazione di apparecchiature e altri materiali dismessi da aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e altre organizzazioni similari nazionali a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è promossa e coordinata dall'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo, di seguito denominata «Alleanza». Gli enti del Servizio sanitario nazionale comunicano all'Alleanza, secondo modalità con essa preventivamente definite, le informazioni relative alla disponibilità delle attrezzature sanitarie in questione allegando il parere favorevole della regione interessata.</p>	<p>Donazione apparecchiature usate Apparecchiature e materiali dismessi saranno donati ai PVS tramite attività coordinata da Alleanza per gli ospedali italiani nel mondo che produrrà rapporto biennale per ministero della Salute e Conferenza delle Regioni.</p>	
<p>1. 287. L'Alleanza provvede, sulla base delle informazioni acquisite, a promuovere i necessari contatti per facilitare le donazioni nonché a tenere un inventario aggiornato delle attrezzature disponibili. L'Alleanza provvede, altresì, alla produzione di un rapporto biennale sulle attività svolte indirizzato al Ministero della salute e alla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento</p>		<p>Rapporto biennale sulle attività svolte indirizzato al Ministero della salute e alla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano</p>

e di Bolzano.		
<p>1. 288. Presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, è realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che si avvale delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), di cui all'<i>articolo 2 del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528</i>, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'<i>articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37</i>, ed a cui sono ricondotte le attività di cui all'<i>articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, del sistema di garanzia di cui all'<i>articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, del sistema di monitoraggio configurato dall'<i>articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, e successive modificazioni, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nonché del Comitato di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definite le modalità di attuazione del SiVeAS ⁽¹³⁴⁾.</p> <hr/> <p>(134) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.M. 17 giugno 2006</i>.</p>	<p style="text-align: center;">Istituzione del SIVEAS</p> <p>Istituzione con decreto interministeriale entro il 31 marzo 2006 del Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria, con poteri ispettivi nelle strutture, di analisi, di monitoraggio, sistemi di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi del SSN.</p>	<p>Decreto del Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni entro 31 marzo 2006 per definire modalità di attuazione</p> <p>Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006</p>

<p>1. 289. Per le finalità di cui al comma 288, il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonché di esperti nel numero massimo di 20 unità. Per la copertura dei relativi oneri è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per l'anno 2006 e di 8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2007. Con le risorse di cui al presente comma si provvede anche alla copertura delle spese sostenute dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze per l'attività di affiancamento alle regioni impegnate nei Piani di rientro dai disavanzi di cui all'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, comprese le spese di missione del personale dei predetti Ministeri incaricato di tali attività ⁽¹³⁵⁾.</p> <hr/> <p>(135) Comma così modificato dal comma 798 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>.</p>	<p>Possibilità di avvalersi di collaborazioni di istituti e di esperti in massimo 20 unità. Autorizzazione di spesa per 10 milioni di euro annui per triennio 2006-2008.</p>	<p>Specifiche convenzioni del Ministero per le collaborazioni</p>
<p>1. 290. La Commissione unica sui dispositivi medici, istituita dall'<i>articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, oltre a svolgere i compiti previsti dal predetto articolo, esercita, su richiesta del Ministro della salute o della Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici, funzioni consultive su qualsiasi questione concernente i dispositivi medici.</p>	<p>CUD</p> <p>La Commissione unica sui dispositivi medici esercita oltre le previste competenze anche funzioni consultive su ogni questione dei dispositivi medici.</p>	

<p>1. 291. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie ⁽¹³⁶⁾.</p> <hr/> <p>(136) La Corte costituzionale, con sentenza 21 marzo-5 aprile 2007, n. 121 (Gazz. Uff. 11 aprile 2007, n. 15, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 291, sollevata in riferimento all'art. 117, terzo, quarto e sesto comma, della Costituzione.</p>	<p>Certificazione dei bilanci Definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle ASL, delle AO, degli IRCCS, degli Istituti zooprofilattici, delle aziende ospedaliere universitarie con decreto interministeriale entro il 31 marzo 2006.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia , d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per definire criteri e modalità di certificazione dei bilanci</p>
<p>1. 292. In coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale:</p>	<p>Rimodulazione dei LEA e Assistenza protesica Il Ministero provvederà a rimodulare le prestazioni comprese nei LEA per aumentare l'attività ambulatoriale e diminuire quella in ricovero ospedaliero.</p>	
<p>a) con le procedure di cui all'<i>articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, si provvede, entro il 28 febbraio 2007, alla modificazione degli allegati al citato <i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001</i>, e successive modificazioni, di definizione dei livelli essenziali</p>		<p>DPCM per rimodulare le prestazioni ricomprese nei LEA</p>

di assistenza, finalizzata all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno ⁽¹³⁷⁾ ;		
<p><i>b)</i> in materia di assistenza protesica, su proposta del Ministro della salute, si provvede alla modifica di quanto già previsto dal regolamento di cui al <i>D.M. 27 agosto 1999, n. 332</i> del Ministro della sanità, e dal citato <i>decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001</i>, in modo da prevedere che la fornitura di prodotti monouso per stomizzati e incontinenti e per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito venga inserita nel livello essenziale di assistenza integrativa e che sia istituito il repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.</p> <hr/> <p>(137) Lettera così sostituita dal comma 796 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>.</p>		<p>DPCM integrativo per l'assistenza protesica dei LEA</p> <p>Istituzione di un repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili dal SSN</p>
1. 293. Per le finalità di cui al comma 292, lettera <i>a)</i> , con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati le tipologie di assistenza ed i servizi relativi alle aree di offerta del Piano sanitario nazionale di cui all' <i>articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i> , e successive modificazioni.	Con DPCM verranno individuati i servizi offerti in relazione al PSN	DPCM d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per l'individuazione delle tipologie di assistenza ed i servizi relativi alle aree di offerta del PSN

<p>. 294. I fondi destinati, mediante aperture di credito a favore dei funzionari delegati degli uffici centrali e periferici del Ministero della salute, a servizi e finalità di sanità pubblica nonché al pagamento di emolumenti di qualsiasi tipo comunque dovuti al personale amministrato o di spese per servizi e forniture prestati agli uffici medesimi, non sono soggetti ad esecuzione forzata.</p> <hr/> <p>294-bis. Non sono soggetti ad esecuzione forzata i fondi destinati al pagamento di spese per servizi e forniture aventi finalità giudiziaria o penitenziaria, nonché gli emolumenti di qualsiasi tipo dovuti al personale amministrato dal Ministero della giustizia e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, accreditati mediante aperture di credito in favore dei funzionari delegati degli uffici centrali e periferici del Ministero della giustizia, degli uffici giudiziari e della Direzione nazionale antimafia e della Presidenza del Consiglio dei Ministri ⁽¹³⁸⁾.</p> <p>(138) Comma aggiunto dal comma 1348 dell'art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.</p>	<p>Esecuzione forzata</p> <p>Ne sono esclusi i fondi destinati alla salute pubblica e gli emolumenti dovuti a personale amministrativo per servizi prestati agli uffici stessi.</p>	
<p>1. 295. All'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) il comma 10 è sostituito dal seguente:</p>	<p>Risorse e finanziamento AIFA</p> <p>Confluiranno nelle casse dell'Aifa le risorse destinate all'agenzia previste nel DL 269/2003, il 60% delle somme versate dalle aziende farmaceutiche per convegni e le somme versate dalle officine farmaceutiche per le ispezioni. Sono trasferiti all'Aifa i</p>	

<p>«10. Le risorse di cui al comma 8, lettere <i>b</i>) e <i>c</i>), affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia»;</p> <p><i>b</i>) dopo il comma 10 sono inseriti i seguenti:</p> <p>«10-<i>bis</i>. Le entrate di cui all'<i>articolo 12, commi 7 e 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541</i>, spettano per il 60 per cento all'Agenzia ed affluiscono direttamente al bilancio della stessa.</p> <p>10-<i>ter</i>. Le somme a carico delle officine farmaceutiche di cui all'<i>articolo 7, commi 4 e 5, del decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178</i>, e successive modificazioni, spettano all'Agenzia ed affluiscono direttamente al bilancio della stessa»;</p>	<p>beni mobili già in uso dal 31 dicembre 2004. Le modalità di versamento saranno definite con decreto interministeriale.</p>	
<p><i>c</i>) dopo il comma 11 è inserito il seguente:</p> <p>«11-<i>bis</i>. Con effetto dal 1° gennaio 2005, con decreto del Ministro della salute sono trasferiti in proprietà all'Agenzia i beni mobili del Ministero della salute in uso all'Agenzia medesima alla data 31 dicembre 2004».</p>		<p>Decreto Ministro della Salute per trasferimento beni mobili all'Aifa.</p>
<p>1. 296. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le modalità di versamento riferite all'attuazione di quanto previsto al comma 295 ⁽¹³⁹⁾.</p> <hr/> <p>(139) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.M. 18 dicembre 2006</i>.</p>		<p>Decreto Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia.</p>

<p>1. 297. Al fine di potenziare le funzioni istituzionali dell'AIFA finalizzate a garantire il monitoraggio in tutte le sue componenti dell'andamento della spesa farmaceutica e il rispetto dei tetti stabiliti dalla vigente legislazione, la dotazione organica complessiva della medesima Agenzia è determinata dal 1° gennaio 2008 nel numero di 250 unità, con oneri finanziari a carico del bilancio della stessa Agenzia. La ripartizione della dotazione organica sarà determinata con successivo provvedimento ai sensi degli articoli 6, comma 3, lettera c), e 10, comma 2, lettera a), capoverso iii), del regolamento di cui al D.M. 20 settembre 2004, n. 245 del Ministro della salute. Ai fini del coordinamento del monitoraggio sull'andamento della spesa farmaceutica, l'AIFA trasmette al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze una relazione mensile ⁽¹⁴⁰⁾.</p> <hr/> <p>(140) Comma così modificato dall'art. 5-bis, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p>	<p>Dotazione organica AIFA</p> <p>La dotazione organica complessiva dell'Agenzia viene prevista in 190 unità. Previsione relazione mensile ai Ministeri Salute ed economia su andamento spesa farmaceutica.</p>	<p>Provvedimento per la ripartizione dell'organico</p>
<p>1. 298. Al comma 18 dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, le parole: «al netto» sono sostituite dalla seguente: «decurtate».</p>		
<p>1. 299. Le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, possono estendere il regime agevolato, deliberato nei confronti delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, in materia di riduzione o esenzione dell'imposta di</p>	<p>Estensione regime agevolato riduzione delle imposte anche alle Asp</p> <p>Le Regioni possono estendere alle istituzioni succedute alle IPAB, le Asp, il regime agevolato in materia di riduzione o</p>	

<p>cui al <i>decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446</i>, anche alle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), succedute alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.</p>	<p>esenzione dalle imposte.</p>	
<p>1. 300. Al <i>decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368</i>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p><i>a)</i> all'articolo 37, al comma 1, primo periodo, le parole: «di formazione-lavoro» sono sostituite dalle seguenti: «di formazione specialistica»;</p> <p><i>b)</i> all'articolo 39:</p> <p>1) il comma 2 è abrogato;</p> <p>2) il comma 3 è sostituito dal seguente:</p> <p>«3. Il trattamento economico è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, ed è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, la parte variabile non potrà eccedere il 15 per cento di quella fissa»;</p>	<p>Disposizioni sui medici specializzandi</p> <p>I contratti di formazione lavoro degli specializzandi sono trasformati in “contratti di lavoro di formazione specialistica”. Il trattamento economico è costituito da una parte fissa uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile il cui importo è determinato annualmente con DPCM e sempre con DPCM si provvede al riparto fra le Università. Previsto finanziamento aggiuntivo di 70 milioni per il 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2007.</p>	<p>DPCM su proposta del MIUR, di concerto con Min. Salute e con Min. Economia sul trattamento economico</p> <p>DPCM su proposta del MIUR di concerto del Min. Salute e del Min. Economia per ripartizione ed assegnazione risorse alle Università per il finanziamento della formazione</p>

<p>3) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:</p> <p>«4-<i>bis</i>. Alla ripartizione ed assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione dei medici specialisti per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze»;</p> <p>c) all'articolo 41, il comma 2 è sostituito dal seguente:</p> <p>«2. A decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 26, primo periodo, della <i>legge 8 agosto 1995, n. 335</i>, nonché le disposizioni di cui all'<i>articolo 45 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>»;</p> <p>d) all'articolo 46, il comma 1 è sostituito dal seguente:</p> <p>«1. Agli oneri recati dal titolo VI del presente decreto legislativo si provvede nei limiti delle risorse previste dall'<i>articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428</i>, e dall'<i>articolo 1 del decreto-legge 2 aprile 2001, n. 90</i>, convertito dalla <i>legge 8 maggio 2001, n. 188</i>, destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti, incrementate di 70 milioni di euro per l'anno 2006 e di 300</p>		
--	--	--

<p>milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2007»;</p> <p>e) all'articolo 46, il comma 2 è sostituito dal seguente:</p> <p>«2. Le disposizioni di cui agli articoli da 37 a 42 si applicano a decorrere dall'anno accademico 2006-2007. I decreti di cui all'articolo 39, commi 3 e 4-<i>bis</i>, sono adottati nel rispetto del limite di spesa di cui al comma 1. Fino all'anno accademico 2005- 2006 si applicano le disposizioni di cui al <i>decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257</i>».</p>		
<p>1. 301. I piani di investimento immobiliare sono deliberati dall'INAIL sulla base delle finalità annualmente individuate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti il Ministro della salute e il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Il Ministro della salute, con proprio decreto, individua i singoli interventi di edilizia sanitaria da realizzare in ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale. La realizzazione degli interventi deliberati dall'INAIL è approvata dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nel rispetto delle compatibilità degli obiettivi di finanza pubblica assunti con il patto di stabilità e crescita.</p>	<p>Piano investimento immobiliare INAIL Un decreto interministeriale del Lavoro e delle Politiche sociali, di concerto con Economia e sentiti la Salute e l'istruzione determina le finalità del Piano. Il Ministro della Salute individua gli interventi da realizzare annualmente in relazione alla programmazione nazionale e regionale.</p>	<p>Decreto Ministro del Lavoro e politiche sociali, di concerto con Ministro dell'Economia, sentito il Ministro della Salute ed il MIUR che individua le finalità dei piani.</p> <p>Decreto del Ministro della Salute che individua i singoli interventi.</p>
<p>1. 302. Per favorire la ricerca oncologica finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, lo Stato destina risorse aggiuntive e promuove un programma straordinario a carattere nazionale per l'anno 2006, comprensivo anche di progetti di innovazione tecnologica e di progetti di collaborazione internazionale.</p>	<p>Ricerca oncologica Vengono destinate risorse aggiuntive per prevenzione, diagnosi e cura e viene promosso un programma straordinario per il 2006.</p>	

<p>1. 303. Le linee generali del programma di cui al comma 302, le modalità di attuazione e di raccordo con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-<i>bis</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché l'individuazione dei soggetti pubblici e privati attraverso cui il programma straordinario è realizzato, sono adottate con decreto del Ministro della salute, da emanare entro il 15 febbraio 2006.</p>	<p style="text-align: center;">Programma e risorse per ricerca oncologica</p> <p>Le linee generali del programma e le modalità di attuazione sono adottate con decreto del ministro della Salute entro il 15 febbraio 2006; per la realizzazione del programma è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro per l'anno 2006.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute per le linee generali del Programma e modalità di attuazione.</p>
<p>1. 304. Per la realizzazione del programma straordinario a carattere nazionale di cui al comma 302 è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro per l'anno 2006, da assegnare ai soggetti individuati ai sensi del decreto del Ministro della salute di cui al comma 303, previa stipula di apposite convenzioni con il Ministero della salute ⁽¹⁴¹⁾.</p> <p>_____</p> <p>(141) All'individuazione dei soggetti di cui al presente comma si è provveduto con D.M. 23 febbraio 2006 (Gazz. Uff. 22 marzo 2006, n. 68). Successivamente, il suddetto decreto è stato revocato dall'<i>art. 1, D.M. 21 luglio 2006</i> (Gazz. Uff. 8 agosto 2006, n. 183).</p>		
<p>1. 305. Per favorire la ricerca finalizzata alla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo e agli animali, nonché sulla salute e il benessere degli animali, da realizzare da parte degli Istituti zooprofilattici sperimentali, nell'ambito del programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-<i>bis</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dei relativi finanziamenti, è riservata, per l'anno 2006, una quota di 10 milioni di euro.</p>	<p style="text-align: center;">Ricerca finalizzata Sicurezza degli alimenti</p> <p>Riserva di 10 milioni di euro per favorire la ricerca sulla sicurezza alimentare nell'ambito del programma di ricerca sanitaria.</p>	

1. 306. Il comma 467 dell' <i>articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> , è abrogato.		
1. 307. Considerato che i farmaci di automedicazione già dispongono di confezioni di dimensioni appropriate ai fini terapeutici, al comma 1 dell'articolo 1-ter del <i>decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87</i> , convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 26 luglio 2005, n. 149</i> , sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, ad esclusione dei farmaci di automedicazione».	Farmaci di automedicazione I farmaci di automedicazione sono esclusi dalla lista delle specialità per le quali devono essere previste le confezioni monodose.	
1. 308. Per consentire all'ASSR di far fronte, tempestivamente e compiutamente, ai compiti previsti dai commi 280 e 282 in materia di liste di attesa, e in particolare per l'attività di supporto al Ministero della salute nel monitoraggio dei tempi di attesa, nonché ai compiti fissati dall' <i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> , e dalla citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, il Ministro della salute può disporre presso l'Agenzia medesima, su richiesta della stessa, il distacco fino a 10 unità di personale di ruolo del Ministero della salute, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato. Il programma annuale di attività dell'Agenzia prevede, negli anni 2006, 2007 e 2008, uno specifico piano di lavoro per la realizzazione dei compiti di cui al presente comma, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato.	Distacco di 10 unità presso ASSR per monitoraggio tempi di attesa Per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali di far fronte ai compiti di monitoraggio dei tempi di attesa il Ministro della Salute può disporre il distacco fino a 10 unità di personale di ruolo del Ministero della Salute.	
1. 309. [Al fine di assicurare, con carattere di continuità, la realizzazione del programma di attività, connesso allo specifico piano di lavoro finalizzato allo svolgimento dei compiti per la riduzione delle liste di attesa, agli organi dell'Agenzia, di cui all' <i>articolo 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 115</i> , e successive modificazioni, non si	Organi dell'ASSR Al fine di assicurare continuità alla realizzazione del programma di riduzione di tempi di attesa, non si applicano agli organi dell'Agenzia per il triennio 2006-2008 le regole dello spoil system.	Abrogato

<p>applica, limitatamente agli anni 2006, 2007 e 2008, l'articolo 6, comma 1, della legge 15 luglio 2002, n. 145] (142)</p> <hr/> <p>(142) Comma abrogato dal comma 162 dell'art. 2, D.L. 3 ottobre 2006, n. 262, come modificato dalla relativa legge di conversione.</p>		
<p>1. 310. Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, decorsi diciotto mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La presente disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro ventiquattro mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa</p>	<p>Programma edilizia sanitaria ex art. 20 l. n. 67/ 88</p> <p>Al fine di razionalizzare l'utilizzo delle risorse del programma di edilizia sanitaria si intendono risolti gli accordi sottoscritti dalle Regioni che non hanno ottemperato alle previste procedure, trascorsi 18 mesi dalla stipula.</p>	

<p>comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini di cui al presente comma si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi ⁽¹⁴³⁾.</p> <hr/> <p>(143) Vedi, anche, il comma 3 dell'art. 1, <i>L. 3 agosto 2007, n. 120</i>.</p>		
<p>1. 311. Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma, nonché per gli interventi relativi alle linee di finanziamento per le strutture necessarie all'attività liberoprofessionale intramuraria, per le strutture di radioterapia e per gli interventi relativi agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai policlinici universitari, agli ospedali classificati, agli Istituti zooprofilattici sperimentali e all'ISS, nel rispetto delle quote già assegnate alle singole regioni o province autonome sul complessivo programma di cui all'articolo 20 della <i>legge 11 marzo 1988, n. 67</i>, e successive modificazioni ⁽¹⁴⁴⁾.</p>	<p>Utilizzazione delle risorse liberate Le risorse rese disponibili verranno utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi e di interventi per le strutture da destinare all'intramoenia, per quelle di radioterapia, per gli interventi presso IRCCS , policlinici universitari, ospedali classificati, Izs e Iss.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute di concerto con Ministro Economia e Finanze per l'utilizzazione delle risorse.</p>

<p>(144) La Corte costituzionale, con sentenza 19-23 marzo 2007, n. 105 (Gazz. Uff. 28 marzo 2007, n. 13 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, limitatamente alle parole «nonché per gli interventi relativi alle linee di finanziamento per le strutture necessarie all'attività liberoprofessionale intramuraria, per le strutture di radioterapia e per gli interventi relativi agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai policlinici universitari, agli ospedali classificati, agli Istituti zooprofilattici sperimentali e all'ISS, nel rispetto delle quote già assegnate alle singole regioni o province autonome sul complessivo programma di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni». Con D.M. 12 maggio 2006 (Gazz. Uff. 5 luglio 2006, n. 154), con D.M. 12 aprile 2007 (Gazz. Uff. 24 luglio 2007, n. 170), con D.M. 2 agosto 2007 (Gazz. Uff. 7 novembre 2007, n. 259), con D.M. 29 aprile 2008 (Gazz. Uff. 29 luglio 2008, n. 176) e con D.M. 1° giugno 2009 (Gazz. Uff. 12 novembre 2009, n. 264) si è provveduto alla ricognizione delle risorse previste dal presente comma.</p>		
<p>1. 312. In fase di prima attuazione, su richiesta della regione o della provincia autonoma interessata, da presentare entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 310, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata ad una parte degli interventi previsti,</p>	<p>Risoluzione limitata ad una parte degli interventi</p> <p>In fase di prima attuazione su richiesta della Regione può essere prevista la revoca solo di alcuni interventi corrispondenti al 65% delle risorse revocabili.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute di concerto Ministro dell'Economia e delle finanze</p>

<p>corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la regione o la provincia autonoma trasmette al Ministero della salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi ⁽¹⁴⁵⁾.</p> <hr/> <p>(145) In attuazione di quanto disposto dal presente comma si è provveduto, per la regione Liguria, con D.M. 12 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 14 febbraio 2007, n. 37); per la regione Veneto, con D.M. 17 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 15 febbraio 2007, n. 38); per la regione Basilicata, con D.M. 17 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 16 febbraio 2007, n. 39); per la regione Piemonte, con D.M. 12 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 17 febbraio 2007, n. 40); per la regione Marche, con D.M. 12 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 19 febbraio 2007, n. 41); per la regione Lazio, con D.M. 4 ottobre 2006 (Gazz. Uff. 20 febbraio 2007, n. 42); per la regione Puglia, con D.M. 15 dicembre 2006 (Gazz. Uff. 15 marzo 2007, n. 62); per la regione Friuli-Venezia Giulia, con D.M. 15 dicembre 2006 (Gazz. Uff. 15 marzo 2007, n. 62); per la regione Siciliana con D.M. 10 aprile 2007 (Gazz. Uff. 17 luglio 2007, n. 164); per la regione Campania, con D.M. 10 aprile 2007 (Gazz. Uff. 17 luglio 2007, n. 164) - rettificato con Comunicato 23 febbraio 2008 (Gazz. Uff. 23 febbraio 2008, n. 46).</p> <p>1. 313. Per l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 58 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in materia di incentivi</p>	<p>Accordi di programma specifici AIFA – aziende farmaceutiche</p>	<p>Decreto del Ministro della Salute di concerto con Ministro dell'Economia e</p>
--	---	--

<p>per la ricerca farmaceutica, e nel rispetto dell'importo finanziario fissato dal comma 2, lettera f), del medesimo articolo, con l'obiettivo di favorire sul territorio nazionale investimenti in produzione, ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico, per il triennio 2006-2008, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta dell'AIFA, entro dieci mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto provvede ad individuare i criteri generali per la successiva stipulazione da parte dell'Agenzia medesima con le singole aziende farmaceutiche di appositi accordi di programma che prevedono in particolare l'attribuzione temporanea del «premio di prezzo» (premium price) ⁽¹⁴⁶⁾.</p> <hr/> <p>(146) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.M. 8 maggio 2007</i>.</p>	<p>Con decreto del ministro della Salute di concerto con ministro dell'Economia e delle finanze sono individuati i criteri per la stipula di specifici Accordi fra l'Aifa e le aziende farmaceutiche che prevedono l'attribuzione temporanea di un "premium price".</p>	<p>delle finanze che individua i criteri generali per la stipula di specifici accordi.</p>
<p>1. 314. Gli accordi di programma di cui al comma 313 determinano le attività e il piano di interventi da realizzare da parte di ciascuna azienda, tenendo conto in particolare dei seguenti criteri: apertura o potenziamento di siti di produzione sul territorio nazionale, con il dettaglio di tutti i parametri e degli specifici indicatori; valore ed incremento del numero di personale addetto alla ricerca in rapporto al personale addetto al marketing; sviluppo di sperimentazioni cliniche di fase I-II aventi in Italia il comitato coordinatore; numero ed incremento delle procedure in cui l'Italia viene scelta dalle aziende farmaceutiche come Paese guida per la registrazione dei farmaci innovativi nei Paesi dell'Unione</p>	<p>Contenuto degli Accordi Gli Accordi individuano le attività e il piano degli interventi da realizzare in ciascuna azienda farmaceutica.</p>	

<p>europea; valore ed incremento dell'export e dei relativi certificati di libera vendita nel settore farmaceutico per le materie prime e per i prodotti finiti.</p>		
<p>1. 315. Sulla base degli impegni definiti e verificabili di cui al comma 314, viene attribuito il premio di prezzo, la cui entità non può superare il 10 per cento dell'impegno economico derivante dagli investimenti, da riconoscere alle imprese destinatarie dell'accordo, nell'ambito di una apposita procedura di negoziazione dei prezzi. Gli accordi individuano, altresì, le procedure ed i soggetti responsabili per il monitoraggio e la verifica dei risultati derivanti dall'attuazione degli interventi programmati.</p>	<p>Entità del premio L'entità del premio non può superare il 10% degli investimenti effettuati dalle aziende che stipulano l'accordo.</p>	
<p>. 316. Per le medesime finalità, l'intesa resa ai sensi delle norme vigenti da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la determinazione del fabbisogno finanziario sanitario annuale per i rispettivi anni per le singole regioni, nel rispetto del livello complessivo di spesa per il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 278, può fissare un importo finanziario aggiuntivo a quello fissato dal comma 2, lettera f), dell'<i>articolo 58 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, fino ad un ammontare complessivo per l'anno 2006 di 100 milioni di euro. A tal fine l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 50, comma 1, lettera c), della <i>legge 23 dicembre 1998, n. 448</i>, è corrispondentemente ridotta.</p>	<p>Previsione di un finanziamento aggiuntivo fino ad un massimo di 100 milioni di euro.</p>	
<p>1. 317. All'articolo 58, comma 2, lettera f), secondo periodo, della <i>legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, le parole da: «con decreto del Ministro della salute» fino a: «Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE),» sono soppresse.</p>		

<p>1. 318. [Il contributo di cui alla <i>legge 23 settembre 1993, n. 379</i>, è erogato in parti uguali direttamente agli enti di formazione destinatari, con l'obbligo, per i medesimi, degli adempimenti di rendicontazione come previsti dall'articolo 2 della medesima legge] ⁽¹⁴⁷⁾.</p> <hr/> <p>(147) Comma abrogato dal comma 466 dell'art. 2, <i>L. 24 dicembre 2007, n. 244</i>.</p>		
<p>1. 319. Per gli anni dal 2002 fino all'adozione dei provvedimenti di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, il decreto di cui all'<i>articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, può apportare le modifiche alle specifiche tecniche di cui all'allegato A) del medesimo decreto, al fine di rispettare le quote annuali come determinate ai sensi del comma 320.</p> <hr/> <p>1. 320. Per l'anno 2002 la quota di cui all'<i>articolo 7, comma 3, del citato decreto legislativo n. 56 del 2000</i> è ridotta del 5 per cento e, a decorrere dall'anno 2003, è ridotta di un ulteriore 1,5 per cento per ogni anno. Le risorse rivenienti dalle predette riduzioni annuali sono ripartite in base ai parametri di cui all'allegato A), le cui specifiche tecniche possono essere modificate al fine di rispettare le quote annuali determinate ai sensi del presente comma. A decorrere dall'anno 2003 la somma delle differenze positive fra gli importi attribuiti ai sensi dell'<i>articolo 2 del decreto</i></p>	<p>Commi 319- 324 Attuazione federalismo fiscale</p> <p>Per gli anni dal 2002 e fino all'attuazione dell'art. 119 della Costituzione tramite i decreti annuali attuativi del Dlgs n. 56/2000 si prevede il recepimento dell'Accordo della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del mese di luglio 2005 a Santa Trada. L'accordo si basa sull'introduzione di un maggiore discrezionalità nei parametri di calcolo per la perequazione e di una riduzione graduale della spesa storica : -5% per il 2002 e di un ulteriore 1.5% a decorrere dal 2003 per ogni anno. E' prevista un'aliquota addizionale Irpef dello 0,9 per cento, la proroga dei trasferimenti erariali e la conferma del Fondo di garanzia. Le risorse dovute alle Regioni - <i>circa 12,7 miliardi di euro</i> – verranno erogate sulla base di un Piano</p>	<p>Decreto del Ministro dell'economia e delle Finanze sentita la Conferenza Stato-Regioni entro il 31 marzo 2006 che definisce il piano graduale per l'erogazione delle risorse.</p>

<p><i>legislativo n. 56 del 2000</i> e l'ammontare dei trasferimenti soppressi ai sensi dell'articolo 1 del medesimo decreto al netto del gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'accisa sulle benzine di cui agli articoli 3 e 4 del richiamato decreto non può essere superiore a quella riscontrata nel 2002, incrementata per ciascun anno di un importo pari alla suddetta somma ⁽¹⁴⁸⁾.</p> <hr/> <p>(148) Vedi, anche, i commi 52 e 53 dell'<i>art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244</i>.</p> <hr/> <p>1. 321. Alla definitiva determinazione delle aliquote e delle compartecipazioni di cui agli <i>articoli 2, 3 e 4 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, si provvede nel quadro delle misure adottate per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione; conseguentemente, il fondo di garanzia di cui all'articolo 13 dello stesso <i>decreto legislativo n. 56 del 2000</i> è attribuito fino al predetto termine tenendo conto che l'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF è commisurata allo 0,9 per cento dall'anno 2004 ⁽¹⁴⁹⁾.</p> <hr/> <p>(149) Vedi, anche, il comma 2 dell'<i>art. 77-quater, D.L. 25 giugno 2008, n. 112</i>, aggiunto dalla relativa legge di</p>	<p>graduale definito con decreto del Ministro dell'economia e delle Finanze sentita la Conferenza stato regioni entro il 31 marzo 2006.</p>	
--	---	--

conversione.

1. 322. Le risorse finanziarie dovute alle regioni a statuto ordinario in applicazione delle disposizioni recate dai commi 319 e 320 sono corrisposte secondo un piano graduale definito con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da adottare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 marzo 2006 ^{(150) (151)}.

(150) Il piano graduale per la corresponsione delle somme di cui al presente comma è stato definito con *D.M. 9 novembre 2006* (Gazz. Uff. 23 novembre 2006, n. 273).

(151) La Corte costituzionale, con *sentenza 5-14 giugno 2007, n. 194* (Gazz. Uff. 20 giugno 2007, n. 24, 1^a Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 322, sollevata in riferimento all'art. 97 della Costituzione; inoltre ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 322, sollevate in riferimento all'art. 119 della Costituzione.

1. 323. [Ai fini della determinazione dell'aliquota

<p>provvisoria di cui all'<i>articolo 5, comma 3, del citato decreto legislativo n. 56 del 2000</i> si tiene conto, dall'anno 2006, delle risorse individuate ai sensi dell'articolo 6 dello stesso <i>decreto legislativo n. 56 del 2000</i>] ⁽¹⁵²⁾. Il comma 2 del citato articolo 6 è abrogato.</p> <hr/> <p>(152) Periodo soppresso da comma 674 dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i>.</p> <hr/> <p>1. 324. All'<i>articolo 1, commi 58 e 59, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, le parole: «dell'aliquota definitiva» sono sostituite dalle seguenti: «dell'aliquota provvisoria».</p>		
<p>1. 337. Per l'anno finanziario 2006, ed a titolo iniziale e sperimentale, fermo quanto già dovuto dai contribuenti a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche, una quota pari al 5 per mille dell'imposta stessa è destinata in base alla scelta del contribuente alle seguenti finalità:</p> <p>a) sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale di cui all'<i>articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460</i>, e successive modificazioni, nonché delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale, regionali e provinciali previsti dall'<i>articolo 7, commi 1, 2, 3 e 4, della legge 7</i></p>	<p>Destinazioni del 5 per mille dell'IRPEF Fra le finalità c'è anche la ricerca sanitaria.</p>	

<p><i>dicembre 2000, n. 383</i>, e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'articolo 10, comma 1, lettera <i>a</i>), del <i>decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460</i> ⁽¹⁵⁶⁾;</p> <p><i>b</i>) finanziamento della ricerca scientifica e dell'università;</p> <p><i>c</i>) finanziamento della ricerca sanitaria;</p> <p><i>d</i>) attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente ⁽¹⁵⁷⁾.</p> <hr/> <p>(156) Vedi, anche, il <i>D.P.C.M. 24 aprile 2008</i>.</p> <p>(157) A parziale modifica delle disposizioni contenute nel presente comma vedi il comma 2 dell'<i>art. 20, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159</i>, come sostituito dalla relativa legge di conversione. Per l'interpretazione autentica della disposizione di cui al presente comma vedi l'<i>art. 31, D.L. 30 dicembre 2005, n. 273</i>. Vedi, anche, il comma 1 dell'<i>art. 63-bis, D.L. 25 giugno 2008, n. 112</i>, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p>		
<p>1. 340. Con decreto di natura non regolamentare del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabilite le modalità di</p>	<p>Modalità di richiesta , soggetti e modalità di riparto</p> <p>Con decreto di natura non regolamentare del Presidente del consiglio dei Ministri su proposta del MIUR e del Ministro della</p>	<p>Decreto di natura non regolamentare del Presidente del consiglio dei Ministri su proposta del MIUR e del Ministro</p>

<p>richiesta, le liste dei soggetti ammessi al riparto e le modalità del riparto delle somme stesse, sentite le Commissioni parlamentari competenti relativamente alle finalità di cui al comma 337, lettera <i>a</i>). Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alla riassegnazione ad apposite unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze delle somme affluite all'entrata per essere destinate ad alimentare un apposito fondo ⁽¹⁵⁸⁾.</p> <hr/> <p>(158) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.P.C.M. 20 gennaio 2006</i>.</p>	<p>Salute, di concerto con Ministro dell'economia sono stabilite le modalità di richiesta, i soggetti e le modalità di riparte delle somme.</p>	<p>della Salute, di concerto con Ministro dell'economia .</p>
<p>1. 353. Sono integralmente deducibili dal reddito del soggetto erogante i fondi trasferiti per il finanziamento della ricerca, a titolo di contributo o liberalità, dalle società e dagli altri soggetti passivi dell'imposta sul reddito delle società (IRES) in favore di università, fondazioni universitarie di cui all'<i>articolo 59, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, e di istituzioni universitarie pubbliche, degli enti di ricerca pubblici, delle fondazioni e delle associazioni regolarmente riconosciute a norma del regolamento di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361</i>, aventi per oggetto statutario lo svolgimento o la promozione di attività di ricerca scientifica, individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, adottato su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro della salute,</p>	<p>Deducibilità dei fondi per finanziare l'attività di ricerca Sono integralmente deducibili i fondi per il finanziamento della ricerca .</p>	<p>Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro della salute, ovvero degli enti di ricerca vigilati dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, ivi compresi l'ISS e l'ISPESL, nonché degli enti parco regionali e nazionali che individua le attività di ricerca scientifica.</p>

<p>ovvero degli enti di ricerca vigilati dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, ivi compresi l'ISS e l'ISPESL, nonché degli enti parco regionali e nazionali ⁽¹⁷⁹⁾.</p> <hr/> <p>(179) Con <i>D.P.C.M. 8 maggio 2007</i> (Gazz. Uff. 13 giugno 2007, n. 135), modificato dall'<i>art. 1, D.P.C.M. 16 maggio 2008</i> (Gazz. Uff. 31 luglio 2008, n. 178), e con <i>D.P.C.M. 25 febbraio 2009</i> (Gazz. Uff. 15 aprile 2009, n. 87) sono stati individuati i soggetti destinatari delle disposizioni di cui al presente comma.</p>		
<p>1. 357. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il fondo per l'innovazione, la crescita e l'occupazione, di seguito denominato «fondo», destinato a finanziare i progetti individuati dal Piano per l'innovazione, la crescita e l'occupazione, elaborato nel quadro del rilancio della Strategia di Lisbona deciso dal Consiglio europeo dei Capi di Stato e di Governo del 16 e 17 giugno 2005, nonché interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario.</p>	<p>Istituzione di un Fondo per l'innovazione, la crescita e l'occupazione Il Fondo è destinato a finanziare i progetti individuati dal Piano per l'occupazione nonché interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario.</p>	
<p>1. 358. Fermo quanto stabilito ai sensi del comma 5, gli interventi e i progetti previsti ai sensi del comma 357 possono essere realizzati sui presupposti del reperimento delle necessarie risorse finanziarie con successivi provvedimenti legislativi, e della identificazione di ulteriori coperture finanziarie concordate e verificate con la Commissione europea in termini di compatibilità con gli impegni comunitari in sede di valutazione del programma italiano di stabilità e crescita.</p>	<p>Presupposti per la realizzazione dei progetti e degli interventi</p>	

<p>1. 359. Il fondo è ripartito esclusivamente tra gli interventi individuati dal Piano di cui al comma 357, nonché tra gli interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario, proposti dal Ministro della salute, con apposite delibere del CIPE, il quale stabilisce i criteri e le modalità di attuazione degli interventi in base alle risorse affluite al fondo, riservando il 15 per cento dell'importo da ripartire agli interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario ⁽¹⁸⁰⁾.</p> <hr/> <p>(180) La Corte costituzionale, con sentenza 6-18 giugno 2007, n. 201 (Gazz. Uff. 27 giugno 2007, n. 25 - Prima Serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui non prevede uno strumento idoneo a garantire la leale collaborazione tra Stato e Regioni.</p>	<p>Riserva del 15% delle risorse agli interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario</p>	<p>Delibere CIPE su proposta Ministro della Salute per stabilire criteri e modalità di attuazione degli interventi.</p>
<p>1. 401. La limitazione di cui al comma 187 non si applica al personale impiegato per far fronte alle emergenze sanitarie e, in particolare, a quello previsto dall'<i>articolo 1, comma 1, del decreto-legge 8 agosto 1996, n. 429</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 21 ottobre 1996, n. 532</i>, e dall'<i>articolo 1, comma 4, del decreto-legge 1° ottobre 2005, n. 202</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 30 novembre 2005, n. 244</i>.</p>	<p>Deroga alla limitazione dei contratti a termine per il personale impiegato sulle emergenze sanitarie</p>	
<p>. 402. Per garantire lo svolgimento dei compiti connessi alla prevenzione e alla lotta contro l'influenza aviaria e le emergenze connesse alle malattie degli animali, il Ministero della salute è autorizzato a convertire in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale gli incarichi di</p>	<p>Conversione in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale degli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per la prevenzione e lotta alla influenza aviaria.</p>	

<p>collaborazione coordinata e continuativa conferiti, ai sensi del <i>decreto-legge 8 agosto 1996, n. 429</i>, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 ottobre 1996, n. 532, ai veterinari, chimici e farmacisti attualmente impegnati nei posti di ispezione frontiera (PIF), negli uffici veterinari per gli adempimenti degli obblighi comunitari (UVAC) e presso gli uffici centrali del Ministero della salute, previo superamento di un'apposita prova per l'accertamento di idoneità.</p>	<p>Il Ministero della Salute è autorizzato per garantire lo svolgimento dei compiti connessi alla prevenzione e alla lotta contro l'influenza aviaria a convertire in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale gli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa.</p>	
<p>1. 403. Per far fronte alle emergenze sanitarie connesse al controllo dell'influenza aviaria è consentita, per l'anno 2006, la deroga alle limitazioni di cui al comma 198 per l'assunzione nei servizi veterinari degli enti del Servizio sanitario nazionale di un numero complessivo massimo a livello nazionale di 300 unità di personale veterinario e tecnico a tempo determinato. Tale deroga è subordinata alla preventiva definizione di apposito accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'<i>articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</i>, per il riparto tra le regioni delle predette unità di personale e per la definizione delle misure compensative aggiuntive rispetto a quelle previste dai commi da 198 a 206 da adottare ai fini del rispetto del livello complessivo di spesa per il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 278.</p>	<p>Deroga delle limitazioni delle assunzioni per i servizi veterinari connessi al controllo dell'influenza aviaria In deroga a quanto disposto dal comma 198 tramite Accordo in Conferenza Stato-Regioni che ne definisce le modalità, è consentita l'assunzione nei servizi veterinari di un numero massimo a livello nazionale di 300 unità a tempo determinato, nel rispetto del livello complessivo di spesa del SSN di cui al comma 278.</p>	<p>Accordo in Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>1. 408. Al comma 5 dell'<i>articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 24 novembre 2003, n. 326</i>, dopo la lettera f) è inserita</p>	<p>Recupero dell'extra tetto della spesa farmaceutica In caso di sfondamento del tetto di spesa annuale complessivo, per recuperare la</p>	

<p>la seguente:</p> <p>«<i>f-bis</i>) procedere, in caso di superamento del tetto di spesa di cui al comma 1, ad integrazione o in alternativa alle misure di cui alla lettera <i>f</i>), ad una temporanea riduzione del prezzo dei farmaci comunque dispensati o impiegati dal Servizio sanitario nazionale, nella misura del 60 per cento del superamento».</p>	<p>quota del 60% a carico delle aziende, l'Aifa può prevedere il taglio del prezzo dei farmaci.</p>	
<p>1. 409. Ai fini della razionalizzazione degli acquisti da parte del Servizio sanitario nazionale: <i>a</i>) la classificazione dei dispositivi prevista dal comma 1 dell'<i>articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, è approvata con decreto del Ministro della salute, previo accordo con le regioni e le province autonome, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono stabilite: 1) le modalità di alimentazione e aggiornamento della banca dati del Ministero della salute necessarie alla istituzione e alla gestione del repertorio generale dei dispositivi medici e alla individuazione dei dispositivi nei confronti dei quali adottare misure cautelative in caso di segnalazione di incidenti; 2) le modalità con le quali le aziende sanitarie devono inviare al Ministero della salute, per il monitoraggio nazionale dei consumi dei dispositivi medici, le informazioni previste dal comma 5 dell'<i>articolo 57 della citata legge n. 289 del 2002</i>. Le regioni, in caso di omesso inoltre al Ministero della salute delle informazioni di cui al periodo precedente, adottano i medesimi provvedimenti previsti per i direttori generali in caso di inadempimento degli obblighi informativi sul monitoraggio</p>	<p>Disposizioni sui dispositivi medici</p> <p>Tramite Accordi in Conferenza Stato-Regioni e successivo DM si provvederà alla classificazione dei dispositivi medici; a stabilire le modalità di alimentazione e aggiornamento della Banca dati e le modalità con cui le ASL devono inviare al Ministero le informazioni per il monitoraggio; all'istituzione di un repertorio dei dispositivi.</p>	<p>Accordi in Conferenza Stato-Regioni e successivo Decreto del Ministro della Salute</p>

<p>della spesa sanitaria; <i>b</i>) fermo restando quanto previsto dal comma 292, lettera <i>b</i>), del presente articolo per lo specifico repertorio dei dispositivi protesici erogabili, con la procedura di cui alla lettera <i>a</i>) viene stabilita, con l'istituzione del repertorio generale dei dispositivi medici, la data a decorrere dalla quale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale possono essere acquistati, utilizzati o dispensati unicamente i dispositivi iscritti nel repertorio medesimo; <i>c</i>) le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici, compresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i dispositivi su misura sono tenute a dichiarare mediante autocertificazione diretta al Ministero della salute - Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici, entro il 30 aprile di ogni anno, l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte ai medici, agli operatori sanitari, ivi compresi i dirigenti delle aziende sanitarie, e ai farmacisti, nonché la ripartizione della stessa nelle singole voci di costo, a tal fine attenendosi alle indicazioni, per quanto applicabili, contenute nell'allegato al D.M. 23 aprile 2004 del Ministro della salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 99 del 28 aprile 2004, concernente le attività promozionali poste in essere dalle aziende farmaceutiche; <i>d</i>) entro il 30 aprile di ogni anno, le aziende di cui alla lettera <i>c</i>) versano, in conto entrate del bilancio dello Stato, un contributo pari al 5 per cento delle spese autocertificate, calcolate al netto delle spese per il personale addetto. L'importo dovuto è maggiorato del 5 per cento per ciascun mese di ritardo rispetto alla scadenza prevista. Il mancato pagamento entro l'anno di riferimento comporta una</p>		
---	--	--

<p> sanzione da 7.500 a 45.000 euro, oltre al versamento di quanto dovuto. I proventi derivanti dai versamenti sono riassegnati, con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sulle corrispondenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero della salute e utilizzati dalla Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici per il miglioramento e il potenziamento della attività del settore dei dispositivi medici, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza del mercato, anche attraverso l'aggiornamento e la manutenzione della classificazione nazionale dei dispositivi e la manutenzione del repertorio generale di cui alla lettera a), alla attività di vigilanza sugli incidenti, alla formazione del personale ispettivo, all'attività di informazione nei riguardi degli operatori professionali e del pubblico, alla effettuazione di studi in materia di valutazione tecnologica, alla istituzione di registri di patologie che implicino l'utilizzazione di dispositivi medici, nonché per la stipula di convenzioni con università e istituti di ricerca o con esperti del settore; e) i produttori e i commercianti di dispositivi medici che omettono di comunicare al Ministero della salute i dati e le documentazioni previste dal comma 3-bis dell'<i>articolo 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46</i>, e successive modificazioni, applicabile anche ai dispositivi impiantabili attivi, e dall'<i>articolo 10 del decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332</i>, sono soggetti, quando non siano previste e non risultino applicabili altre sanzioni, alla sanzione amministrativa pecuniaria di cui al comma 4 dell'<i>articolo 23 del decreto legislativo n. 46 del 1997</i> e al comma 3 dell'<i>articolo 19 del decreto legislativo n. 332 del 2000</i>. Per </p>		
--	--	--

l'inserimento delle informazioni nella banca dati necessaria alla istituzione e alla gestione del repertorio dei dispositivi medici, i produttori e i distributori tenuti alla comunicazione sono soggetti al pagamento, a favore del Ministero della salute, di una tariffa di euro 100 per ogni dispositivo. Sono considerati un unico dispositivo, ai fini del pagamento della tariffa, i dispositivi che abbiano uno stesso *file* tecnico, secondo criteri individuati dalla Commissione unica sui dispositivi medici e approvati con decreto del Ministro della salute. La tariffa è dovuta anche per l'inserimento di informazioni relative a modifiche dei dispositivi già inclusi nella banca dati. I proventi derivanti dalle tariffe sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, alle competenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero della salute ed utilizzati dalla Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici per la manutenzione del repertorio generale di cui alla lettera a) ⁽¹⁹⁹⁾.

(199) Comma così modificato dal comma 825 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*. Vedi, anche, il comma 318 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*. La classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND) è stata approvata con *D.M. 20 febbraio 2007* (Gazz.Uff. 16 marzo 2007, n. 63, S.O.), modificato dal *D.M. 13 marzo 2008* (Gazz. Uff. 29 maggio 2008, n. 125). I criteri per l'individuazione di un «unico dispositivo», ai fini del pagamento della tariffa a

favore del Ministero della salute, sono stati individuati con <i>D.M. 20 marzo 2007</i> (Gazz. Uff. 24 aprile 2007, n. 95).		
1. 581. Al fine di garantire un adeguato sostegno al potenziamento delle attività di ricerca e sviluppo industriali nel settore oncologico svolte da strutture di eccellenza specializzate nel settore, è destinato un importo pari a 50 milioni di euro a valere sulle risorse del Fondo rotativo per il sostegno alle imprese e gli investimenti in ricerca di cui all' <i>articolo 1, comma 354, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i> .	Destinazione di 50 milioni di euro a valere sulle risorse del Fondo rotativo per il sostegno alle imprese per attività di ricerca e sviluppo industriale nel settore oncologico.	



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute.

Rep. n. 2648... del 5 ottobre 2006

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

Nell'odierna seduta del 5 ottobre 2006:

VISTO l'articolo 117, comma 2 lettera m) della Costituzione che attribuisce allo Stato la competenza di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ed il comma 3 che individua tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute;

VISTI 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'accordo sancito il 3 agosto 2000 (repertorio atti n.1004) in materia di spesa sanitaria, come integrato dall'articolo 85, comma 6 della legge 23 dicembre 2000, n.388;

VISTO l'accordo sancito il 22 marzo 2001(repertorio atti n.1210) che integra l'accordo sancito il 3 agosto 2000 in materia di spesa sanitaria;

VISTO l'accordo sancito l'8 agosto 2001, recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 ed il 22 marzo 2001 in materia di spesa sanitaria (repertorio atti n. 1285), con il quale si conviene di definire i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il decreto legge 18 settembre 2001, n.347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, che, all'articolo 6 ha previsto la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e successive modificazioni ed integrazioni;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO l'articolo 40 della legge 28 dicembre 2001, n.448, il quale prevede che il mancato rispetto da parte delle regioni e delle province autonome degli impegni indicati al punto 19 dell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, comporta, per il finanziamento della spesa nel settore, il ripristino per la regione e le province autonome inadempienti del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388;

VISTO l'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (repertorio atti n. 2174), in attuazione dell'articolo 3, comma 33 della legge 24 dicembre 2003, n.350, con il quale sono state definite le modalità di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo previsto a carico dello Stato dal richiamato Accordo dell'8 agosto 2001, fermo restando, come disposto dal comma 32 del medesimo articolo 1 della richiamata legge n.350, l'obbligo del ripristino del livello di finanziamento corrispondente a quello previsto dall'accordo del 3 agosto 2000, nei confronti delle Regioni per le quali si sia verificato il rispetto del mancato adempimento;

VISTO l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale ha disposto, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, che contempli, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

VISTA l'intesa stipulata il 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271) in attuazione dell' articolo 1, commi 173 e 180 della richiamata legge n. 311/2004, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dall'articolo 1, comma 277 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, 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, con riferimento all'esercizio 2005 e all'anno d'imposta 2006, 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 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone, che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni e delle Province Autonome agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, è precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, 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, comma 181, della richiamata legge n. 311/2004, il quale dispone che, con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al citato comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime, dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto legge 3° settembre 2003, numero 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, numero 326;

VISTO l'articolo 1, comma 184, lettere a), b) e d) della richiamata legge n. 311/2004 in materia di anticipazioni,

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

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 legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO l'articolo 1, comma 278 della legge 23 dicembre 2005, n.266 che dispone, al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, che il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006, da ripartire tra le regioni, secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che prevedano comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo;

VISTO l'articolo 9 del decreto legge 30 settembre 2005 n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, concernente l'obbligo della costituzione degli accantonamenti in materia di rinnovi contrattuali;

VISTI gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht;

CONSIDERATA la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

CONSIDERATA la necessità, al fine di garantire la certezza del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica per il rispetto degli obblighi comunitari, di prorogare anche per gli esercizi successivi al 2005 il meccanismo dell'automatismo fiscale di cui al richiamato articolo 1, comma 174 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dall'articolo 1, comma 277, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

CONSIDERATO che, al fine di garantire ai cittadini l'accesso al Servizio Sanitario nazionale, in maniera uniforme sul territorio nazionale, nel rispetto dei diritti costituzionali e di mantenere un livello di finanziamento compatibile con il quadro economico finanziario complessivo, si rende necessario stipulare una Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome;

VISTA la nota 26 settembre 2006, con la quale il Ministro della salute ha trasmesso un documento concernente un nuovo Patto sulla salute, concertato con il Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la lettera in data 28 settembre 2006, con la quale il Ministro della salute ha inviato un nuovo documento, anch'esso concertato con il Ministero dell'economia e delle finanze, che, rispetto alla versione precedentemente inviata, è stato impostato sotto forma di "protocollo d'intesa" e presenta alcune integrazioni;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la nota pervenuta nella medesima data del 28 settembre 2006, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso condivisione sui contenuti del predetto nuovo documento;

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 nei termini sotto indicati:

**PROTOCOLLO D'INTESA
sul
NUOVO PATTO SULLA SALUTE**

PREMESSO CHE:

Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione, le modificazioni socio-economiche e il progresso della medicina, che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze che, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, sono particolarmente pervasive in alcune Regioni. Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni conferma che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. A questo proposito la valutazione preliminarmente condivisa a che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute.

E' dunque possibile, come indicato nel Documento di programmazione economico finanziaria 2007-2011, mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico – la spesa sanitaria è una forma essenziale di investimento nel capitale umano. Si tratta di un ruolo di interesse nazionale,



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

che richiede di combinare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni. In questo quadro è auspicabile un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali confederali nel dibattito sullo sviluppo e la qualificazione del Servizio Sanitario Nazionale e sulle politiche per la tutela della salute.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano convengono di sancire un Nuovo Patto per la Salute volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Oggi si evidenziano la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA.

Governo e Regioni ritengono necessario, con il presente patto, individuare in modo condiviso le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse su un arco pluriennale, nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole sulla politica del personale e sulla farmaceutica.

Il settore della sanità deve mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria del Paese. In ogni caso i livelli di finanziamento devono essere parametrati alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

All'interno di questo quadro di compatibilità, il Nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatica e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Verrà rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA e il livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, svolgerà non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni. Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. Nel migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità, un ruolo potranno svolgere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini in funzione del tipo di patologia e della condizione economica. Infine, facendo leva sul Fondo nazionale per il co-finanziamento degli investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/1988 e sui fondi strutturali UE 2007-2013 si punterà a sostenere l'attività di ricerca e innovazione e l'attività di investimento per l'innalzamento della qualità del sistema e nelle nuove tecnologie.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

PRESO ATTO CHE:

-il Governo si impegna ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e/o amministrativo in attuazione del presente patto anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme, Accordi e Intese vigenti;

-il Governo ritiene indispensabile prorogare il meccanismo dell'automatismo fiscale;

-il Governo ritiene indispensabile assicurare la stabilità degli strumenti di programmazione finanziaria nel settore farmaceutico;

-il Governo si impegna con il presente patto, in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, a stabilire il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009 e che comprende il livello delle entrate proprie così come definito nell'Accordo dell'8 agosto 2001, in modo da consentire alle Regioni l'ottimizzazione, efficienza e massimizzazione nell'uso delle risorse e rendere loro possibile una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie a correggere le inapproprietezze e a riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi per i cittadini;

-Governo e Regioni si impegnano ad affrontare il problema di superare i divari quantitativi e qualitativi tra sistemi sanitari regionali ed in particolare tra Nord e Sud del Paese, evidenziando che tale problema si è accresciuto negli ultimi anni e trova annualmente testimonianza nei rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria interregionale;

-il Governo si impegna a prevedere in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie, un fondo transitorio che, insieme con misure di affiancamento, sostenga tali Regioni in un percorso di rientro in grado di portare all'azzeramento dei loro disavanzi entro l'anno 2010;

-il Governo e le Regioni convengono che, nell'attuazione del presente patto, sono fatte salve le funzioni generali dello Stato di monitoraggio e valutazione del Servizio Sanitario nazionale al fine di garantire il reale accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché di coordinamento della finanza pubblica e sono altresì fatte salve l'autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

1) Disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale

1.1 Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009, al netto della componente transitoria di cui al successivo punto 3, è determinato



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

in 96.000 milioni di euro per l'anno 2007, 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e 102.245 milioni di euro per l'anno 2009, 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 «Bambino Gesù». A fronte di tale disponibilità programmatoria dovrà corrispondere un'assunzione di autonomia ed inderogabile responsabilità di bilancio da parte delle Regioni sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano di disavanzi.

1.2 Il Ministro della salute, ai fini dell'esercizio della sua titolarità di proposta di riparto delle disponibilità finanziarie di cui al punto 1.1. per la determinazione del fabbisogno finanziario delle singole Regioni, dichiara la sua disponibilità ad avvalersi, in prima istanza, di criteri di riparto elaborati dalle Regioni, previa la ordinaria verifica tecnica con il Ministero delle economia e delle finanze sulla congruità dei predetti criteri, entro il 15 novembre 2006. In carenza di tali criteri ovvero qualora tali criteri non siano stati ritenuti congrui, il Ministro della salute elabora comunque la proposta di riparto entro il 30 novembre 2006, sulla base della normativa vigente. I criteri di riparto comunque, che siano recepiti dalla proposta delle Regioni o che siano proposti dal Ministro, restano validi per l'intero triennio 2007-2009.

1.3 Le Regioni si impegnano ad esprimere entro il 30 ottobre 2006 l'intesa sul DPCM attuativo del d.Lgs n. 56/2000 per l'anno 2005 e, entro il 31 marzo 2007 per l'anno 2006.

1.4 In via aggiuntiva agli adempimenti previsti dal presente patto, sono confermati e prorogati per tutta la durata del presente accordo gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi, come integrati dalle disposizioni di cui all'articolo 1, commi 203 e 275 della legge n. 266/2005 e dall'articolo 9 del decreto legge 30 settembre 2005 n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248. Tali procedure restano in vigore salvo quanto eventualmente concordato nel tavolo di cui al successivo punto 4.16. In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. A tal fine il Governo si impegna alla proposizione delle necessarie norme di deroga. »

1.5 La quota di finanziamento condizionata alla verifica degli adempimenti di cui al punto 1.4 è determinata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie per le Regioni a statuto ordinario; delle entrate proprie e della partecipazione di Sicilia e Sardegna per queste ultime.

1.6 E' confermato lo schema delle anticipazioni di cui all'articolo 1, comma 184, lettere a), b) della citata legge n. 311/2004 secondo le procedure di determinazione di cui al punto 1.5 nella misura del



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

97 per cento degli importi stabiliti per le singole Regioni in sede di riparto delle disponibilità finanziarie complessive per il Servizio Sanitario Nazionale. La procedura dell'anticipazione provvisoria è determinata con riferimento al finanziamento corrispondente a quello previsto per l'anno 2006 e incrementato a decorrere dal 2008 sulla base del tasso di crescita del PIL nominale programmato. Alle Regioni che abbiano superato gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal tavolo di verifica di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si riconosce la possibilità di un incremento di detta percentuale nei limiti della compatibilità di bilancio dettate dagli obiettivi di finanza pubblica.

2) Livelli Essenziali di Assistenza

2.1 Entro il 31 dicembre 2006, al fine di consentirne una tempestiva entrata in vigore il 1 gennaio 2007, si procederà, con le modalità di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni, nelle sedi competenti, ad una revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza vigenti, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, sulla base dei seguenti principi e criteri:

- i criteri ed i principi contenuti nell'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229:

1. principio della dignità della persona;
2. principio del bisogno di salute;
3. principio dell'equità nell'accesso all'assistenza;
4. principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
5. principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Inoltre la revisione dei LEA terrà conto dei criteri:

- di cui al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- dei risultati del Progetto Mattoni;
- della previsione di rimodulazione dei Livelli Essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 292, lettera a), della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- della integrazione dei LEA con l'aggiornamento delle liste delle prestazioni erogabili con particolare riferimento alla omogeneizzazione di quanto previsto in materia di assistenza odontoiatrica, parto indolore e terapie del dolore, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminando prestazioni ormai obsolete o sostituite da altre di comprovata efficacia;
- il criterio di revisione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza, di cui al DPCM del 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, ampliandone il numero.

2.2 In ciascuno degli anni del triennio, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, viene operata almeno una revisione ordinaria anche al fine di tenere conto dei risultati del monitoraggio dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

2.3 Entro il 30 novembre 2006 si procede, in via straordinaria, nelle sedi competenti, ad una analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei Livelli



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Essenziali di Assistenza, assumendo come riferimento i costi delle pratiche ritenute più efficienti in condizioni di appropriatezza, riscontrabili nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale analisi costituirà la base di riferimento di un'attività ordinaria di monitoraggio di tali costi da effettuarsi ogni anno entro il 30 novembre, i cui risultati saranno riportati nella relazione sullo stato sanitario del Paese da inviare al Parlamento.

2.4 Entro il 30 novembre 2006, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e con il sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, si conviene di definire un "pacchetto" o *set* di indicatori, concordato tra Ministeri della salute e dell'economia e finanze e Regioni a partire dal set di indicatori, comprensivo anche di indicatori sulle risorse umane e professionali del Servizio Sanitario Nazionale, utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa per la verifica dell'erogazione dei LEA per l'anno 2005. La verifica degli indicatori sarà condotta dal predetto Comitato in modo da configurare un percorso certificativo che evidenzi: l'uso delle risorse, la qualità dell'output e la capacità organizzativa. In quella sede vengono stabiliti indirizzi programmatori - per esempio relativi alla dotazione di letti ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario nazionale, alla loro articolazione nelle funzioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e, alle funzioni dei grandi ospedali e dei piccoli ospedali, al dimensionamento e all'organizzazione di particolari attività, all'attivazione e al funzionamento delle grosse tecnologie. Ogni Regione, coerentemente con le risorse programmate per l'erogazione dei LEA, stabilisce prima dell'inizio di ogni anno i risultati attesi e i relativi programmi che vengono poi monitorati dal citato Comitato. Tale procedura implica che il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolga non solo una funzione di verifica, ma, per le regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di rientro, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni, finalizzata anche ad una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata.

2.5 Entro il 30 novembre 2006 vengono adottati con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le Province autonome i nuovi modelli di rilevazione dei conti del Servizio Sanitario nazionale e le nuove linee guida alla loro compilazione con riferimento ai risultati già disponibili del progetto collaborativo "Mattone" denominato "Misura dei costi" da adottarsi a partire dall'anno di competenza 2007.

2.6 Per il loro rilevante impatto sui Livelli Essenziali di Assistenza si ritiene necessario attivare un percorso valutativo al quale subordinare la immissione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico nel Servizio Sanitario Nazionale, attivando, a tal fine, un'apposita sezione di lavoro nell'organismo deputato alla elaborazione delle proposte tecniche per la manutenzione dei LEA, avvalendosi delle agenzie nazionali e delle altre strutture tecniche del Servizio sanitario nazionale.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

3. Ulteriore concorso transitorio dello Stato alle Regioni in difficoltà economico- finanziaria

3.1 Per il percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le Regioni in difficoltà si conviene quanto segue:

- a) Il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, individua le Regioni che presentano un disavanzo pari o superiore al 7% nell'anno precedente e/o nelle quali sia entrata in vigore la massimizzazione dell'aliquota di addizionale IRPEF e della maggiorazione Irap, d'ora innanzi "Regioni in difficoltà";
- b) viene istituito, per tutto il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. L'accesso alle risorse di tale Fondo resta subordinato alla sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311, comprensivo di un Piano di rientro. Il Piano di rientro deve contenere, 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 DPCM di fissazione dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005. Le Regioni in difficoltà possono accedere al fondo transitorio. Tale accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap. Qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.
- c) il Ministero della salute, di concerto per quanto di competenza con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicurerà l'attività di affiancamento delle Regioni in difficoltà e di monitoraggio dei loro piani di rientro, sia per i provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive e di supporto tecnico. Tali



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

funzioni consultive e di supporto sono svolte per la predisposizione dei provvedimenti di carattere programmatico e di alta gestione del Servizio Sanitario Regionale e per l'attuazione dei provvedimenti approvati con prescrizioni da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, per risolvere le questioni poste.

4) Tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale.

4.1 Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale si conviene, in analogia a quanto operato dall'articolo 83, comma 3 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sulla opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, elevandolo dagli attuali 17 miliardi di euro a 20 miliardi di euro, riservando la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro alle seguenti linee prioritarie:

- innovazione tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;
- superamento del divario Nord-Sud;
- possibilità per le Regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;
- messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del d.P.R. 14 gennaio 1997;
- premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti (una quota del 10 per cento);

Il Governo e le Regioni si impegnano altresì a sostenere l'inserimento della tematica " sanità-sviluppo economico" tra le finalità individuate per l'utilizzo dei fondi disponibili nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 ed a convenire, con riferimento ai piani di investimento immobiliare deliberati dall'INAIL, cui all'articolo 1, comma 301 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sugli interventi di edilizia sanitaria da realizzare ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e nel rispetto delle compatibilità degli obiettivi di finanza pubblica assunti con il patto di stabilità e crescita.

4.2 Per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente, che rende effettivo il diritto alla salute, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di assistenza Primaria, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare. Su questi temi come in generale su quelli della medicina del territorio, della prevenzione e della tutela della salute nei luoghi di lavoro, Governo e Regioni si impegnano a definire linee di indirizzo entro il 31 dicembre 2006.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

4.3 In coerenza con quanto previsto al punto precedente, si conviene che debbano essere intensificate ed integrate iniziative idonee a responsabilizzare i medici di medicina generale sul versante dell'appropriatezza prescrittiva.

4.4 Si conviene di sviluppare nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

4.5 Si conviene sulla necessità di omogeneizzare le forme di compartecipazione alla spesa in funzione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni, anche al fine di promuovere la riduzione dell'uso improprio del pronto soccorso ospedaliero e il ricorso appropriato al day hospital, nonché migliorando il ricorso alla diagnostica.

4.6 Al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, con Intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle Regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli Piani di rientro. Tali linee saranno definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza. Sarà anche necessario procedere ad un'analisi delle modalità organizzative, anche innovative, interne ai presidi finalizzate alla maggiore integrazione delle attività ed al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza.

4.7 Si conviene di razionalizzare le tariffe di laboratorio in modo da promuovere il dimensionamento efficiente dei laboratori e la diffusione dei punti di prelievo, con effetti di riduzione dei prezzi a vantaggio dei cittadini e del Servizio Sanitario nazionale.

4.8 Si conviene sulla necessità di applicare anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 189, 191 e 194 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Conseguentemente il Governo e le Regioni si impegnano ad approfondire con le rappresentanze sindacali le regole di alimentazione dei fondi relativi alla contrattazione integrativa. Fermo restando gli obiettivi finanziari connessi al contenimento della spesa per il personale del SSN di cui agli articoli 1, comma 98 della legge n. 311/2004 e articolo 1, comma 198 della legge n. 266/2005, si conviene che per il loro conseguimento debbano essere individuate nuove modalità e procedure più aderenti alle specifiche realtà operative rispetto a quelle vigenti.

4.9 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 da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi per l'applicazione dei principi e norme



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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.

Con l'Intesa, per le medesime finalità:

- si promuoveranno le opportune iniziative per supportare normativamente, per gli aspetti di normazione di principio eventualmente carenti, le politiche regionali in questo settore;
- si promuoveranno iniziative per l'eventuale messa a punto della metodologia di remunerazione così come normati dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Coerentemente con queste esigenze, già si conviene che:

- viene individuata nel 1° gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del presente Accordo i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

4.10 In materia di promozione della qualità, il Governo e le Regioni si impegnano a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008. A tal fine si conviene di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale. Il Programma nazionale prevederà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti.

4.11 In considerazione della dimensione assunta, in campo nazionale, dal problema dell'assistenza alla non autosufficienza e considerate le iniziative che diverse Regioni stanno assumendo in merito,



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

si conviene di attivare un tavolo di lavoro presso il Ministero per la solidarietà sociale con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero per le politiche della famiglia, che approfondisca le seguenti tematiche:

- area prestazionale di confine tra le prestazioni, i servizi e le tipologie di assistenza già assicurate dai LEA di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni e le altre linee prestazionali;
- aspetti sanitari e socio sanitari dell'accertamento del bisogno;
- analisi delle iniziative regionali già in essere.

4.12 In maniera complementare all'iniziativa di cui al punto 4.10, al fine di favorire una qualificazione delle attività di integrazione socio-sanitaria previste dal decreto legislativo n. 502/92 così come, in particolare, modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99, il Ministero della salute si impegna a rifinalizzare una propria struttura per dedicarla all'integrazione socio-sanitaria ed alla diffusione di processi permanenti di qualificazione delle strutture del S.S.N. impegnate nei vari settori assistenziali caratterizzati dalla prevalente esigenza di integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali.

4.13 Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

La scadenza del 30 giugno 2005, prevista dall'articolo 3, comma 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'adozione di un Accordo quadro Stato-Regioni tra i Ministri della salute, 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, è prorogata al 31 dicembre 2006. Fino a tale data restano ferme le competenze attribuite alla Cabina di regia per lo sviluppo del NSIS di cui alla richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il Governo e le Regioni si impegnano a promuovere l'utilizzo dei dati acquisiti con le procedure di cui al comma 10 dell'articolo 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 presso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della salute, fermo restando quanto previsto dall'articolo 87 della legge n. 388 del 2000, ferma restando le competenze del Ministero dell'economia e delle finanze previste dai citati articoli 50 e 87.

Nell'attuale fase transitoria si conviene sulla necessità di completare, entro il 31 dicembre 2007, il processo di acquisizione all'NSIS, promosso dalla sua Cabina di regia, dei dati regionali informatizzati già disponibili per il monitoraggio delle prestazioni relative all'assistenza specialistica ambulatoriale ed all'assistenza farmaceutica convenzionata, nonché di integrare tale acquisizione con i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci e alla c.d. distribuzione per conto e con il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa.

4.14 Al fine di rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse disponibili, Governo e Regioni convengono sulla necessità di ulteriormente incrementare forme di razionalizzazione dei sistemi di



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

gestione delle attività tecnico-amministrative e di supporto, quali la logistica, gli acquisti di beni e servizi, la manutenzione ecc., anche attraverso modalità di esercizio sovraziendale e di centralizzazione degli acquisti, con particolare riferimento ai dispositivi medici.

4.15 La sede tecnica integrata per promuovere l'attività di armonizzazione dei risultati delle linee di confronto tecnico-programmatico che - nei vari ambiti e organismi previsti dalla normativa vigente - si sviluppano tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e finanze e Regioni per tutte le attività che impegnano Governo e Regioni nella garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e per il monitoraggio della spesa sanitaria, è costituita, rispettivamente, dal Comitato di verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il Comitato e il Tavolo verificano altresì periodicamente lo stato di attuazione del presente accordo.

4.16 Ulteriore revisione degli accordi precedenti e delle leggi.

Uno specifico Tavolo di lavoro misto Stato-Regioni, presso il Ministero della salute, costituito da rappresentanti del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e finanze, del Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, provvederà a formulare proposte di revisione di punti della normativa vigente, anche in riferimento al rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale di enti ed organismi di rilevanza nazionale, di cui sia condivisa la criticità di applicazione.

4.17 Al fine di armonizzare i contenuti e la tempistica del presente Patto con il vigente Piano Sanitario Nazionale di cui al d.P.R. 7 aprile 2006, si conviene di promuovere modifiche ed integrazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

4.18 Governo e Regioni convengono sulla necessità di riaprire una fase di confronto sugli strumenti di monitoraggio e regolazione della spesa farmaceutica, in modo da pervenire ad eventuali modifiche della disciplina vigente, fermo restando l'obiettivo del conseguimento degli effetti finanziari derivanti dalla vigente normativa.

Nei confronti delle regioni che abbiano comunque garantito la copertura degli eventuali relativi disavanzi, è consentito l'accesso agli importi di cui all'articolo 1, comma 181 della legge 311/2004, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni:

- con riferimento al superamento del tetto del 13%, per la spesa farmaceutica convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, con le misure di cui al decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, si applica, nell'ambito della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004, una quota fissa per ricetta e/o confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento del 40%;

- con riferimento al superamento della soglia del 3%, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, le regioni presentano ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze un Piano di



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, che contenga interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci la cui idoneità è da verificarsi congiuntamente nell'ambito dei Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

4.19 Si conviene sulla opportunità di prevedere che, nella fase applicativa del Patto, siano assicurate iniziative che aprano al confronto con le organizzazioni sindacali confederali l'approfondimento delle linee di sviluppo del Patto stesso, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza e alle altre tematiche rilevanti per il Servizio sanitario nazionale.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta

Ministero dell'Economia e delle Finanze

NASCE IL NUOVO PATTO PER LA SALUTE: RIFORME E PIU' EFFICIENZA PER SERVIZI MIGLIORI. SPESA SANITARIA STABILIZZATA DAL 2007

Comunicato n. 154

Roma, 22 settembre 2006

E' stata raggiunta oggi al Ministero dell'Economia e delle Finanze un'intesa tra Governo e Regioni relativa a un nuovo 'Patto per la Salute' di valenza triennale. Il Patto si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico.

Il nuovo Patto avvia concreti provvedimenti di riforma destinati a conseguire, già nel breve periodo, sia l'efficientamento del sistema sia il miglioramento delle prestazioni ai cittadini, grazie anche a una maggiore responsabilizzazione di bilancio delle Regioni e alle nuove basi di collaborazione instaurate tra queste Istituzioni e il Governo. Le principali linee di riforma indicate dal Patto troveranno applicazione nella Legge Finanziaria per il 2007, coerentemente agli orientamenti espressi nel *Documento di programmazione economica e finanziaria* (Dpef 2007-2011) approvato all'inizio di luglio.

Il Ministro dell'Economia e delle Finanze Tommaso Padoa-Schioppa, il Ministro della Salute Livia Turco e il presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni Vasco Errani esprimono soddisfazione per l'accordo raggiunto oggi.

L'accordo finanziario.

Gli elementi essenziali dell'accordo finanziario possono essere così sintetizzati:

- le risorse messe a disposizione dallo Stato centrale saliranno da 91.2 miliardi nel 2006 a 97 miliardi nel 2007, comprensivi di un fondo di accompagnamento di 1 miliardo per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati
- la spesa sanitaria complessiva si attesterà nel 2007 a 101.3 miliardi, registrando così sia una diminuzione di 2.4 miliardi rispetto al tendenziale del 2007 (pari a 103.7 miliardi) sia una leggera flessione rispetto al livello previsto nel 2006 (pari a 102 miliardi). Dopo essere cresciuta in media del 7.8% annuo nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria viene così sostanzialmente stabilizzata a partire dal 2007

- questo risultato verrà ottenuto attraverso misure di riorganizzazione e qualificazione della spesa, con l'obiettivo di assicurare un contenimento generale dei costi, una rigorosa eliminazione di sprechi ed inefficienze, la ricerca della massima appropriatezza clinica e organizzativa, il miglioramento dei servizi sanitari ai cittadini, salvaguardando e aggiornando i Livelli essenziali di assistenza (Lea)
- per le Regioni che non raggiungeranno gli obiettivi di spesa concordati verranno confermati i meccanismi di piena responsabilizzazione finanziaria come le misure di affiancamento e gli "automatismi fiscali" (aumento delle aliquote regionali dell'addizionale Irpef e dell'Irap)
- il Governo svolgerà azioni di contenimento della spesa - tra cui quella farmaceutica - di riorganizzazione dei dispositivi medici e di omogeneizzazione di forme di partecipazione alla spesa. L'effetto atteso è pari a 2 miliardi di euro
- negli anni successivi al 2007, il Governo continuerà a dare certezza riguardo alle risorse finanziarie messe a disposizione delle Regioni per il SSN, garantendo per conto dello Stato centrale un livello di finanziamento adeguato verificando i costi reali dei Lea in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Nel complesso, il contributo netto del settore sanitario alla manovra di finanza pubblica per il 2007 sarà pari a 3 miliardi di euro.

Governo e Regioni convengono di istituire una sede di confronto sulle risultanze del 2006 per cercare una soluzione adeguata ai problemi posti dalla misura del finanziamento prevista dalla Legge finanziaria 2006.

Andamento della spesa sanitaria (in mld euro)

	2006	2007	2008	2009
tendenziale	102.0	103.7	107.1	111.1
programmatico		101.3	104.3	107.5
contributo Stato centrale	91.2	97.0*	99.9	102.9

* comprensivo del fondo di accompagnamento di 1 miliardo

Il risanamento delle Regioni con disavanzi elevati

Un significativo sforzo iniziale di contenimento dei costi verrà chiesto alle Regioni che presentano elevati disavanzi. Tali regioni saranno sostenute con un 'fondo transitorio' che consenta loro un rientro progressivo e con misure di 'affiancamento' da parte del Governo per l'attuazione delle misure di razionalizzazione necessarie. Verrà attivato inoltre un gruppo di lavoro composto da esperti del Ministero della Salute e da esperti regionali che accompagni e sostenga l'azione di risanamento delle autorità regionali e che promuova accordi tra Regioni per la diffusione delle migliori pratiche.

L'accordo normativo e programmatico

L'accordo è stato definito nelle sue linee di indirizzo e nei suoi contenuti essenziali e verrà redatto in forma definitiva nei prossimi giorni. Esso è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Esso comprende i seguenti elementi principali:

- adeguamento dello stanziamento pluriennale ex art. 20 della legge 67/88 per il cofinanziamento degli investimenti nel SSN in modo da consentire la definizione di nuovi accordi di programma per la qualificazione delle strutture sanitarie, l'innovazione tecnologica e il superamento del divario Nord-Sud con particolare riferimento all'assistenza oncologica e alle malattie rare; inserimento della tematica "sanità-sviluppo economico" tra le finalità per l'utilizzo dei fondi strutturali dell'Unione Europea 2007-2013
- aggiornamento dei LEA ai nuovi bisogni di assistenza; revisione e ampliamento dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, analisi dei costi delle prestazioni ricomprese nei LEA, assumendo come riferimento i costi delle pratiche più efficienti
- attivazione di un sistema di monitoraggio basato su un "pacchetto" adeguato di indicatori, concordato tra Ministeri della salute, dell'economia e finanze e Regioni
- promozione e valorizzazione delle risorse umane del SSN e partecipazione del personale medico e delle altre professioni sanitarie al governo del sistema
- riorganizzazione e potenziamento della rete delle cure primarie promuovendo forme evolute di associazionismo tra i medici di medicina generale e di integrazione con l'attività dei distretti sanitari; sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria a partire dall'assistenza alle persone non autosufficienti; messa in rete e monitoraggio dell'attività prescrittiva dei medici di medicina generale
- riorganizzazione e umanizzazione della rete ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore

Per ulteriori informazioni - For further information:

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Ufficio Stampa Press Office

Tel. 06/4761.4605 4625 4606

Fax:06/4814095

Email:

ufficio.stampa@tesoro.it

Legge 27 dicembre 2006, n. 296
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
(Legge finanziaria 2007)

Testo aggiornato il 19 marzo 2010

SETTORE SANITARIO

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Settore Salute e Politiche sociali

Art 1 COMMI	ASPETTI ATTUATIVI	CRITICITA' E PROPOSTE DI EMENDAMENTO
<p>1. 28. Al testo unico delle imposte sui redditi, di cui al <u>decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917</u>, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p style="padding-left: 40px;">a) all'articolo 10, comma 1, lettera b), dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Ai fini della deduzione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario»;</p> <p style="padding-left: 40px;">b) all'articolo 15, comma 1, lettera c), dopo il</p>	<p>Per la deduzione della spesa relativa all'acquisto di medicinali occorre fattura o scontrino fiscale comprovante natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario.</p>	

secondo periodo è inserito il seguente: «Ai fini della detrazione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario».		
1. 29. Le disposizioni introdotte dalle lettere <i>a)</i> e <i>b)</i> del comma 28 hanno effetto a decorrere dal 1° luglio 2007. Fino al 31 dicembre 2007, nel caso in cui l'acquirente non sia il destinatario del farmaco, non ne conosca il codice fiscale o non abbia con sé la tessera sanitaria, l'indicazione del codice fiscale può essere riportata a mano sullo scontrino fiscale direttamente dal destinatario, fatte salve le disposizioni di cui all' articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 , convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 , e successive modificazioni, in materia di obbligo di rilevazione del codice fiscale da parte del farmacista.	Decorrenza 1 luglio 2007. Fino al 31 dicembre 2007 sarà possibile acquistare farmaci riportando il codice fiscale sullo scontrino, fatto salvo l'obbligo di rilevazione del codice fiscale da parte del farmacista.	
1. 38. La riscossione dei compensi dovuti per attività di lavoro autonomo, mediche e paramediche, svolte nell'ambito delle strutture sanitarie private è effettuata in modo unitario dalle stesse strutture sanitarie, le quali provvedono a: a) incassare il compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo e a riversarlo contestualmente al medesimo; b) registrare nelle scritture contabili obbligatorie,	Dal comma 38 al 42 è disciplinato il lavoro autonomo medico e paramedico svolto nelle strutture sanitarie private.	

<p>ovvero in apposito registro, il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonomo resa nell'ambito della struttura.</p> <hr/> <p>1. 39. Le strutture sanitarie di cui al comma 38 comunicano telematicamente all'Agenzia delle entrate l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente.</p> <hr/> <p>1. 40. Con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate sono definiti i termini e le modalità per la comunicazione prevista dal comma 39 nonché ogni altra disposizione utile ai fini dell'attuazione dei commi 38 e 39 ⁽¹⁴⁾.</p> <hr/> <p>⁽¹⁴⁾ Con <u>Prov. 13 dicembre 2007</u> (Gazz. Uff. 10 gennaio 2008, n. 8, S.O.) è stato approvato il modello per la comunicazione, da parte delle strutture sanitarie private, dei compensi complessivamente riscossi in nome e per conto degli esercenti attività mediche e paramediche, e ne sono stati definiti termini e modalità tecniche di trasmissione telematica.</p>		
---	--	--

<p>1. 41. Le disposizioni di cui ai commi da 38 a 40 si applicano a decorrere dal 1° marzo 2007.</p>		
<p>1. 42. Per le violazioni delle disposizioni di cui ai commi 38 e 39 si applicano rispettivamente gli articoli 9 e 11 del decreto legislativo 18 dicembre 1997, n. 471, e successive modificazioni. Restano fermi in capo ai singoli prestatori di lavoro autonomo tutti gli obblighi formali e sostanziali previsti per lo svolgimento dell'attività.</p>		
<p>1. 64. All'articolo 78 della legge 30 dicembre 1991, n. 413, dopo il comma 25 sono inseriti i seguenti:</p> <p>«25-bis. Ai fini dei controlli sugli oneri detraibili di cui alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, gli enti e le casse aventi esclusivamente fine assistenziale devono comunicare in via telematica all'Anagrafe tributaria gli elenchi dei soggetti ai quali sono state rimborsate spese sanitarie per effetto dei contributi versati di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive</p>	<p>Gli enti e le casse aventi esclusivamente fine assistenziale devono comunicare in via telematica all'Anagrafe tributaria gli elenchi dei soggetti ai quali sono state rimborsate spese sanitarie per effetto dei contributi versati.</p>	

<p>modificazioni.</p> <p>25-ter. Il contenuto, i termini e le modalità delle trasmissioni sono definiti con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate».</p>		
<p>1. 270. Al fine di garantire alle regioni che sottoscrivono gli accordi di cui al comma 796, lettera <i>b</i>), un ammontare di risorse equivalente a quello che deriverebbe dall'incremento automatico dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, applicata alla base imponibile che si sarebbe determinata in assenza delle disposizioni introdotte dai commi da 266 a 269, è ad esse riconosciuto, con riferimento alle esigenze finanziarie degli esercizi 2007, 2008 e 2009, un trasferimento pari a 89,81 milioni di euro per l'anno 2007, a 179 milioni di euro per l'anno 2008 e a 191,94 milioni di euro per l'anno 2009. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al periodo precedente sono ripartite in proporzione al minor gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive di ciascuna regione (71).</p> <hr/> <p>(71) Alla ripartizione delle risorse prevista dal presente comma si è provveduto: per le regioni Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia con D.M. 25 luglio 2008 (Gazz. Uff. 4 settembre 2008, n. 207).</p>	<p>Disposizioni sul cuneo fiscale. Decreto Ministero Economia e Finanze del 25 luglio 2008.</p>	

<p>1. 399. Per l'anno 2007, il limite di non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente, relativamente ai contributi di assistenza sanitaria, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera <i>a</i>), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, è fissato in euro 3.615,20 ⁽¹³⁷⁾.</p> <hr/> <p>(137) Per la proroga dell'efficacia di quanto stabilito dal presente comma vedi il comma 198 dell'<i>art. 1, L. 24 dicembre 2007, n. 244</i>.</p>	<p>Il limite per l'anno 2007 di non concorrenza alla formazione del reddito da lavoro dipendente per i contributi di assistenza sanitaria è di 3.615,20 euro.</p>	
<p>1. 449. Nel rispetto del sistema delle convenzioni di cui agli <i>articoli 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488</i>, e successive modificazioni, e 58 della <i>legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono individuati, entro il mese di gennaio di ogni anno, tenuto conto delle caratteristiche del mercato e del grado di standardizzazione dei prodotti, le tipologie di beni e servizi per le quali tutte le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni-quadro. Le restanti amministrazioni pubbliche di cui all'articolo <i>1 del decreto legislativo 30 marzo 2001,</i></p>	<p>Gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento.</p>	

<p>n. 165, e successive modificazioni, possono ricorrere alle convenzioni di cui al presente comma e al comma 456 del presente articolo, ovvero ne utilizzano i parametri di prezzo-qualità come limiti massimi per la stipulazione dei contratti. Gli enti del Servizio sanitario nazionale sono in ogni caso tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento (165).</p> <hr/> <p>(165) Le tipologie di beni e servizi di cui al presente comma sono state individuate con D.M. 23 gennaio 2008 (Gazz. Uff. 7 febbraio 2008, n. 32) per l'anno 2008; con D.M. 17 febbraio 2009 (Gazz. Uff. 1 aprile 2009, n. 76) per l'anno 2009, e, in ogni caso, sino all'emanazione del successivo decreto.</p>		
<p>1. 455. Ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, le regioni possono costituire centrali di acquisto anche unitamente ad altre regioni, che operano quali centrali di committenza ai sensi dell'articolo 33 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio sanitario nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.</p>	<p>Le Regioni possono costituire centrali di committenza per servizi e forniture in favore anche degli enti del SSN.</p>	

1. 456. Le centrali di cui al comma 455 stipulano, per gli ambiti territoriali di competenza, convenzioni di cui all' articolo 26, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488 , e successive modificazioni.		
1. 457. Le centrali regionali e la CONSIP Spa costituiscono un sistema a rete, perseguendo l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzando sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici per l'acquisto di beni e servizi. Nel quadro del patto di stabilità interno, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano approva annualmente i programmi per lo sviluppo della rete delle centrali di acquisto della pubblica amministrazione e per la razionalizzazione delle forniture di beni e servizi, definisce le modalità e monitora il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.	Sistema a rete fra centrali regionali e Consip La Conferenza Stato-Regioni approva annualmente i programmi per lo sviluppo della rete delle centrali di acquisto della pubblica amministrazione e per la razionalizzazione delle forniture di beni e servizi.	
1. 458. È abrogato l' articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 , e successive modificazioni, ad eccezione del comma 3. All' articolo 59, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388 , le parole: «Per le finalità di cui al presente articolo, nonché» e le parole: «, in luogo delle aggregazioni di cui alla lettera c) del comma 2,» sono soppresse.	Abrogazione della norma della finanziaria 2001 in base alla quale il Ministero dell'Economia promuoveva le aggregazioni di enti per acquisti in comune.	
1. 474. Presso il Ministero dell'economia e delle finanze è istituita la Commissione tecnica per la	Istituzione presso il Ministero dell'Economia della Commissione tecnica per la finanza	

<p>finanza pubblica, composta di dieci membri, per le seguenti finalità di studio e di analisi:</p> <p>a) formulare proposte finalizzate ad accelerare il processo di armonizzazione e di coordinamento della finanza pubblica e di riforma dei bilanci delle amministrazioni pubbliche che sia diretto a:</p> <p>1) per quanto concerne specificamente il bilancio dello Stato, disegnare una diversa classificazione della spesa, anche mediante ridefinizione delle unità elementari ai fini dell'approvazione parlamentare, finalizzata al miglioramento della scelta allocativa e ad una efficiente gestione delle risorse, rafforzando i processi di misurazione delle attività pubbliche e la responsabilizzazione delle competenti amministrazioni;</p> <p>2) migliorare la trasparenza dei dati conoscitivi della finanza pubblica, con evidenziazione nel bilancio dello Stato della quota di stanziamenti afferenti alle autorizzazioni legislative di spesa, nonché con una prospettazione delle decisioni in termini di classificazione funzionale, economica e per macrosettori;</p> <p>3) armonizzare i criteri di classificazione dei bilanci delle pubbliche amministrazioni, per un più agevole consolidamento dei conti di cassa e di</p>	<p>pubblica.</p>	
--	-------------------------	--

<p>contabilità nazionale;</p> <p><i>b)</i> elaborare studi preliminari e proposte tecniche per la definizione dei principi generali e degli strumenti di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, con particolare attenzione al coordinamento dei rapporti finanziari tra lo Stato ed il sistema delle autonomie territoriali, nonché all'efficacia dei meccanismi di controllo della finanza territoriale in relazione al rispetto del Patto di stabilità europeo;</p> <p><i>c)</i> elaborare studi e analisi concernenti l'attività di monitoraggio sui flussi di spesa del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze;</p> <p><i>d)</i> valutare, in collaborazione con l'ISTAT e con gli altri enti del sistema statistico nazionale, l'affidabilità, la trasparenza e la completezza dell'informazione statistica relativa agli andamenti della finanza pubblica;</p> <p><i>e)</i> svolgere, su richiesta delle competenti Commissioni parlamentari, ricerche, studi e rilevazioni e cooperare alle attività poste in essere dal Parlamento in attuazione del comma 480 (171).</p> <hr/>	<p>La Commissione opera su programmi predisposti dal Ministero dell'Economia sentiti i ministeri interessati e la Conferenza Unificata.</p>	
---	---	--

<p><u>(171)</u> Ai sensi dell'art. <u>45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112</u> è stato soppresso l'organismo previsto dal presente comma, con la decorrenza ivi indicata.</p> <p>1. 475. La Commissione di cui al comma 474 opera sulla base dei programmi predisposti dal Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti i Ministri competenti in relazione alle diverse finalità e la Conferenza unificata di cui all'<u>articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</u>. Entro il 31 gennaio di ciascun anno il Ministro dell'economia e delle finanze presenta al Parlamento una relazione sull'attività svolta dalla Commissione e sul programma di lavoro per l'anno in corso. Per l'anno 2007 la Commissione avvia la propria attività sulla base delle disposizioni di cui ai commi da 474 a 481, con priorità per le attività di supporto del programma di cui al comma 480.</p>		<p>L'organismo è stato soppresso.</p>
<p>1. 476. Ai fini del raccordo operativo con la Commissione di cui al comma 474, è istituito un apposito Servizio studi nell'ambito del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, cui è preposto un dirigente di prima fascia del medesimo Dipartimento composto di personale appartenente al Dipartimento stesso.</p>	<p>Apposito servizio studi nel dipartimento Ragioneria Generale dello Stato.</p>	
<p>1. 477. [Per l'espletamento della sua attività la Commissione di cui al comma 474 si avvale, altresì, della struttura di supporto dell'Alta Commissione di studio di cui all'articolo 3, comma 1, lettera <i>b</i>), della</p>	<p>Soppressione dell'Alta Commissione ed avvalimento delle preesistenti strutture di supporto.</p>	

<p>legge 27 dicembre 2002, n. 289, e successive modificazioni, la quale è contestualmente soppressa. La Commissione può altresì avvalersi degli strumenti di supporto già previsti per la Commissione tecnica per la spesa pubblica, di cui all'articolo 32 della legge 30 marzo 1981, n. 119, e successive modificazioni, ivi incluso l'accesso ai sistemi informativi, di cui al quarto comma del medesimo articolo 32, nonché l'istituzione di una segreteria tecnica e la stipula di contratti di consulenza, ai sensi dei commi 4 e 5 dell'articolo 8 della legge 17 dicembre 1986, n. 878. A tal fine è autorizzata la spesa di 1.200.000 euro annui a decorrere dall'anno 2007] ⁽¹⁷²⁾.</p> <hr/> <p>(172) Comma abrogato dall'art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112.</p>		
<p>1. 478. [Entro il 31 gennaio 2007, il Ministro dell'economia e delle finanze, con proprio decreto, nomina la Commissione di cui al comma 474 e stabilisce le regole per il suo funzionamento, nonché la data di inizio della sua attività. I membri della Commissione, incluso il presidente, sono scelti tra esperti di alto profilo tecnico-scientifico e di riconosciuta competenza in materia di finanza pubblica; tre dei componenti sono scelti tra una rosa di nomi indicata dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997,</p>	<p>Decreto del Ministro dell'Economia di nomina della Commissione e del suo funzionamento: tre sono scelti fra una rosa di nomi indicata dalla Conferenza Unificata.</p>	

<p><u>n. 281</u>. Il decreto di cui al presente comma è comunicato alle competenti Commissioni parlamentari] (173).</p> <hr/> <p>(173) Comma abrogato dall'art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112.</p>		
<p>1. 479. [I componenti della Commissione di cui al comma 474 sono nominati per un triennio e possono, alla scadenza, essere rinnovati per una sola volta] (174).</p> <hr/> <p>(174) Comma abrogato dall'art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112.</p>		
<p>1. 480. Per l'anno 2007 il Ministro dell'economia e delle finanze, avvalendosi anche della Commissione di cui al comma 474, promuove la realizzazione di un programma straordinario di analisi e valutazione della spesa delle amministrazioni centrali, anche in relazione alla applicazione delle disposizioni del comma 507, individuando le criticità, le opzioni di riallocazione delle risorse, le possibili strategie di miglioramento dei risultati ottenibili con le risorse stanziare, sul piano della qualità e dell'economicità. Ai fini dell'attuazione del programma di cui al presente comma, le amministrazioni dello Stato trasmettono, entro il 31 marzo 2007, al Ministero</p>	<p>Programma straordinario di analisi e valutazione della spesa delle amministrazioni centrali.</p>	

<p>dell'economia e delle finanze un rapporto sullo stato della spesa nei rispettivi settori di competenza, anche alla luce dell'applicazione delle disposizioni del comma 507 e delle altre disposizioni di cui ai commi da 404 a 512, indicando le difficoltà emerse e formulando proposte di intervento in ordine alla allocazione delle risorse e alle azioni che possono incrementare l'efficacia della spesa. Il Governo riferisce sull'attuazione del programma di cui al presente comma nell'ambito del Documento di programmazione economico-finanziaria presentato nell'anno 2007. Il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 settembre 2007, presenta al Parlamento una relazione sui risultati del programma straordinario di analisi e valutazione della spesa delle amministrazioni centrali di cui al presente comma e sulle conseguenti iniziative di intervento. In allegato alla relazione un apposito documento dà conto dei provvedimenti adottati ai sensi delle disposizioni introdotte dal comma 482 ⁽¹⁷⁵⁾.</p> <hr/> <p>⁽¹⁷⁵⁾ Vedi, anche, il comma 67 dell'art. 3, <u>L. 24 dicembre 2007, n. 244</u>.</p>		
<p>1. 565. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del protocollo d'intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di</p>	<p>Personale del SSN.</p>	

<p>Bolzano, per un patto nazionale per la salute, sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, in data 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione:</p> <p>a) gli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto per gli anni 2005 e 2006 dall'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e, per l'anno 2006, dall'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni;</p> <p>b) ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera a), le spese di personale sono considerate al netto: 1) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; 2) per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, delle spese</p>	<p>Le spese del personale non devono superare per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.</p>	
--	---	--

<p>derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e pertanto devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;</p> <p>c) gli enti destinatari delle disposizioni di cui alla lettera a), nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni nella loro autonomia, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dalla medesima lettera:</p> <p>1) individuano la consistenza organica del personale dipendente a tempo indeterminato in servizio alla data del 31 dicembre 2006 e la relativa spesa;</p> <p>2) individuano la consistenza del personale che alla medesima data del 31 dicembre 2006 presta servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o</p>		
---	--	--

<p>con convenzioni e la relativa spesa;</p> <p>3) predispongono un programma annuale di revisione delle predette consistenze finalizzato alla riduzione della spesa complessiva di personale. In tale ambito e nel rispetto dell'obiettivo di cui alla lettera a), è verificata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato. A tale fine le regioni nella definizione degli indirizzi di cui alla presente lettera possono nella loro autonomia far riferimento ai principi desumibili dalle disposizioni di cui ai commi da 513 a 543;</p> <p>4) fanno riferimento, per la determinazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, alle disposizioni recate dall'articolo 1, commi 189, 191 e 194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, al fine di rendere coerente la consistenza dei fondi stessi con gli obiettivi di riduzione della spesa complessiva di personale e di rideterminazione della consistenza organica;</p> <p>d) a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge per gli enti del Servizio sanitario nazionale le misure previste per gli anni 2007 e 2008 dall'articolo 1, comma 98, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dall'articolo 1, commi da 198 a 206, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono sostituite</p>		
---	--	--

<p>da quelle indicate nel presente comma;</p> <p>e) alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui alla lettera a) per gli anni 2007, 2008 e 2009, nonché di quelli previsti per i medesimi enti del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per gli anni 2005 e 2006 e dall'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'anno 2006, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico. Nelle procedure di reclutamento della dirigenza sanitaria, svolte in attuazione della presente legge, il servizio prestato nelle forme previste dalla lettera a) del presente comma presso l'azienda che bandisce il concorso è valutato ai sensi degli articoli 27, 35, 39, 43, 47 e 55 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 ⁽²⁰⁸⁾.</p>	<p>La verifica degli obiettivi avviene al Tavolo di monitoraggio degli adempimenti e la Regione risulterà adempiente all'accertamento del conseguimento degli obiettivi previsti o se abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.</p>	
---	---	--

<p><u>(208)</u> Comma così modificato dal comma 115 dell'art. 3, <u>L. 24 dicembre 2007, n. 244</u>.</p>		
<p>1. 566. Al fine di dare continuità alle attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e sperimentazione di cui alla <u>legge 19 gennaio 2001, n. 3</u>, gli Istituti zooprofilattici sperimentali sono autorizzati a procedere all'assunzione di personale a tempo indeterminato, nei limiti della dotazione organica all'uopo rideterminata e del finanziamento complessivo deliberato annualmente dal CIPE, integrato dalla quota parte della somma di cui al terzo periodo del presente comma. Nelle procedure di assunzione si provvede prioritariamente alla stabilizzazione del personale precario, che sia in servizio da almeno tre anni, anche non continuativi, o che consegua tale requisito in virtù di contratti stipulati anteriormente alla data del 29 settembre 2006 ovvero che sia stato in servizio per almeno tre anni anche non continuativi, nel quinquennio anteriore alla data di entrata in vigore della presente legge, ed accertati i requisiti specifici professionali e generali di idoneità. Lo stanziamento di cui al <u>decreto-legge 21 novembre 2000, n. 335</u>, convertito, con modificazioni, dalla <u>legge 19 gennaio 2001, n. 3</u>, è rideterminato, a decorrere dall'anno 2008, in euro 35.300.000. Il Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentiti gli Istituti zooprofilattici sperimentali, definisce con</p>	<p>Gli IZS sono autorizzati all'assunzione di personale a tempo indeterminato provvedendo prioritariamente alla stabilizzazione del personale precario.</p>	

<p>apposito programma annuale le attività da svolgere nonché i criteri e i parametri di distribuzione agli stessi di quota parte del predetto stanziamento ⁽²⁰⁹⁾.</p> <hr/> <p>⁽²⁰⁹⁾ Comma così modificato dal comma 375 dell'art. 2, <u>L. 24 dicembre 2007, n. 244</u>. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <u>D.M. 6 maggio 2008</u>.</p>		
<p>1. 637. Il sistema universitario concorre alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, garantendo che il fabbisogno finanziario, riferito alle università statali, ai dipartimenti e a tutti gli altri centri con autonomia finanziaria e contabile, da esso complessivamente generato in ciascun anno non sia superiore al fabbisogno determinato a consuntivo nell'esercizio precedente, incrementato del 3 per cento. Il Ministro dell'università e della ricerca procede annualmente alla determinazione del fabbisogno finanziario programmato per ciascun ateneo, sentita la Conferenza dei rettori delle università italiane (CRUI), tenendo conto degli obiettivi di riequilibrio nella distribuzione delle risorse e delle esigenze di razionalizzazione del sistema universitario, garantendo l'equilibrata distribuzione delle opportunità formative ⁽²⁵⁰⁾.</p>	<p>Il fabbisogno finanziario riferito alle Università statali non deve essere superiore al consuntivo dell'anno precedente incrementato del 3%.</p>	

<p>(250) Sui termini di applicabilità delle disposizioni di cui al presente comma vedi il comma 9 dell'art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191.</p>		
<p>1. 653. Per gli anni dal 2007 al 2009 incluso, è fatto divieto alle università statali e non statali, autorizzate a rilasciare titoli accademici aventi valore legale, di istituire e attivare facoltà o corsi di studio in comuni diversi da quello ove l'ateneo ha la sede legale e amministrativa, salvo che si tratti di comune confinante o di razionalizzazione dell'offerta didattica mediante accorpamento di sedi decentrate già esistenti nella regione Valle d'Aosta e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, o di istituzione di centri di ricerca funzionali alle attività produttive della regione.</p>	<p>Divieto temporaneo di istituire nuove facoltà o corsi di studio.</p>	
<p>1. 675. All'articolo 6 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, è aggiunto il seguente comma: «1-bis. Le aliquote e le compartecipazioni definitive di cui all'articolo 5, comma 3, sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio del secondo anno successivo all'adozione dei provvedimenti di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, al fine di assicurare la copertura degli oneri connessi alle funzioni attribuite alle regioni a statuto ordinario di cui al comma 1».</p>	<p>Federalismo fiscale Il meccanismo di revisione delle aliquote e delle compartecipazioni per l'attuazione del Dlgs 56/2000 sarà rivisto dal secondo anno di applicazione dell'art. 119 Cost. che prevede l'assegnazione alle Regioni delle entrate fiscali per la copertura delle funzioni ad esse attribuite.</p>	
<p>1. 739. Dal 1° gennaio 2007 alle operazioni di indebitamento di cui al comma 17 dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, si aggiungono</p>	<p>Blocco delle cartolarizzazioni con esclusione di quelle adottate prima del 4 settembre 2006 e completate entro il 31 marzo 2007.</p>	

<p>anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù», preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso ospedale dallo Stato. All'articolo 1, comma 278, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le parole: «a decorrere dall'anno 2006» sono sostituite dalle seguenti: «limitatamente all'anno 2006» ⁽³²³⁾;</p>	<p>comprensivi di 50 milioni di euro per l'Ospedale Bambino Gesù di Roma.</p>	<p><i>“Farmaceutica” “Compartecipazione alla spesa” “Livelli essenziali di assistenza” (LEA), anche in base al dinamiche del PIL nominale effettivo.</i></p> <p><i>Inoltre si chiede di rivedere le risorse da destinare al tema della non autosufficienza (vedi comma 1264).</i></p>
<p>b) è istituito per il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, la cui ripartizione tra le regioni interessate da elevati disavanzi è disposta con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ⁽³²⁴⁾. L'accesso alle risorse del Fondo di cui alla presente lettera è subordinato alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi. Il piano di rientro deve contenere 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</p>	<p>Fondo transitorio per le Regioni con disavanzi elevati: 1.000 milioni di euro per l'anno 2007 850 milioni di euro per l'anno 2008 700 milioni di euro per l'anno 2009 ripartiti con decreto del Min Salute di concerto con Min Economia e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni:</p> <p>L'accesso è subordinato ad apposito Accordo ex art. 1 comma 180 l. n. 311/2004 comprensivo del Piano di rientro contenente sia le misure di riequilibrio erogativo dei LEA sia le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010.</p>	<p><i>Nella Conferenza Stato - Regioni del 29 marzo 2007 le Regioni hanno espresso l'intesa con la richiesta di procedere ad una verifica con il Governo per gli anni 2008 e 2009 affinché siano garantiti, con apposite risorse aggiuntive, meccanismi analoghi di finanziamento per le Regioni che si venissero a trovare in difficoltà per elevati disavanzi strutturali.</i></p>

<p>Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. Tale accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, fatte salve le aliquote ridotte disposte con leggi regionali a favore degli esercenti un'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o comunque economica, ovvero una libera arte o professione, che abbiano denunciato richieste estorsive e per i quali ricorrano le condizioni di cui all'articolo 4 della legge 23 febbraio 1999, n. 44. Qualora nel procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta</p>	<p>Presupposto è che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi delle addizionali Irperf ed Irap.</p> <p>Possibilità di proporre misure equivalenti.</p> <p>Il mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta per l'anno successivo che le addizionali si applicano oltre i livelli massimi previsti finì all'integrale copertura del disavanzo.</p>	
--	---	--

<p>dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. La maggiorazione ha carattere generalizzato e non settoriale e non è suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. Qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla</p>	<p>Il rispetto degli obiettivi intermedi con risultati migliori può comportare per l'anno successivo la riduzione delle addizionali per una quota corrispondente al miglior risultato.</p> <p>Gli interventi sono vincolanti per la Regione.</p>	
---	--	--

<p>medesima regione in materia di programmazione sanitaria. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicura l'attività di affiancamento delle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini del monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 ⁽³²⁵⁾;</p>	<p>Attività di affiancamento delle Regioni da parte dei Ministeri Salute ed Economia nell'ambito del SIVEAS.</p>	
<p>c) all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, le parole: «all'anno d'imposta 2006» sono sostituite dalle seguenti: «agli anni di imposta 2006 e successivi». Il procedimento per l'accertamento delle risultanze contabili regionali, ai fini dell'avvio delle procedure di cui al citato articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è svolto dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005;</p>	<p>Accertamento delle risultanze contabili da parte del Tavolo di monitoraggio e verifica degli adempimenti ai fini dell'avvio delle procedure per il commissariamento.</p>	
<p>d) al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento a carico dello Stato:</p>		

<p>1) in deroga a quanto stabilito dall'<i>articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56</i>, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2007, 2008 e 2009, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate alla lettera a) del presente comma da accreditare sulle contabilità speciali di cui al comma 6 dell'<i>articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 97 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dall'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 per i medesimi anni;</p>	<p>Erogazione anticipata nella misura del 97% della quota indistinta del fabbisogno sanitario quale risulta dall'intesa espressa in Conferenza Stato-Regioni sul riparto delle risorse.</p>	
<p>2) per gli anni 2007, 2008 e 2009, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alla Regione siciliana anticipazioni nella misura pari al 97 per cento delle somme dovute a tale regione a titolo di finanziamento della quota indistinta, quale risulta dall'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 per</p>	<p>Anticipazione Regione Siciliana del 97% al netto di entrate proprie e della partecipazione della Regione.</p>	

i medesimi anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni della medesima regione;		
<p>3) alle regioni che abbiano superato tutti gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005, si riconosce la possibilità di un incremento di detta percentuale compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica;</p> <p>4) all'erogazione dell'ulteriore 3 per cento nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla vigente normativa e dalla presente legge;</p>	<p>Possibilità di incremento della percentuale alle Regioni adempienti.</p> <p>Il restante 3% è erogato a conclusione della verifica positiva del Tavolo di monitoraggio.</p>	
5) 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, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2006, quale risulta dall'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e incrementato, a decorrere dall'anno 2008, sulla base del tasso di crescita del	Nelle more dell'Intesa sul riparto le anticipazioni sono commisurate al livello di finanziamento a quello previsto per l'anno 2006 e incrementato a decorrere dal 2008 sulla base del tasso di crescita del Pil nominale programmato.	

prodotto interno lordo nominale programmato;		
6) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi;		
7) sono autorizzate, a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 , e successive modificazioni, nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 , e successive modificazioni. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ⁽³²⁶⁾ ;	Compensazioni degli importi connessi con la mobilità sanitaria interregionale nonché internazionale. Gli importi sono definiti dal Min Salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.	
e) ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dall'incremento automatico delle aliquote, di cui all' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 , come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, per le regioni che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo, sottoscrivono l'accordo richiamato alla lettera b) del pre-sente comma, risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da	Idoneità per le Regioni che sottoscrivono l'Accordo specifico con il piano di rientro dal deficit, di criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.	

specifiche entrate certe e vincolate, in sede di verifica degli adempimenti del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005 (327) ;		
f) per gli anni 2007 e seguenti sono confermate le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ai fini del rispetto dei tetti stabiliti dall' articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 , convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 , con le deliberazioni del consiglio di amministrazione n. 34 del 22 dicembre 2005, n. 18 dell'8 giugno 2006, n. 21 del 21 giugno 2006, n. 25 del 20 settembre 2006 e n. 26 del 27 settembre 2006, salvo rideterminazioni delle medesime da parte dell'AIFA stessa sulla base del monitoraggio degli andamenti effettivi della spesa;	Confermate le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall'Aifa per l'anno 2007 e seguenti.	
g) in riferimento alla disposizione di cui alla lettera f) del presente comma, per il periodo 1° marzo 2007-29 febbraio 2008 e limitatamente ad un importo di manovra pari a 807 milioni di euro di cui 583,7 milioni a carico delle aziende farmaceutiche, 178,7 milioni a carico dei farmacisti e 44,6 milioni a carico dei grossisti, sulla base di tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il Servizio sanitario nazionale, approvate dall'AIFA e definite per regione e per azienda farmaceutica, le singole aziende farmaceutiche, entro il termine perentorio del 30 gennaio 2007, possono chiedere alla medesima AIFA la sospensione, nei confronti di tutti i propri farmaci,	Le singole aziende farmaceutiche possono chiedere - entro il 30 gennaio 2007 – la sospensione del taglio del 5% ai listini di cui alla delibera Aifa di settembre a fronte dell'impegno di versare alle Regioni interessate la quota di extratetto a loro carico calcolata in base alle tabelle di equivalenza approvate dall'AIFA.	

<p>della misura della ulteriore riduzione del 5 per cento dei prezzi di cui alla deliberazione del consiglio di amministrazione dell'AIFA n. 26 del 27 settembre 2006. La richiesta deve essere corredata dalla contestuale dichiarazione di impegno al versamento, a favore delle regioni interessate, degli importi indicati nelle tabelle di equivalenza approvate dall'AIFA, secondo le modalità indicate nella presente disposizione normativa e nei provvedimenti attuativi dell'AIFA, per un importo complessivo equivalente a quello derivante, a livello nazionale, dalla riduzione del 5 cento dei prezzi dei propri farmaci. L'AIFA delibera, entro il 10 febbraio 2007, l'approvazione della richiesta delle singole aziende farmaceutiche e dispone, con decorrenza 1° marzo 2007, il ripristino dei prezzi dei relativi farmaci in vigore il 30 settembre 2006, subordinando tale ripristino al versamento, da parte dell'azienda farmaceutica, degli importi dovuti alle singole regioni in base alle tabelle di equivalenza, in tre rate di pari importo da corrispondersi entro i termini improrogabili del 20 febbraio 2007, 20 giugno 2007 e 20 settembre 2007. Gli atti che attestano il versamento alle singole regioni devono essere inviati da ciascuna azienda farmaceutica contestualmente all'AIFA, al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute rispettivamente entro il 22 febbraio 2007, 22 giugno 2007 e 22 settembre 2007. La mancata corresponsione, nei termini previsti, a ciascuna regione di una rata comporta, per i farmaci</p>	<p>La mancata corresponsione di una rata comporta, per i farmaci dell'azienda farmaceutica inadempiente, l'automatico ripristino, dal primo giorno del mese successivo, del prezzo dei farmaci in vigore il 1° ottobre 2006.</p>	
---	--	--

<p>dell'azienda farmaceutica inadempiente, l'automatico ripristino, dal primo giorno del mese successivo, del prezzo dei farmaci in vigore il 1° ottobre 2006 ⁽³²⁸⁾;</p>		
<p>h) in coerenza con quanto previsto dalla lettera g), l'AIFA ridetermina, in via temporanea, le quote di spettanza dovute al farmacista e al grossista per i farmaci oggetto delle misure indicate nella medesima disposizione, in modo tale da assicurare, attraverso la riduzione delle predette quote e il corrispondente incremento della percentuale di sconto a favore del Servizio sanitario nazionale, una minore spesa dello stesso Servizio di entità pari a 223,3 milioni di euro, di cui 178,7 milioni a carico dei farmacisti e 44,6 milioni a carico dei grossisti;</p>	<p>L'Aifa provvede in base a quanto sopra disposto a ridurre temporaneamente le quote di spettanza a farmacisti e grossisti per i farmaci sottratti al taglio dei listini.</p>	
<p>i) in caso di rideterminazione delle misure di contenimento della spesa farmaceutica ai sensi di quanto stabilito nella parte conclusiva della lettera f), l'AIFA provvede alla conseguente rimodulazione delle disposizioni attuative di quanto previsto dalle norme di cui alle lettere g) e h);</p>		
<p>l) nei confronti delle regioni che abbiano comunque garantito la copertura degli eventuali relativi disavanzi, è consentito l'accesso agli importi di cui all'<u>articolo 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</u>, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni:</p> <p>1) con riferimento al superamento del tetto del 13 per cento, per la spesa farmaceutica</p>	<p>Accesso alla “quota premiale” di cui all'art.1 comma 181 fin 2005 con riferimento alla spesa farmaceutica anche alle seguenti condizioni:</p> <p>In riferimento al superamento del tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata</p>	

<p>convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, con le misure di cui all'articolo 5 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l'avvenuta applicazione, entro la data del 28 febbraio 2007, nell'ambito della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, di una quota fissa per confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento del 40 per cento. Le regioni interessate, in alternativa alla predetta applicazione di una quota fissa per confezione, possono adottare anche diverse misure regionali di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, purché di importo adeguato a garantire l'integrale contenimento del 40 per cento, la cui adozione e congruità è verificata entro il 28 febbraio 2007 dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa del 23 marzo 2005, avvalendosi del supporto tecnico dell'AIFA;</p>	<p>applicando, entro il 28 febbraio 2007, una quota fissa per confezione per un importo che copra integralmente il 40% a carico della Regione oppure con misure diverse la cui congruità verrà verificata dal tavolo di monitoraggio.</p>	
<p>2) con riferimento al superamento della soglia del 3 per cento, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, l'avvenuta presentazione, da parte della regione interessata, entro la data del 28 febbraio 2007, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze di un Piano di contenimento della spesa</p>	<p>In riferimento al superamento della soglia del 3% per la farmaceutica ospedaliera, la Regione dovrà presentare entro il 28 febbraio 2007, un Piano di contenimento la cui idoneità verrà verificata dal tavolo di monitoraggio.</p>	

<p>farmaceutica ospedaliera, che contenga interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci, la cui idoneità deve essere verificata congiuntamente nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui alla citata intesa 23 marzo 2005;</p>		
<p>m) all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>1) il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri»;</p>	<p>Linee guida per i percorsi diagnostico-terapeutici adeguate periodicamente con DM Salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.</p>	
<p>2) al terzo periodo, le parole: «Il Ministro della sanità» sono sostituite dalle seguenti: «Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia</p>		<p><i>Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 15 novembre 2007 e successiva delibera del Cipe</i></p>

<p>e delle finanze,» e dopo le parole: «di Trento e di Bolzano,» sono inserite le seguenti: «entro il 31 marzo 2007,»;</p> <p>n) ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, come rideterminato dall'articolo 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è elevato a 23 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. Il maggior importo di cui alla presente lettera è vincolato per 100 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finalizzato al potenziamento delle «unità di risveglio dal coma»; per 7 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati al potenziamento e alla creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN); per 3 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ammodernamento tecnologico del patrimonio</p>	<p>Programma investimenti: l'importo ex art. 20 l. n. 67/1988 è elevato a 20 miliardi di euro.</p> <p>Il maggior importo di 3 mld è così vincolato:</p>	<p><i>25 gennaio 2008. Con sentenza n. 45 del 2008 la Corte Costituzionale dichiara illegittimi tali vincoli di destinazione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali ha riformulato modificando in tal senso la proposta di delibera per il CIPE.</i></p> <p><i>Nuova Intesa Stato-Regioni del 18 settembre 2008.</i></p>
--	--	--

<p>sanitario pubblico, destinati all'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di «massa tandem», per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci; per 500 milioni di euro alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, per 150 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, per 100 milioni di euro all'implementazione e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e per 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica. Nella sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, è data, inoltre, priorità agli interventi relativi ai seguenti settori assistenziali, tenuto conto delle esigenze della programmazione</p>	<p>500 milioni per la riqualificazione dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico prioritariamente al Sud ed isole; 100 milioni per le strutture residenziali per le cure palliative;</p> <p>100 milioni per l'adeguamento dei sistemi informativi;</p> <p>100 milioni per le strutture di assistenza odontoiatrica.</p>	
---	---	--

<p>sanitaria nazionale e regionale: realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali. Il Ministero della salute, attraverso la valutazione preventiva dei programmi di investimento e il monitoraggio della loro attuazione, assicura il raggiungimento dei predetti obiettivi prioritari, verificando nella programmazione regionale la copertura del fabbisogno relativo anche attraverso i precedenti programmi di investimento. Il riparto fra le regioni del maggiore importo di cui alla presente lettera è effettuato con riferimento alla valutazione dei bisogni relativi ai seguenti criteri e linee prioritarie:</p>	<p>Il riparto fra le Regioni avviene sulla base dei seguenti criteri e linee prioritarie:</p>	
<p>1) innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;</p>	<p>settore oncologico e malattie rare;</p>	
<p>2) superamento del divario Nord-Sud;</p> <p>3) possibilità per le regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;</p>	<p>superamento divario Nord-Sud; programmazione regionale aggiuntiva;</p>	
<p>4) messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997</i>, pubblicato nel supplemento ordinario n. 37 alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997;</p>	<p>messa a norma delle strutture pubbliche;</p>	
<p>5) premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento</p>	<p>premialità alle Regioni più tempestive nella ristrutturazione ed ammodernamento.</p>	

tecnologico già eseguiti per una quota pari al 10 per cento ⁽³²⁹⁾ ;		
<p>o) fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate» ⁽³³⁰⁾;</p>	<p>Previsione di uno sconto del 2% sulle tariffe di tutte le prestazioni specialistiche rese dai privati accreditati e di uno sconto del 20% sugli importi previsti sulle prestazioni di diagnostica di laboratorio di cui al DM del 1996.</p> <p>Piani di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate.</p>	

<p>p) a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro. Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati (331) (332);</p> <p><i>p-bis</i>) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera p), fermo restando l'importo di manovra pari a 811 milioni di euro per l'anno 2007, 834 milioni di euro per l'anno 2008 e 834 milioni di euro per l'anno 2009, le regioni, sulla base della stima degli effetti della complessiva manovra nelle singole regioni, definita dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, anzichè applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono</p>	<p>Ticket per i non esenti di 10 euro sulla ricetta relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.</p> <p>Ticket per i non esenti di età superiore ai 14 anni di 25 euro per le prestazioni erogate in pronto soccorso codificate come “codice bianco”.</p> <p>Restano salvi ticket più elevati introdotti dalle Regioni.</p>	<p><i>La legge 17 maggio 2007 n. 64 art. 1 bis abolisce sostanzialmente il Ticket rideterminando l'importo della manovra prevista a 300 milioni di euro per il solo 2007 e per i restanti 511 milioni dandone copertura specifica.</i></p> <p><i>Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2007.</i></p>
--	--	--

<p>alternativamente:</p> <p>1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza, da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;</p> <p>2) stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza. Le misure individuate dall'accordo si applicano, nella regione interessata, a decorrere dal giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo (333);</p>		
<p>q) all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, la lettera a) è sostituita dalla seguente:</p> <p>«a) con le procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede, entro il 28 febbraio 2007, alla modificazione degli allegati al citato decreto del Presidente del Consiglio dei</p>	<p>Revisione dei LEA inserendo nell'assistenza ambulatoriale prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero e rivedendo le soglie di appropriatezza delle prestazioni per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno.</p>	<p><i>Il DPCM 21 aprile 2008 di revisione dei LEA – sul quale le Regioni avevano espresso intesa in Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 – è stato ritirato dal Governo per mancanza di copertura finanziaria. Si sta definendo un</i></p>

<p><u>Ministri 29 novembre 2001</u>, e successive modificazioni, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, finalizzata all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno»;</p>		<p><i>nuovo provvedimento.</i></p>
<p>r) a decorrere dal 1° gennaio 2007, i cittadini, anche se esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita, con le modalità più idonee al recupero delle somme dovute stabilite dai provvedimenti regionali;</p>	<p>Multa per il mancato ritiro dei risultati di visite o esami.</p>	
<p>s) a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'<u>articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724</u>, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'<u>articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni;</p>	<p>Cessazione dal 1 gennaio 2008 degli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate.</p>	
<p>t) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'<u>articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo</p>	<p>Le Regioni adottano i provvedimenti finalizzati a garantire la cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture private dal 1 gennaio 2010.</p>	

<u>decreto legislativo n. 502 del 1992</u> ⁽³³⁴⁾ ;		
<p>u) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'<u>articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo <u>articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992</u>. Il provvedimento di ricognizione è trasmesso al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005. Per le regioni impegnate nei piani di rientro previsti dall'accordo di cui alla lettera b), le date del 1° gennaio 2008 di cui alla presente lettera e alla lettera s) sono anticipate al 1° luglio 2007 limitatamente alle regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o ad aggiornare, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'<u>articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</u>, e successive modificazioni;</p>	<p>I nuovi accreditamenti dal 1 gennaio 2008 dovranno essere concessi solo sulla base di un provvedimento regionale di ricognizione.</p> <p>Per le Regioni con i piani di rientro la data è anticipata al 1 luglio 2007.</p>	
v) il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Agenzia per i servizi	<p>Disposizioni sui dispositivi medici Il Min salute avvalendosi della CUD e dell'ASSR individua tipologie di dispositivi</p>	

<p>sanitari regionali, individua, entro il 31 gennaio 2007, tipologie di dispositivi per il cui acquisto la corrispondente spesa superi il 50 per cento della spesa complessiva dei dispositivi medici registrata per il Servizio sanitario nazionale. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 dell'<i>articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289</i>, e dal numero 2) della lettera a) del comma 409 dell'<i>articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266</i>, entro il 30 aprile 2007, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i prezzi dei dispositivi individuati ai sensi della presente lettera, da assumere, con decorrenza dal 1° maggio 2007, come base d'asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale. I prezzi sono stabiliti tenendo conto dei più bassi prezzi unitari di acquisto da parte del Servizio sanitario nazionale risultanti dalle informazioni in possesso degli osservatori esistenti e di quelle rese disponibili dall'ottemperanza al disposto del successivo periodo della presente lettera. Entro il 15 marzo 2007 le regioni trasmettono al Ministero della salute - Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici, anche per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i prezzi unitari corrisposti dalle aziende sanitarie nel corso del biennio 2005-2006; entro la stessa data le aziende che producono o commercializzano in Italia</p>	<p>per il cui acquisto la spesa supera il 50% della spesa complessiva dei dispositivi registrata per il SSN.</p> <p>Con DM salute di concerto con Min economia e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni sono stabiliti i prezzi dei dispositivi da assumere come base d'asta per le forniture del SSN.</p>	
--	--	--

<p>dispositivi medici trasmettono alla predetta Direzione generale, sulla base di criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute, i prezzi unitari relativi alle forniture effettuate alle aziende sanitarie nel corso del medesimo biennio. Nelle gare in cui la fornitura di dispositivi medici è parte di una più ampia fornitura di beni e servizi, l'offerente deve indicare in modo specifico il prezzo unitario di ciascun dispositivo e i dati identificativi dello stesso. Il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove la realizzazione, sulla base di una programmazione annuale, di studi sull'appropriatezza dell'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici, anche mediante comparazione dei costi rispetto ad ipotesi alternative. I risultati degli studi sono pubblicati sul sito INTERNET del Ministero della salute ⁽³³⁵⁾;</p>		
<p>z) la disposizione di cui all'<i>articolo 3, comma 2, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 8 aprile 1998, n. 94</i>, non è applicabile al ricorso a terapie farmacologiche a carico del Servizio sanitario nazionale, che, nell'ambito dei presidi ospedalieri o di altre strutture e interventi sanitari, assuma carattere diffuso e sistematico e si configuri, al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio, quale alternativa terapeutica rivolta a pazienti portatori di patologie per le quali risultino autorizzati farmaci</p>	<p>Terapie off-label. Le terapie farmacologiche con modalità o indicazioni diverse da quelle autorizzate a carico del SSN sono consentite solo nell'ambito di sperimentazioni cliniche e sono vietate se si configurano come terapie diffuse quali alternative terapeutiche per pazienti portatori di patologie per le quali risultino autorizzati farmaci recanti specifica indicazione al trattamento.</p>	

<p>recanti specifica indicazione al trattamento. Il ricorso a tali terapie è consentito solo nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali di cui al decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, e successive modificazioni. In caso di ricorso improprio si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, commi 4 e 5, del citato decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94. Le regioni provvedono ad adottare entro il 28 febbraio 2007 disposizioni per le aziende sanitarie locali, per le aziende ospedaliere, per le aziende ospedaliere universitarie e per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico volte alla individuazione dei responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni di cui alla presente lettera, anche sotto il profilo della responsabilità amministrativa per danno erariale. Fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali di cui alla presente lettera, tale responsabilità è attribuita al direttore sanitario delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.</p> <hr/> <p>(323) Lettera così modificata dal comma 1-bis dell'art. 43, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248, aggiunto dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, il</p>	<p>Le Regioni provvedono ad adottare entro il 28 febbraio 2007 disposizioni volte alla individuazione dei responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni di cui alla presente lettera.</p>	
---	--	--

<p>comma 7 dell'art. 22, D.L. 1° luglio 2009, n. 78.</p> <p>(324) Con D.M. 23 aprile 2007 (Gazz. Uff. 23 agosto 2007, n. 195) sono state assegnate alle regioni le risorse previste dal presente periodo. Vedi, anche, l'art. 2, O.P.C.M. 17 giugno 2009, n. 3782.</p> <p>(325) Lettera così modificata dal comma 50 dell'art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244. Vedi, anche, il comma 51 dello stesso articolo 2, l'art. 1, D.L. 20 marzo 2007, n. 23, l'art. 8-ter, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248, aggiunto dalla relativa legge di conversione, il comma 3 dell'art. 6-bis, D.L. 29 novembre 2008, n. 185, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione, la lettera b) del comma 3 dell'art. 13, D.L. 28 aprile 2009, n. 39 e la lettera b) del comma 91 dell'art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191.</p> <p>(326) Vedi, anche, il comma 3 dell'art. 77-quater, D.L. 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p> <p>(327) Vedi, anche, l'art. 1, D.L. 20 marzo 2007, n. 23.</p> <p>(328) Con Prov. 29 gennaio 2007 (pubblicato, per comunicato, nella Gazz. Uff. 10 febbraio 2007, n. 34) sono state approvate le tabelle di equivalenza elaborate ai sensi e per gli effetti della presente</p>		
---	--	--

lettera. Vedi, anche, l'art. [9, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248](#) e il comma 1 dell'art. [64, L. 23 luglio 2009, n. 99](#).

[\(329\)](#) Lettera così modificata dai commi 279 e 280 dell'art. [2, L. 24 dicembre 2007, n. 244](#). La Corte costituzionale, con [sentenza 25 febbraio-4 marzo 2008, n. 45](#) (Gazz. Uff. 12 marzo 2008, n. 12, Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità della presente lettera, limitatamente alle seguenti parole: «Il maggior importo di cui alla presente lettera e' vincolato per 500 milioni di euro alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, per 100 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'articolo [1, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 26 febbraio 1999, n. 39](#), e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, per 100 milioni di euro all'implementazione e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e per 100 milioni di euro per strutture di assistenza

<p>odontoiatrica.». La stessa Corte, con sentenza 1-2 aprile 2009, n. 99 (Gazz. Uff. 8 aprile 2009, n. 14 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità delle lettere <i>a)</i> e <i>b)</i> del comma 280 dell'art. <u>2 della citata legge n. 244 del 2007</u>.</p> <p><u>(330)</u> La Corte costituzionale, con <u>ordinanza 9-13 marzo 2009, n. 70</u> (Gazz. Uff. 8 aprile 2009, n. 14, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 796, lettera <i>o</i>), sollevata in riferimento agli artt. 3, 24, 32, 41, 97, 103, 113, 117, terzo comma, e 119 della Costituzione.</p> <p><u>(331)</u> Per l'abolizione della quota fissa sulla ricetta prevista dalla presente lettera vedi l'art. <u>1-bis, D.L. 20 marzo 2007, n. 23</u>, aggiunto dalla relativa legge di conversione. Per l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati vedi, per l'anno 2008, il comma 376 dell'art. <u>2, L. 24 dicembre 2007, n. 244</u> e, per gli anni 2009, 2010 e 2011, il comma 19 dell'art. <u>61, D.L. 25 giugno 2008, n. 112</u>, come sostituito dalla relativa legge di conversione.</p> <p><u>(332)</u> La Corte costituzionale, con <u>sentenza 9-13 giugno 2008, n. 203</u> (Gazz. Uff. 18 giugno 2008, n. 26, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1,</p>		
--	--	--

<p>comma 796, lettera p), promossa, in riferimento agli artt. 117 e 119 della Costituzione.</p> <p>(333) Lettera aggiunta dall'<i>art. 6-quater, D.L. 28 dicembre 2006, n. 300</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, l'<i>art. 1-bis, D.L. 20 marzo 2007, n. 23</i>, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p> <p>(334) Lettera così modificata dal comma 100 dell'<i>art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>, a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai sensi di quanto disposto dal comma 253 del citato art. 2.</p> <p>(335) Con <i>D.M. 23 gennaio 2007</i> (Gazz. Uff. 30 gennaio 2007, n. 24) sono stati stabiliti i criteri per la trasmissione, da parte delle aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici, delle informazioni relative ai prezzi unitari per le forniture effettuate alle aziende sanitarie nel biennio 2005-2006. Con <i>D.M. 11 ottobre 2007</i> (Gazz. Uff. 13 novembre 2007, n. 264), rettificato con <i>Comunicato 4 dicembre 2007</i> (Gazz. Uff. 4 dicembre 2007, n. 282), con <i>D.M. 25 gennaio 2008</i> (Gazz. Uff. 22 aprile 2008, n. 95), con <i>D.M. 15 aprile 2008</i> (Gazz. Uff. 24 giugno 2008, n. 146) e con <i>D.M. 17 febbraio 2009</i> (Gazz. Uff. 5 giugno 2009, n. 128) sono stati determinati taluni prezzi da assumere come base d'asta per le forniture al Servizio sanitario nazionale.</p>		
<p>1. 797. Il finanziamento del Servizio sanitario</p>	<p>Integrazione finanziamento anno 2006 di</p>	<p><i>Le risorse sono state ripartite.</i></p>

<p>nazionale cui concorre lo Stato è incrementato per l'anno 2006 di 2.000 milioni di euro. Tale importo è ripartito fra le regioni con i medesimi criteri adottati per lo stesso anno, salvo diversa proposta di riparto elaborata dalle regioni da trasmettere al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze entro il 15 gennaio 2007 ⁽³³⁶⁾.</p> <hr/> <p>⁽³³⁶⁾ L'importo previsto dal presente comma è stato ripartito con Del.CIPE 16 marzo 2007, n. 11/2007 (Gazz. Uff. 6 giugno 2007, n. 129).</p>	<p>2000 milioni di euro. <i>La Conferenza delle Regioni ha approvato la proposta di ripartizione nella seduta del 14 dicembre 2006 che è stata trasmessa ai ministeri interessati.</i></p>	
<p>1. 798. Al secondo periodo del comma 289 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le parole: «per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008», sono sostituite dalle seguenti: «per l'anno 2006 e di 8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2007. Con le risorse di cui al presente comma si provvede anche alla copertura delle spese sostenute dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze per l'attività di affiancamento alle regioni impegnate nei Piani di rientro dai disavanzi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprese le spese di missione del personale dei predetti Ministeri incaricato di tali attività».</p>	<p>Risorse di 8 milioni di euro per il 2007 per le spese di funzionamento del Siveas comprensive delle spese sostenute per l'attività di affiancamento delle Regioni con i Piani di rientro.</p>	
<p>. 799. Con le modalità di cui all'articolo 1, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, su proposta del Ministro</p>	<p>Armonizzazione del PSN 2006 al finanziamento complessivo del SSN con modalità proposte dal Min Salute sentita la</p>	

<p>della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è modificato il Piano sanitario nazionale 2006-2008, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nel supplemento ordinario n. 149 alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 17 giugno 2006, al fine di armonizzarne i contenuti e la tempistica al finanziamento complessivo del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009.</p>	<p>Conferenza Stato-Regioni.</p>	
<p>1. 800. I consiglieri e referendari medici in servizio presso l'Ufficio medico della Presidenza del Consiglio dei Ministri possono svolgere attività professionali sanitarie esterne, secondo modalità definite con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (337).</p> <hr/> <p>(337) Con D.P.C.M. 23 novembre 2007 (Gazz. Uff. 20 febbraio 2008, n. 43) sono state definite le modalità delle prestazioni sanitarie esterne dei medici in servizio presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.</p>	<p>Con DPCM saranno definite le modalità sulla libera professione dei medici in servizio presso la Presidenza del consiglio.</p>	
<p>1. 801. Il prezzo al pubblico dei medicinali non soggetti a prescrizione medica disciplinati dall'articolo 96 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, è stabilito da ciascun titolare di farmacia o di esercizio di vendita previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n.</p>	<p>Il prezzo dei medicinali non soggetti a prescrizione medica è stabilito dai titolari della farmacia e chiaramente esposto al pubblico.</p>	

<p>223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248. Il prezzo deve essere chiaramente reso noto al pubblico nel punto di vendita, mediante listini o altre equivalenti modalità. Nei confronti dei medicinali predetti cessano di applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 73, comma 1, lettera r), del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, all'articolo 85, comma 25, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e all'articolo 1, comma 3, secondo periodo, del decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 149.</p>		
	Il prezzo massimo di tali medicinali resta bloccato per tutto il 2007 al listino in vigore al 31 dicembre 2006.	
<p>1. 803. Sul prezzo massimo di vendita di cui al comma 802 è calcolato, fino al 31 dicembre 2007, lo sconto minimo cui hanno diritto, ai sensi della normativa vigente, gli ospedali e le altre strutture del Servizio sanitario nazionale che acquistano i medicinali di cui al comma 801 dai produttori e dai titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio.</p>	Sconto minimo su tali farmaci per ospedali e strutture del SSN.	
<p>1. 804. Il prezzo di vendita al pubblico dei medicinali soggetti a prescrizione medica appartenenti alla classe di cui alla lettera c) del comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, stabilito dai titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87,</p>	Il prezzo dei medicinali di classe C per il 2007 deve essere pari al prezzo in vigore nel 2006 aggiornato alle variazioni Istat.	

<p><i>b)</i> iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, per 10 milioni di euro;</p> <p><i>c)</i> malattie rare, per 30 milioni di euro;</p> <p><i>d)</i> implementazione della rete delle unità spinali unipolari, per 10,5 milioni di euro ⁽³³⁸⁾.</p> <hr/> <p>⁽³³⁸⁾ Vedi, anche, il comma 374 dell'<i>art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244</i>.</p>	<p>Salute della donna, delle gestanti, della partoriente e del neonato.</p> <p>Malattie rare</p> <p>Rete unità spinali unipolari</p>	
<p>1. 807. L'importo di 60,5 milioni di euro di cui al comma 806 è assegnato con decreto del Ministro della salute, su proposta del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, alle regioni che abbiano presentato i progetti attuativi del Piano sanitario nazionale contenenti linee di intervento relative alle materie di cui al comma 806, coerenti con linee progettuali previamente indicate con decreto del Ministro della salute ⁽³³⁹⁾.</p> <hr/>	<p>Risorse con DM su proposta del Comitato LEA alle Regioni che hanno presentato progetti attuativi del PSN sulle materie di cui al comma precedente.</p>	

<p>(339) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 10 luglio 2007, il D.M. 23 dicembre 2008 e il D.M. 14 ottobre 2009.</p>		
<p>1. 808. Per il proseguimento dell'intervento speciale per la diffusione degli <i>screening</i> oncologici di cui all'articolo 2-bis del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, è autorizzata la spesa di 20 milioni di euro per l'anno 2007 e 18 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009, per la concessione da parte del Ministero della salute di finanziamenti finalizzati alle regioni meridionali ed insulari.</p>	<p>Risorse per 20 milioni per il 2007 e 18 milioni per il 2008 e per il 2009 per la diffusione di screening oncologici nel Sud ed isole.</p>	<p><i>Le risorse sono state ripartite.</i></p>
<p>1. 809. A decorrere dal 2007 è autorizzato il finanziamento per un importo di 500.000 euro annui per il funzionamento della Consulta del volontariato per la lotta contro l'Aids istituita presso il Ministero della salute. La Consulta è convocata e sentita almeno tre volte l'anno, al fine di raccogliere contributi e pareri riguardo alla ideazione, realizzazione e verifica, dei programmi di informazione e prevenzione nella lotta contro la diffusione dell'epidemia da HIV (AIDS). La Consulta può dare incarico ad esperti di redigere pareri e studi sui predetti programmi.</p>	<p>Finanziamento di 500.000 euro l'anno a decorrere dal 2007 per il funzionamento della Consulta del volontariato per la lotta contro l'AIDS.</p>	
<p>1. 810. All'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti</p>	<p>Modifiche alla Tessera Sanitaria: il controllo sulle ricette viene esteso a</p>	

<p>modificazioni:</p> <p><i>a)</i> al comma 3, terzo periodo, dopo le parole: «accertamenti specialistici prescritti» sono aggiunte le seguenti: «ovvero dei dispositivi di assistenza protesica e di assistenza integrativa»;</p> <p><i>b)</i> al comma 5, primo periodo, dopo le parole: «presidi di specialistica ambulatoriale» sono inserite le seguenti: «, delle strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa»;</p> <p><i>c)</i> dopo il comma 5 sono inseriti i seguenti:</p>	<p>prescrizioni riguardanti la protesica e l'integrativa</p>	
<p>«5-bis. Per le finalità di cui al comma 1, a partire dal 1° luglio 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze rende disponibile il collegamento in rete dei medici del SSN di cui al comma 2, in conformità alle regole tecniche concernenti il Sistema pubblico di connettività ed avvalendosi, ove possibile, delle infrastrutture regionali esistenti, per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 149, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro delegato per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, da emanare, entro il 30 aprile 2007, ai sensi del codice dell'amministrazione digitale, di</p>	<p>A partire dal 1 luglio 2007 il Min Economia assicura collegamento in rete con i medici del SSN per la trasmissione telematica dei dati delle ricette e delle certificazioni di malattia all'INPS.</p> <p>Con DPCM entro il 30 aprile 2007 su proposta Min economia di concerto con</p>	

<p>cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri della salute e del lavoro e della previdenza sociale, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le regole tecniche concernenti i dati di cui al presente comma e le modalità di trasmissione. Ai fini predetti, il parere del Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione è reso entro il 31 marzo 2007; in mancanza, il predetto decreto può essere comunque emanato. Con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono emanate le ulteriori disposizioni attuative del presente comma.</p>	<p>Salute e Lavoro, previo parere del Garante privacy e della Conferenza Stato-Regioni, sono definite le regole sui dati e le modalità di trasmissione.</p>	
<p>5-ter. Per la trasmissione telematica dei dati delle ricette di cui al comma 5-bis, con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, è definito un contributo da riconoscere ai medici convenzionati con il SSN, per l'anno 2008, nei limiti di 10 milioni di euro. Al relativo onere si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12» (340);</p>	<p>Con decreto Min Economia di concerto con Min Salute è definito il contributo ai medici del SSN per l'anno 2008 nei limiti di 10 milioni di euro.</p>	
<p>d) al comma 7, secondo periodo, dopo le parole: «All'atto della utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di prestazioni specialistiche» sono inserite le seguenti: «ovvero dei dispositivi di assistenza protesica e di assistenza integrativa» e</p>	<p>Si aggiungono i dispositivi di assistenza protesica ed integrativa.</p>	

<p>dopo le parole: «codici del nomenclatore delle prestazioni specialistiche» sono aggiunte le seguenti: «ovvero i codici del nomenclatore delle prestazioni di assistenza protesica ovvero i codici del repertorio dei prodotti erogati nell'ambito dell'assistenza integrativa»;</p> <p>e) al comma 8, primo periodo, e successive modificazioni, dopo le parole: «pubbliche e private» sono aggiunte le seguenti: «e per le strutture di erogazione dei servizi sanitari non autorizzate al trattamento del codice fiscale dell'assistito»;</p> <p>f) al comma 9, primo periodo, dopo le parole: «Al momento della ricezione dei dati trasmessi telematicamente ai sensi» sono inserite le seguenti: «del comma 5-<i>bis</i> e»; al medesimo comma, ultimo periodo, dopo le parole: «e al nomenclatore ambulatoriale» sono aggiunte le seguenti: «nonché al nomenclatore delle prestazioni di assistenza protesica e al repertorio dei prodotti erogati nell'ambito dell'assistenza integrativa»;</p>		
<p>g) al comma 10, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, da emanare entro il 31 marzo 2007, sono definiti i dati, relativi alla liquidazione periodica dei rimborsi erogati alle strutture di erogazione di servizi sanitari, che le aziende sanitarie locali di ogni regione trasmettono al Ministero</p>	<p>Con DM Economia di concerto con Min Salute entro il 31 marzo 2007 sono definiti i dati e le modalità di trasmissione, relativi alla liquidazione periodica dei rimborsi da parte delle ASL alle strutture eroganti le prestazioni.</p>	

<p>dell'economia e delle finanze, nonché le modalità di trasmissione» ⁽³⁴¹⁾.</p> <hr/> <p>(340) Vedi, anche, il D.P.C.M. 26 marzo 2008.</p> <p>(341) In attuazione di quanto disposto dalla presente lettera vedi il Decr. 30 marzo 2007.</p>		
<p>1. 811. Qualora il farmacista titolare di farmacia privata o direttore di una farmacia gestita da una società di farmacisti ai sensi dell'articolo 7 della legge 8 novembre 1991, n. 362, e successive modificazioni, sia condannato con sentenza passata in giudicato, per il reato di truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, l'autorità competente può dichiarare la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio della farmacia, anche in mancanza delle condizioni previste dall'articolo 113, primo comma, lettera e), del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265. La decadenza è comunque dichiarata quando la sentenza abbia accertato un danno superiore a 50.000 euro, anche nell'ipotesi di mancata costituzione in giudizio della parte civile.</p>	<p>Il farmacista condannato per reato di truffa ai danni del SSN può decadere dall'esercizio della farmacia. Tale decadenza è comunque dichiarata se la sentenza accerta un danno superiore a 50.000 euro.</p>	
<p>1. 812. Quando la truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, accertata con sentenza passata in giudicato, è commessa da altro sanitario che, personalmente o per il tramite di una società di cui è responsabile, eroga prestazioni per conto del Servizio</p>	<p>Se la truffa è commessa da altro sanitario è subito avviata la procedura di risoluzione del rapporto con il SSN, risoluzione di diritto per danno superiore a 50.000 euro.</p>	

<p>sanitario nazionale, è subito avviata, sulla base delle norme vigenti, la procedura di risoluzione del rapporto instaurato con il Servizio sanitario nazionale; il rapporto è risolto di diritto quando la sentenza abbia accertato un danno superiore a 50.000 euro, anche nell'ipotesi di mancata costituzione in giudizio della parte civile.</p>		
<p>1. 813. Per gli anni 2007, 2008 e 2009, nell'utilizzazione delle risorse previste nella Tabella C allegata alla presente legge e destinate al finanziamento di progetti di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, un importo pari a 10 milioni di euro è vincolato al finanziamento di progetti proposti dagli Istituti zooprofilattici sperimentali in materia di sicurezza degli alimenti e tre importi pari a 3 milioni di euro ciascuno sono vincolati al finanziamento di progetti per il miglioramento degli interventi di diagnosi e cura delle malattie rare anche in riferimento alla facilitazione della erogazione ai pazienti dei farmaci orfani, al finanziamento di progetti per l'utilizzazione di cellule staminali e al finanziamento di progetti per la qualificazione ed il potenziamento delle attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro.</p>	<p>Risorse per la ricerca sanitaria nel triennio:</p> <p>10 milioni di euro per IZS per la sicurezza alimentare</p> <p>Tre importi di 3 milioni di euro per</p> <p>malattie rare</p> <p>Progetti utilizzazione cellule staminali</p> <p>Attività di tutela salute sui luoghi di lavoro</p>	
<p>1. 814. A decorrere dall'anno 2007, nell'ambito delle risorse di cui all'autorizzazione di spesa recata dall'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come determinata dalla Tabella C allegata alla presente legge, una quota non inferiore</p>	<p>Vincolo di una quota non inferiore al 5% per</p>	

<p>al 5 per cento relativamente al 2007 e al 10 per cento a partire dal 2008 è destinata, ai progetti di ricerca sanitaria svolta dai soggetti di cui all'articolo 12-bis, comma 6, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, presentati da ricercatori di età inferiore ai quaranta anni e previamente valutati, secondo la tecnica di valutazione tra pari, da un comitato. Detto comitato è composto da ricercatori, di nazionalità italiana o straniera, di età inferiore ai quaranta anni, operanti, almeno per la metà, presso istituzioni ed enti di ricerca non italiani e riconosciuti di livello eccellente sulla base di indici bibliometrici, quali l'<i>impact factor</i> ed il <i>citation index</i>. L'attuazione del presente comma è demandata ad apposito decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottarsi di concerto con il Ministro della salute ed il Ministro dell'università e della ricerca entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge (342).</p> <hr/> <p>(342) Comma così modificato dal comma 316 dell'art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.P.C.M. 27 luglio 2007.</p>	<p>progetti di ricerca presentati da ricercatori sotto i quaranta anni valutati da un Comitato di esperti.</p> <p>DPCM attuativo di tali disposizioni entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.</p>	
<p>1. 815. L'onere derivante dall'istituzione e dal funzionamento del comitato di cui al comma 814 è quantificato nel limite massimo di 100.000 euro</p>	<p>Onere di 100.000 euro annui per il funzionamento del comitato.</p>	

<p>annui ⁽³⁴³⁾.</p> <hr/> <p>(343) Comma così modificato dal comma 317 dell'art. 2, <u>L. 24 dicembre 2007, n. 244</u>.</p>		
<p>1. 816. Ai fini del completamento delle attività di cui all'articolo <u>92, comma 7, della legge 23 dicembre 2000, n. 388</u>, e all'articolo <u>4, comma 170, della legge 24 dicembre 2003, n. 350</u>, è autorizzato lo stanziamento di 8 milioni di euro per gli anni 2007, 2008 e 2009 a favore dell'Istituto superiore di sanità.</p>	<p>Finanziamento di 8 milioni di euro annui per il triennio all'Istituto Superiore di Sanità.</p>	
<p>1. 817. Per il consolidamento e rafforzamento degli scopi perseguiti dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori è autorizzata l'erogazione di un ulteriore contributo straordinario annuo pari ad euro 2 milioni per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009.</p>	<p>Contributo straordinario di 2 milioni di euro annui per il triennio alla Lega italiana per la lotta contro i tumori.</p>	
<p>1. 818. La natura esclusiva degli incarichi del direttore generale, del direttore scientifico, del direttore amministrativo e del direttore sanitario degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al comma 3 dell'articolo <u>11 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288</u>, comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale.</p>	<p>Incompatibilità con altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con qualsiasi attività professionale per i Direttori IRCCS.</p>	
<p>1. 819. Con accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concluso ai sensi dell'articolo <u>4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</u>, su proposta del Ministro della salute, sono definiti gli indirizzi per la realizzazione</p>	<p>Accordo su farmacovigilanza attiva tramite convenzioni AIFA Regioni per risorse pari a 25 milioni di euro.</p>	

<p>di un programma di farmacovigilanza attiva, attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le singole regioni per l'utilizzazione delle risorse di cui all'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, pari a 25 milioni di euro, confluite nelle fonti di finanziamento del bilancio ordinario dell'AIFA.</p>		
<p>1. 820. Al fine di evitare sprechi di confezioni di medicinali correlati alla non chiara leggibilità della data di scadenza posta con modalità «a secco», la data di scadenza e il numero di lotto riportati sulle confezioni dei medicinali per uso umano devono essere stampati, con caratteri non inferiori al corpo 8, a inchiostro o con altra modalità che assicuri il contrasto cromatico fra tali indicazioni e lo sfondo del materiale di confezionamento ⁽³⁴⁴⁾.</p> <hr/> <p>⁽³⁴⁴⁾ Per la decorrenza dell'obbligo previsto dal presente comma vedi l'<i>art. 8, D.M. 13 aprile 2007</i>.</p>	<p>Data di scadenza e numero di lotto sui medicinali devono essere stampati a corpo 8 e modalità di contrasto con il materiale di confezionamento per garantire la leggibilità.</p>	
<p>1. 821. All'articolo 15 della legge 21 ottobre 2005, n. 219, al comma 2, dopo le parole: «oggetto delle convenzioni ubicati sul territorio dell'Unione europea» sono inserite le seguenti: «nei Paesi la cui normativa consenta la lavorazione del plasma nazionale, proveniente da donazioni volontarie e non retribuite, all'estero, in regime di reciprocità, da parte di aziende parimenti ubicate sul territorio dell'Unione europea».</p>	<p>Disposizioni sul plasma I centri di lavorazione del plasma devono essere ubicati nei Paesi UE la cui normativa consente la lavorazione delle donazioni volontarie e non retribuite all'estero in regime di reciprocità.</p>	

<p>1. 822. All'articolo 15 della legge n. 219 del 2005, il comma 6 è sostituito dal seguente:</p> <p>«6. Le convenzioni di cui al presente articolo sono stipulate decorso un anno dalla data di entrata in vigore del decreto previsto dal comma 5 del presente articolo».</p>	<p>La stipula delle convenzioni deve avvenire entro un anno dal DM Salute che individua centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati.</p>	
<p>1. 823. All'articolo 16, comma 1, della legge n. 219 del 2005 alla fine del secondo periodo sono aggiunte le seguenti parole: «ed alla esportazione di emoderivati pronti per l'impiego ottenuti da plasma regolarmente importato, a condizione che gli stessi risultino autorizzati alla commercializzazione nei Paesi destinatari».</p>	<p>Esportazione di emoderivati a condizione che risultino autorizzati alla commercializzazione nei Paesi destinatari.</p>	
<p>1. 824. L'articolo 27 del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 27. - (<i>Produzione di medicinali derivati dal sangue o dal plasma</i>). - 1. Alla raccolta e al controllo del sangue e del plasma umani da utilizzare per la produzione di medicinali, si applica quanto disposto dal presente decreto. Il plasma raccolto in Paesi esteri ed i relativi intermedi, destinati alla produzione di prodotti finiti emoderivati, devono invece rispondere ai requisiti previsti dalla Farmacopea europea, versione vigente, e alle direttive europee applicabili, anche in considerazione di quanto previsto dall'articolo 135, comma 2, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219».</p>	<p>Il plasma e relativi intermedi raccolti in Paesi esteri devono rispondere ai requisiti previsti dalla Farmacopea europea ed alle direttive europee.</p>	
<p>1. 825. All'articolo 1, comma 409, della legge 23</p>	<p>Disposizioni sui dispositivi medici</p>	

<p><u>dicembre 2005, n. 266</u>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) alla lettera c), le parole: «le aziende che producono o immettono in commercio in Italia dispositivi medici» sono sostituite dalle seguenti: «le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici, compresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i dispositivi su misura»;</p>		
<p>b) la lettera d) è sostituita dalla seguente:</p> <p>«d) entro il 30 aprile di ogni anno, le aziende di cui alla lettera c) versano, in conto entrate del bilancio dello Stato, un contributo pari al 5 per cento delle spese autocertificate, calcolate al netto delle spese per il personale addetto. L'importo dovuto è maggiorato del 5 per cento per ciascun mese di ritardo rispetto alla scadenza prevista. Il mancato pagamento entro l'anno di riferimento comporta una sanzione da 7.500 a 45.000 euro, oltre al versamento di quanto dovuto. I proventi derivanti dai versamenti sono riassegnati, con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sulle corrispondenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero della salute e utilizzati dalla Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici per il miglioramento e il potenziamento della attività del settore dei dispositivi medici, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza del mercato, anche attraverso l'aggiornamento e la manutenzione</p>	<p>Entro il 30 aprile di ogni anno le aziende che producono o commercializzano dispositivi medici hanno l'obbligo di versare il 5% delle spese autocertificate .</p> <p>Previste sanzioni per il mancato pagamento.</p>	

<p>della classificazione nazionale dei dispositivi e la manutenzione del repertorio generale di cui alla lettera <i>a</i>), alla attività di vigilanza sugli incidenti, alla formazione del personale ispettivo, all'attività di informazione nei riguardi degli operatori professionali e del pubblico, alla effettuazione di studi in materia di valutazione tecnologica, alla istituzione di registri di patologie che implicino l'utilizzazione di dispositivi medici, nonché per la stipula di convenzioni con università e istituti di ricerca o con esperti del settore»;</p> <p>c) la lettera <i>e</i>) è sostituita dalla seguente:</p> <p>«e) i produttori e i commercianti di dispositivi medici che omettono di comunicare al Ministero della salute i dati e le documentazioni previste dal comma 3-bis dell'articolo 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, e successive modificazioni, applicabile anche ai dispositivi impiantabili attivi, e dall'articolo 10 del decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332, sono soggetti, quando non siano previste e non risultino applicabili altre sanzioni, alla sanzione amministrativa pecuniaria di cui al comma 4 dell'articolo 23 del decreto legislativo n. 46 del 1997 e al comma 3 dell'articolo 19 del decreto legislativo n. 332 del 2000. Per l'inserimento delle informazioni nella banca dati necessaria alla</p>	<p>Previste sanzioni per omissione di dati nella banca dati del Min Salute.</p> <p>Pagamento al Min Salute di una tariffa per dispositivo.</p> <p>Pagamento al Min Salute di una tariffa per dispositivo</p>	
---	--	--

<p>istituzione e alla gestione del repertorio dei dispositivi medici, i produttori e i distributori tenuti alla comunicazione sono soggetti al pagamento, a favore del Ministero della salute, di una tariffa di euro 100 per ogni dispositivo. Sono considerati un unico dispositivo, ai fini del pagamento della tariffa, i dispositivi che abbiano uno stesso <i>file</i> tecnico, secondo criteri individuati dalla Commissione unica sui dispositivi medici e approvati con decreto del Ministro della salute. La tariffa è dovuta anche per l'inserimento di informazioni relative a modifiche dei dispositivi già inclusi nella banca dati. I proventi derivanti dalle tariffe sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, alle competenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero della salute ed utilizzati dalla Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici per la manutenzione del repertorio generale di cui alla lettera a)».</p>	<p>I proventi sono utilizzati per la vigilanza e la manutenzione del repertorio generale.</p>	
<p>826. Al fine di favorire il mantenimento di un'efficiente rete di assistenza farmaceutica territoriale anche nelle zone disagiate, l'ulteriore riduzione delle percentuali di sconto a carico delle farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'imposta sul valore aggiunto non superiore ad euro 258.228,45 rispetto alla riduzione prevista dal quinto periodo del comma 40 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, disposta,</p>	<p>Lo sconto per le farmacie in zone disagiate è prorogato per il triennio.</p>	

<p>limitatamente all'arco temporale decorrente dal 1° marzo al 31 dicembre 2006, dall'articolo 38 del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 273, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 febbraio 2006, n. 51, è prorogata per il triennio 2007-2009. La misura dell'ulteriore riduzione è annualmente stabilita con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per una maggiore spesa complessiva, a carico del Servizio sanitario nazionale, non superiore a 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009. Per la copertura dei relativi oneri è autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 ⁽³⁴⁵⁾.</p> <hr/> <p>⁽³⁴⁵⁾ Vedi, anche, il D.M. 25 settembre 2008.</p>	<p>DM Salute di concerto con Economia sentita la Conferenza Stato-Regioni stabilisce la misura della ulteriore riduzione.</p>	
<p>1. 827. È autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per l'anno 2007 e di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 per la promozione da parte del Ministero della salute ed il finanziamento di un progetto di sperimentazione gestionale, ai sensi dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da autorizzare da parte della regione Lazio con la partecipazione della regione Puglia, della Regione siciliana e di altre regioni interessate, finalizzato alla</p>	<p>Realizzazione a Roma di un Istituto nazionale per la salute delle popolazioni migranti: 5 milioni di euro per il 2007 e 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.</p>	

<p>realizzazione, nella città di Roma, di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, con compiti di prevenzione, cura, formazione e ricerca sanitaria, in cui far confluire il Centro di riferimento della regione Lazio per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio di emarginazione, già operante presso l'Istituto dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano-IFO (346).</p> <hr/> <p>(346) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al D.L. 27 maggio 2008, n. 93. Con Decr. 3 agosto 2007 (pubblicato, per comunicato, nella Gazz. Uff. 20 settembre 2007, n. 219) è stato costituito l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà.</p>		
<p>1. 828. Per consentire il potenziamento delle attività affidate alla Commissione per la vigilanza e il controllo sul <i>doping</i> e per la tutela della salute nelle attività sportive e ai laboratori per il controllo sanitario sulle attività sportive di cui agli <i>articoli 3 e 4 della legge 14 dicembre 2000, n. 376</i>, è autorizzata per ciascuno degli anni 2007, 2008, 2009 una spesa ulteriore di 2 milioni di euro.</p>	<p>Potenziamento attività antidoping e tutela della salute nelle attività sportive: ulteriore spesa di 2 milioni di euro annui per il triennio.</p>	

<p>1. 829. All'articolo 4 della legge 14 agosto 1991, n. 281, il comma 1 è sostituito dal seguente:</p> <p>«1. I comuni, singoli o associati, e le comunità montane provvedono prioritariamente ad attuare piani di controllo delle nascite incruenti attraverso la sterilizzazione. A tali piani è destinata una quota non inferiore al 60 per cento delle risorse di cui all'articolo 3, comma 6. I comuni provvedono, altresì, al risanamento dei canili comunali esistenti e costruiscono rifugi per i cani, nel rispetto dei criteri stabiliti con legge regionale e avvalendosi delle risorse di cui all'articolo 3, comma 6».</p>	<p>Piani comunali di controllo del randagismo e risanamento canili comunali.</p>	
<p>1. 830. Al fine di addivenire al completo trasferimento della spesa sanitaria a carico del bilancio della Regione siciliana, la misura del concorso della Regione a tale spesa è pari al 44,85 per cento per l'anno 2007, al 47,05 per cento per l'anno 2008 e al 49,11 per cento per l'anno 2009.</p> <hr/> <p>1. 831. L'applicazione delle disposizioni di cui al comma 830 resta sospesa fino al 30 aprile 2007. Entro tale data dovrà essere raggiunta l'intesa preliminare all'emanazione delle nuove norme di attuazione dello Statuto della Regione siciliana in materia sanitaria, già disciplinate dal decreto del Presidente della Repubblica 9 agosto 1956, n. 1111, e successive modificazioni. In caso di mancato</p>	<p>Regione Siciliana Concorso della Regione Siciliana al finanziamento del SSR: 2007 pari al 44,85%, 2008 al 47,09% e 2009 al 49,11%.</p> <p>Sospensione fino al 30 aprile del 2007 dell'applicazione in attesa delle nuove norme di attuazione dello Statuto della Regione in materia sanitaria.</p> <p>In caso di mancata intesa entro tale data, il concorso è fissato al 44,09% per il 2007.</p>	

raggiungimento dell'intesa entro tale data, il concorso della Regione siciliana di cui al comma 830 è determinato, per l'anno 2007, in misura pari al 44,09 per cento.		
<p>1. 832. Nelle norme di attuazione di cui al comma 831, è riconosciuta la retrocessione alla Regione siciliana di una percentuale non inferiore al 20 e non superiore al 50 per cento del gettito delle accise sui prodotti petroliferi immessi in consumo nel territorio regionale; tale retrocessione aumenta simmetricamente, fino a concorrenza, la misura percentuale del concorso della Regione alla spesa sanitaria, come disposto dal comma 830. Alla determinazione dell'importo annuo della quota da retrocedere alla Regione si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere della Commissione paritetica prevista dall'articolo 43 dello Statuto della Regione siciliana, approvato con decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455, convertito in legge costituzionale dalla legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 2 ⁽³⁴⁷⁾.</p> <hr/> <p>(347) La Corte costituzionale, con sentenza 7-16 maggio 2008, n. 145 (Gazz. Uff. 21 maggio 2008, n. 22 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del terzo periodo del presente comma.</p>	Retrocessione di una percentuale del gettito delle accise sui prodotti petroliferi immessi in consumo nel territorio regionale fino a concorrenza del contributo della spesa sanitaria.	
1. 833. A valere sul gettito delle accise sui prodotti	A valere sul gettito delle accise è riconosciuto	

<p>petroliferi immessi in consumo nel territorio della Regione siciliana è retrocesso alla Regione un importo pari a 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 a titolo di contributo di solidarietà nazionale, di cui all'articolo 38 dello Statuto regionale, dovuto per gli stessi anni 2008 e 2009 e ad integrazione, per l'anno 2008, dei finanziamenti attribuiti ai sensi dell'articolo 5, comma 3-ter, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248. L'erogazione dei contributi è subordinata alla redazione di un piano economico finalizzato prevalentemente al risanamento ambientale dei luoghi di insediamento degli stabilimenti petroliferi, nonché ad investimenti infrastrutturali.</p>	<p>alla regione un importo di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 subordinati alla redazione di un Piano per il risanamento ambientale ed investimenti infrastrutturali.</p>	
<p>1. 834. L'articolo 8 dello Statuto speciale per la Sardegna, di cui alla legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 8. - Le entrate della regione sono costituite:</p> <p>a) dai sette decimi del gettito delle imposte sul reddito delle persone fisiche e sul reddito delle persone giuridiche riscosse nel territorio della regione;</p> <p>b) dai nove decimi del gettito delle imposte sul bollo, di registro, ipotecarie, sul consumo dell'energia elettrica e delle tasse sulle concessioni governative</p>	<p>Regione Sardegna Modifiche dello Statuto della Regione Sardegna sul regime delle entrate.</p>	

<p>percette nel territorio della regione;</p> <p><i>c)</i> dai cinque decimi delle imposte sulle successioni e donazioni riscosse nel territorio della regione;</p> <p><i>d)</i> dai nove decimi dell'imposta di fabbricazione su tutti i prodotti che ne siano gravati, percetta nel territorio della regione;</p> <p><i>e)</i> dai nove decimi della quota fiscale dell'imposta erariale di consumo relativa ai prodotti dei monopoli dei tabacchi consumati nella regione;</p> <p><i>f)</i> dai nove decimi del gettito dell'imposta sul valore aggiunto generata sul territorio regionale da determinare sulla base dei consumi regionali delle famiglie rilevati annualmente dall'ISTAT;</p> <p><i>g)</i> dai canoni per le concessioni idroelettriche;</p> <p><i>h)</i> da imposte e tasse sul turismo e da altri tributi propri che la regione ha facoltà di istituire con legge in armonia con i principi del sistema tributario dello Stato;</p> <p><i>i)</i> dai redditi derivanti dal proprio patrimonio e dal proprio demanio;</p> <p><i>l)</i> da contributi straordinari dello Stato per</p>		
--	--	--

<p>particolari piani di opere pubbliche e di trasformazione fondiaria;</p> <p><i>m)</i> dai sette decimi di tutte le entrate erariali, dirette o indirette, comunque denominate, ad eccezione di quelle di spettanza di altri enti pubblici.</p> <p>Nelle entrate spettanti alla regione sono comprese anche quelle che, sebbene relative a fattispecie tributarie maturate nell'ambito regionale, affluiscono, in attuazione di disposizioni legislative o per esigenze amministrative, ad uffici finanziari situati fuori del territorio della regione».</p>		
<p>1. 835. Ad integrazione delle somme stanziare negli anni 2004, 2005 e 2006 è autorizzata la spesa di euro 25 milioni per ciascuno degli anni dal 2007 al 2026 per la devoluzione alla regione Sardegna delle quote di compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto riscossa nel territorio regionale, concordate, ai sensi dell'articolo <u>38 del decreto del Presidente della Repubblica 19 maggio 1949, n. 250</u>, per gli anni 2004, 2005 e 2006.</p>	Integrazione delle somme stanziare di 25 milioni di euro annui dal 2006 al 2026 per la devoluzione alla Regione Sardegna delle quote di compartecipazione all'IVA:	
<p>1. 836. Dall'anno 2007 la regione Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.</p>	Dal 2007 la Regione provvede al finanziamento del SSN senza apporto a carico dello Stato.	
<p>1. 837. Alla regione Sardegna sono trasferite le funzioni relative al trasporto pubblico locale (Ferrovie Sardegna e Ferrovie Meridionali Sarde) e le funzioni relative alla continuità territoriale. Al fine di</p>		

<p>disciplinare gli aspetti operativi del trasporto di persone relativi alle Ferrovie della Sardegna ed alle Ferrovie Meridionali Sarde, il Ministero dei trasporti e la Regione Autonoma della Sardegna, entro il 31 marzo 2007, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze, sottoscrivono un accordo attuativo relativo agli aspetti finanziari, demaniali ed agli investimenti in corso.</p> <hr/> <p>1. 838. L'attuazione delle previsioni relative alla compartecipazione al gettito delle imposte di cui alle lettere <i>a)</i> e <i>m)</i> del primo comma dell'articolo 8 dello Statuto speciale di cui alla legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3, come da ultimo sostituito dal comma 834 del presente articolo, non può determinare oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato superiori rispettivamente a 344 milioni di euro per l'anno 2007, a 371 milioni di euro per l'anno 2008 e a 482 milioni di euro per l'anno 2009. La nuova compartecipazione della regione Sardegna al gettito erariale entra a regime dall'anno 2010.</p>		
<p>1. 839. Dall'attuazione del combinato disposto della lettera <i>f)</i>, del primo comma, dell'articolo 8 del citato Statuto speciale di cui alla legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3, come da ultimo sostituito dal comma 834 del presente articolo, e del comma 836 del presente articolo, per gli anni 2007, 2008 e 2009 non può derivare alcun onere aggiuntivo per il</p>	<p>Dall'attuazione di quanto sopra disposto, per gli anni 2007, 2008 e 2009 non può derivare alcun onere aggiuntivo a carico dello Stato.</p>	

<p>bilancio dello Stato. Per gli anni 2007-2009 la quota dei nove decimi dell'imposta sul valore aggiunto sui consumi è attribuita sino alla concorrenza dell'importo risultante a carico della regione per la spesa sanitaria dalle delibere del CIPE per gli stessi anni 2007-2009, aumentato dell'importo di 300 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009.</p> <hr/> <p>1. 840. Per gli anni 2007, 2008 e 2009 gli oneri relativi alle funzioni trasferite di cui al comma 837 rimangono a carico dello Stato.</p>		
<p>1. 1186. Alla lettera c) del secondo comma dell'articolo 197 del testo unico di cui al <u>decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124</u>, e successive modificazioni, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e per il finanziamento di attività promozionali ed eventi in materia di salute e sicurezza del lavoro, con particolare riferimento ai settori a più elevato rischio infortunistico, nel rispetto della <u>legge 7 giugno 2000, n. 150</u>, del relativo regolamento di attuazione, di cui al <u>decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 2001, n. 422</u>, e dei criteri e delle procedure individuati ogni due anni con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale».</p>	<p>Finanziamento dal fondo speciale infortuni del Ministero del Lavoro di attività promozionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei settori ad elevato rischio infortunistico.</p>	
<p>1. 1187. Al fine di assicurare un adeguato e tempestivo sostegno ai familiari delle vittime di gravi</p>	<p>Fondo di sostegno alle famiglie delle</p>	

<p>incidenti sul lavoro, anche per i casi in cui le vittime medesime risultino prive della copertura assicurativa obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali di cui al testo unico di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124</i>, è istituito presso il Ministero del lavoro e della previdenza sociale il Fondo di sostegno per le famiglie delle vittime di gravi infortuni sul lavoro, di seguito denominato Fondo. Al Fondo è conferita la somma di 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009. Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite le tipologie dei benefici concessi, ivi comprese anticipazioni sulle prestazioni erogate dall'INAIL, nonché i requisiti e le modalità di accesso agli stessi ⁽⁴⁷⁷⁾.</p> <hr/> <p>⁽⁴⁷⁷⁾ In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il <i>D.M. 2 luglio 2007</i>, il <i>D.M. 19 novembre 2008</i> e il <i>D.M. 2 marzo 2009</i>. Per l'incremento della dotazione del Fondo previsto dal presente comma vedi il comma 534 dell'<i>art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244</i>.</p>	<p>vittime di incidenti sul lavoro presso il Min Lavoro e previdenza sociale.</p>	
<p>1. 1234. Per l'anno finanziario 2007, fermo quanto già dovuto dai contribuenti a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche, una quota pari al 5 per mille dell'imposta stessa è destinata in base alla scelta</p>	<p>Destinazione del 5 per mille dell'Irpef a</p>	

<p>anche, il D.P.C.M. 16 marzo 2007 e il D.P.C.M. 24 aprile 2008.</p>		
<p>. 1254. L'articolo 9 della legge 8 marzo 2000, n. 53, è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 9. - (<i>Misure a sostegno della flessibilità di orario</i>). - 1. Al fine di promuovere e incentivare azioni volte a conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, nell'ambito del Fondo delle politiche per la famiglia di cui all'articolo 19 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, è destinata annualmente una quota individuata con decreto del Ministro delle politiche per la famiglia, al fine di erogare contributi, di cui almeno il 50 per cento destinati ad imprese fino a cinquanta dipendenti, in favore di aziende, aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere che applichino accordi contrattuali che prevedano azioni positive per le finalità di cui al presente comma, ed in particolare:</p> <p>a) progetti articolati per consentire alla lavoratrice madre o al lavoratore padre, anche quando uno dei due sia lavoratore autonomo, ovvero quando abbiano in affidamento o in adozione un minore, di usufruire di particolari forme di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del lavoro, tra cui part time, telelavoro e lavoro a domicilio, orario flessibile in entrata o in uscita, banca delle ore, flessibilità sui turni, orario concentrato, con priorità per i genitori</p>	<p>Quota del fondo delle politiche per la famiglia per erogare contributi in favore anche di ASL ed AO che applichino accordi contrattuali che prevedano azioni positive per il reinserimento lavorativo, flessibilità di orario ecc...</p>	

<p>che abbiano bambini fino a dodici anni di età o fino a quindici anni, in caso di affidamento o di adozione, ovvero figli disabili a carico;</p> <p>b) programmi di formazione per il reinserimento dei lavoratori dopo il periodo di congedo;</p> <p>c) progetti che consentano la sostituzione del titolare di impresa o del lavoratore autonomo, che benefici del periodo di astensione obbligatoria o dei congedi parentali, con altro imprenditore o lavoratore autonomo;</p> <p>d) interventi ed azioni comunque volti a favorire la sostituzione, il reinserimento, l'articolazione della prestazione lavorativa e la formazione dei lavoratori con figli minori o disabili a carico ovvero con anziani non autosufficienti a carico».</p>		
<p>1. 1263. Per le attività di prevenzione di cui all'articolo 2 della legge 9 gennaio 2006, n. 7, è autorizzata l'ulteriore spesa di 500.000 euro annui.</p>	<p>Per le attività di prevenzione sulle mutilazioni genitali femminili è autorizzata una ulteriore spesa di 500.000 euro annui.</p>	
<p>1. 1264. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato «Fondo per le non autosufficienze», al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per</p>	<p>Istituzione del Fondo per le non autosufficienze presso il Ministero della Solidarietà Sociale con un finanziamento di 100 milioni di euro per il 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.</p>	<p><i>E' stata sancita intesa nella Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 con a verbale che la proposta è relativa solo all'anno 2007.</i></p>

<p>l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 (523).</p> <hr/> <p>(523) Per l'incremento del Fondo previsto dal presente comma vedi il comma 465 dell'<i>art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244</i> e il comma 102 dell'<i>art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191</i>.</p>		
<p>1. 1265. Gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal Ministro della solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'<i>articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</i> (524).</p> <hr/> <p>(524) Le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze sono state attribuite alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, per l'anno 2007, con <i>D.M. 12 ottobre 2007</i> (Gazz. Uff. 23 aprile 2008, n. 96) e per l'anno 2008, con <i>D.M. 6 agosto 2008</i> (Gazz. Uff. 7 novembre 2008, n. 261).</p>	<p>I provvedimenti di utilizzazione del fondo sono adottati dal Min Solidarietà Sociale, di concerto con Min Salute, con il Min della Famiglia, dell'Economia e previa intesa della Conferenza Unificata.</p>	
<p>1. 1344. All'<i>articolo 1, comma 27, della legge 23 dicembre 2005, n. 266</i>, primo periodo, sono aggiunte, in fine, le parole: «, di 30 milioni di euro per l'anno 2007 e di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni</p>	<p>Il Fondo spese per la ricerca è incrementato di 30 milioni di euro per il 2007e di 50 milioni per ciascuno degli anni 2008 e 2009.</p>	

2008 e 2009».		
<p>1. 1349. Al fine di consentire la piena realizzazione delle procedure di valorizzazione e di dismissione già avviate nell'ambito degli interventi di risanamento finanziario della Fondazione Ordine Mauriziano e nelle more della nomina dei relativi organi ordinari, nell'alineaa del comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 gennaio 2005, n. 4, le parole: «ventiquattro mesi» sono sostituite dalle seguenti: «trentasei mesi». A decorrere dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto-legge, la gestione dell'attività sanitaria svolta dall'Ente Ordine Mauriziano di cui all'articolo 1, comma 1, dello stesso decreto-legge si intende integralmente a carico dell'azienda sanitaria ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, la quale succede nei contratti di durata in essere con l'Ente Ordine Mauriziano di Torino, esclusivamente nelle obbligazioni relative alla esecuzione dei medesimi successiva alla data di istituzione della predetta azienda sanitaria ospedaliera. Sono inefficaci nei confronti dell'azienda sanitaria ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino i decreti di ingiunzione e le sentenze emanati o divenuti esecutivi dopo la data di entrata in vigore del decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 gennaio 2005, n. 4, qualora riguardino crediti vantati nei confronti dell'Ente Ordine Mauriziano di Torino, per obbligazioni anteriori alla data di istituzione della</p>	<p>Interventi di risanamento della Fondazione Ordine Mauriziano di Torino.</p>	

<p>predetta azienda sanitaria ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. Nelle azioni esecutive iniziate sulla base dei medesimi titoli di cui al presente comma, all'Ente Ordine Mauriziano succede la Fondazione di cui al comma 1, articolo 2, del citato decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277 ⁽⁵⁴⁹⁾.</p> <hr/> <p>(549) La Corte costituzionale, con ordinanza 15-23 dicembre 2008, n. 436 (Gazz. Uff. 31 dicembre 2008, n. 54, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale del combinato disposto degli artt. 1, comma 1349, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e 30, comma 3, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con legge 29 novembre 2007, n. 222, sollevata con riferimento agli artt. 2, 3, 24, 41, 102, 108 e 113 della Costituzione.</p>		
<p>1. 1350. La proprietà dei beni mobili ed immobili già appartenenti all'Ente Ordine Mauriziano di Torino è da intendersi attribuita, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 gennaio 2005, n. 4, alla Fondazione Ordine Mauriziano con sede in Torino, con esclusione dei beni immobili e mobili funzionalmente connessi allo svolgimento delle attività istituzionali del presidio ospedaliero Umberto I di Torino e dei beni mobili funzionalmente connessi allo svolgimento delle</p>	<p>La proprietà dei beni immobili può essere trasferita a titolo oneroso alla Regione Piemonte.</p>	

<p>attività istituzionali dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo. La proprietà dei beni immobili già dell'Ente Ordine Mauriziano di Torino, attribuita alla Fondazione Ordine Mauriziano, può essere trasferita a titolo oneroso e per compendi unitari comprendenti più unità, ai valori di mercato, alla regione Piemonte nel rispetto dei contratti di affitto o locazione efficaci al momento del trasferimento. Alle operazioni di acquisto della regione Piemonte non si applicano i vincoli previsti dalla normativa vigente in termini di prelazione agraria.</p>		
--	--	--

L. 26 febbraio 2007, n. 17 ⁽¹⁾.

**Conversione in legge, con modificazioni, del *D.L. 28 dicembre 2006, n. 300*, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative.
Disposizioni di delegazione legislativa.**

Art. 6-quater. *Partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.*

1. [Le disposizioni relative alla quota fissa di cui all'articolo 1, comma 796, lettera *p*), della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, si applicano fino al 31 marzo 2007 e comunque fino all'entrata in vigore delle misure o alla stipulazione dell'accordo di cui al comma 2 del presente articolo] ⁽⁷⁰⁾.

2. All'articolo *1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, dopo la lettera *p*), è inserita la seguente:

«*p-bis*) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera *p*), fermo restando l'importo di manovra pari a 811 milioni di euro per l'anno 2007, 834 milioni di euro per l'anno 2008 e 834 milioni di euro per l'anno 2009, le regioni, sulla base della stima degli effetti della complessiva manovra nelle singole regioni, definita dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, anzichè applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:

1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza, da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

2) stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza. Le misure individuate dall'accordo si applicano, nella regione interessata, a decorrere dal giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo;» ^{(71) (72)}.

⁽⁷⁰⁾ Comma abrogato dall'*art. 1-bis, D.L. 20 marzo 2007, n. 23*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

⁽⁷¹⁾ Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 26 febbraio 2007, n. 17*.

(72) La Corte costituzionale, con [sentenza 9-13 giugno 2008, n. 203](#) (Gazz. Uff. 18 giugno 2008, n. 26, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 6-quater, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge 26 febbraio 2007, n. 17*, promossa in riferimento agli artt. 117 e 119 Cost.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto tra le Regioni interessate da elevati disavanzi del Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, di cui all'articolo 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

Rep. Atti n. 67/ESR del 29 marzo 2007

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

Nella odierna seduta del 29 marzo 2007:

VISTO l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che, al fine di garantire il rispetto e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, ha istituito un Fondo transitorio di 1000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, la cui ripartizione tra le Regioni interessate da elevati disavanzi è da disporsi con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni;

VISTA la nota in data 9 febbraio 2007, con la quale il Ministero della salute, in attuazione della predetta disposizione di legge, ha trasmesso lo schema di decreto in oggetto che ripartisce, secondo una tabella allegata allo schema di decreto medesimo, le somme previste dalla predetta disposizione di legge per il triennio 2007-2009 tra le Regioni interessate da elevati disavanzi;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 23 febbraio 2007, il rappresentante del Coordinamento Commissione salute delle Regioni ha espresso assenso tecnico;

CONSIDERATO che, nel corso della seduta di questa Conferenza del 15 marzo 2007, le Regioni e le Province autonome, pur anticipando un orientamento favorevole al perfezionamento dell'intesa, hanno chiesto il rinvio dell'esame del punto al fine di condurre un ulteriore approfondimento sullo schema di decreto ministeriale in oggetto per quanto concerne, in particolare, la circostanza che il Fondo risulta ripartito non soltanto per il corrente anno, ma anche per gli anni 2008 e 2009;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome hanno manifestato sullo schema di decreto ministeriale di cui trattasi il proprio assenso con la richiesta di procedere ad una verifica con il Governo per prevedere che, per gli anni 2008 e 2009, siano garantiti, con apposite risorse aggiuntive, analoghi meccanismi di finanziamento nei confronti di Regioni che si venissero a trovare in difficoltà a causa di elevati disavanzi strutturali;

TENUTO CONTO che la Regione Siciliana ha chiesto di effettuare la suddetta verifica con il Governo anche al fine di rivedere, per gli anni 2008 e 2009, il criterio di riparto, utilizzando le percentuali dei disavanzi registrati nell'ultimo esercizio finanziario;

CONSIDERATO che i rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze hanno espresso disponibilità ad avviare un confronto con le Regioni al fine di effettuare le verifiche richieste;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sullo schema di decreto in oggetto nel testo trasmesso dal Ministero della salute, allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le. Prof. Linda Lanzillotta



Ministero della Salute

Il Ministro della Salute

DI CONCERTO CON

Il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTO l'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il quale istituisce, al fine di garantire il rispetto e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi;

CONSIDERATO che l'accesso al Fondo transitorio presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

CONSIDERATO che l'accesso è altresì subordinato alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

RITENUTO che la quota di accesso al Fondo transitorio di 1.000 mln di euro per l'anno 2007, 850 mln di euro per l'anno 2008, 700 mln di euro per l'anno 2009 di cui l'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 possa essere parametrata in relazione ai disavanzi sanitari consuntivati per l'anno 2005;

RITENUTO che, sulla base della normativa descritta, le regioni che possono accedere al fondo sono:

- Liguria
- Lazio
- Abruzzo
- Molise
- Campania
- Sicilia

RITENUTO di adottare quale criterio di riparto la percentuale dei disavanzi registrati nelle regioni interessate nell'esercizio finanziario 2005, in quanto ultimo anno consuntivato;

ACQUISITA l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che in tal senso si è espressa nella seduta del
... ..;

D E C R E T A

Articolo 1

1. Gli importi di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, sono attribuiti nel triennio, secondo l'allegata tabella A.
2. L'accesso alle risorse di cui al comma 1 è consentito alle Regioni secondo tempi, modalità e condizioni specificamente definite per ciascuna di esse nell'accordo stipulato a norma dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e del relativo piano di rientro,
3. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma,

Il Ministro dell'economia
e delle finanze

Il Ministro della salute

Tabella A (milioni di euro)

REGIONE	anno 2007	anno 2008	anno 2009
LIGURIA	50	43	35
LAZIO	378	321	264
ABRUZZO	47	40	33
MOLISE	29	25	20
CAMPANIA	355	302	248
SICILIA	141	120	98
Somma	1.000	850	700

1/2

L. 17 maggio 2007, n. 64 ⁽¹⁾.

**Conversione in legge, con modificazioni, del *D.L. 20 marzo 2007, n. 23*,
recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi
pregressi nel settore sanitario.**

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 19 maggio 2007, n. 115.

1. 1. Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'*articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per il periodo 2001-2005 nei confronti delle regioni che:

a) al fine della riduzione strutturale del disavanzo nel settore sanitario sottoscrivono l'accordo con lo Stato per i piani di rientro e accedono al fondo transitorio di cui all'articolo 1, comma 796, lettera *b)*, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*;

b) al fine dell'ammortamento del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005, ai sensi di quanto disposto dalla lettera *e)* del medesimo articolo 1, comma 796, ed in via ulteriore rispetto all'incremento nella misura massima dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, destinano al settore sanitario in modo specifico, anche in via alternativa, quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali attribuiti alle regioni stesse ovvero, nei limiti dei poteri loro attribuiti dalla normativa statale di riferimento ed in conformità ad essa, misure fiscali da attivarsi sul proprio territorio, in modo tale da assicurare complessivamente risorse superiori rispetto a quelle derivanti dal predetto incremento nella misura massima.

1-bis. Gli esiti della verifica annuale dei piani di rientro sono tempestivamente trasmessi dal Ministro dell'economia e delle finanze al Presidente della Corte dei conti per le valutazioni di competenza dell'istituto, anche ai fini dell'avvio di un eventuale giudizio di responsabilità amministrativa e contabile ⁽⁴⁾.

2. In deroga all'*articolo 3 della legge 27 luglio 2000, n. 212*, per il periodo di imposta successivo al 31 dicembre 2006 e per i periodi seguenti fino all'anno 2010, per le regioni che, con delibera della Giunta regionale da pubblicare nel Bollettino ufficiale della regione entro il 27 marzo 2007, approvano l'Accordo stipulato con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e dell'articolo 1, comma 796, lettera *b)*, secondo periodo, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, l'addizionale all'IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota dell'IRAP si applicano nella misura prevista al comma 174, ultimo periodo, dell'articolo 1 della medesima *legge n. 311 del 2004*. Tali incrementi non si applicano

nelle regioni nelle quali, in attuazione dell'[articolo 1, comma 174, della citata legge n. 311 del 2004](#), e successive modificazioni, sia scattato formalmente, in modo automatico, l'innalzamento dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e della maggiorazione dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e, a seguito del raggiungimento dell'accordo con il Governo, di cui all'articolo 1, comma 1-bis, del [decreto-legge 7 giugno 2006, n. 206](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2006, n. 234](#), tale innalzamento non sia stato applicato. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto, settimo ed ottavo periodo, della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#).

3. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 3.000 milioni di euro per l'anno 2007. Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni interessate con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, sulla base dei debiti accumulati fino al 31 dicembre 2005, della capacità fiscale regionale e della partecipazione delle regioni al finanziamento del fabbisogno sanitario. Nell'ambito dei predetti piani di rientro sono disciplinate le modalità di monitoraggio e di riscontro dell'estinzione dei debiti. Alla relativa copertura si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2007-2009, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2007, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze. Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di cui al presente comma è trasmesso alle competenti Commissioni del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati. Il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro della salute, trasmette al Parlamento una relazione sullo stato del monitoraggio e del riscontro dell'estinzione dei debiti ⁽⁵⁾.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio ⁽⁶⁾.

(4) Comma aggiunto dalla [legge di conversione 17 maggio 2007, n. 64](#).

(5) Comma così modificato dalla [legge di conversione 17 maggio 2007, n. 64](#). Le somme concernenti il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario sono state ripartite con [D.M. 4 maggio 2007](#) (Gazz. Uff. 28 maggio 2007, n. 122).

(6) La Corte costituzionale, con altra [sentenza 9-18 giugno 2008, n. 216](#) (Gazz. Uff. 25 giugno 2008, n. 27, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1 e 2 sia nel loro testo originario, che in quello risultante all'esito delle modifiche apportate dalla [legge di conversione 17 maggio 2007, n. 64](#), promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli articoli 3, 32, 97, 117, 118, 119 e 120 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione; Ma dichiarato, inoltre, inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1 e 2 del testo originario del [decreto-legge n. 23 del 2007](#), e dell'art. 1 del medesimo [decreto-legge n. 23 del 2007](#), come modificato dalla [legge di conversione n. 64 del 2007](#),

promosse dalla Regione Lombardia, in riferimento agli articoli 3, 23, 32, 53, 77, secondo comma, 81, quarto comma, 97, 117, terzo e quarto comma, 118, 119 e 120 della Costituzione.

1-bis. 1. L'importo della manovra derivante dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), è rideterminato per il solo anno 2007 da 811 milioni di euro a 300 milioni di euro, anche per le finalità di cui alla lettera p-bis) del medesimo comma. A tal fine il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, è incrementato per l'anno 2007 di 511 milioni di euro. Il predetto incremento è ripartito tra le regioni con i medesimi criteri adottati per lo stesso anno. Conseguentemente la quota fissa sulla ricetta è abolita con effetto dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e fino al 31 dicembre 2007. Il *comma 1 dell'articolo 6-quater del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300*, convertito, con modificazioni, dalla [legge 26 febbraio 2007, n. 17](#), è abrogato ⁽⁷⁾.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a 511 milioni di euro per l'anno 2007, si provvede:

a) quanto a 100 milioni di euro mediante riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 1, comma 50, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*;

b) quanto a 411 milioni di euro mediante utilizzo delle disponibilità del fondo di rotazione per l'attuazione delle politiche comunitarie di cui all'*articolo 5 della legge 16 aprile 1987, n. 183*, che, a tal fine, sono versate nello stesso anno 2007 all'entrata del bilancio dello Stato, per essere riassegnate, in deroga all'*articolo 1, comma 46, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, al Fondo sanitario nazionale.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio ^{(8) (9)}.

(7) Con [Del. 29 novembre 2007, n. 131/2007](#) (Gazz. Uff. 27 marzo 2008, n. 73, S.O.) è stata ripartita, tra le regioni, la somma di 511 milioni di euro prevista dal presente comma.

(8) Articolo aggiunto dalla [legge di conversione 17 maggio 2007, n. 64](#).

(9) La Corte costituzionale, con [sentenza 9-13 giugno 2008, n. 203](#) (Gazz. Uff. 18 giugno 2008, n. 26, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1-bis, promossa in riferimento agli artt. 117 e 119 Cost.

2. 1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge ⁽¹⁰⁾.

(10) La Corte costituzionale, con altra [sentenza 9-18 giugno 2008, n. 216](#) (Gazz. Uff. 25 giugno 2008, n. 27, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1 e 2 sia nel loro testo originario, che in quello risultante all'esito delle modifiche apportate dalla [legge di conversione 17 maggio 2007, n. 64](#), promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli articoli 3, 32, 97, 117, 118, 119 e 120 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione; Ma dichiarato, inoltre, inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1 e 2 del testo originario del [decreto-legge n. 23 del 2007](#), e dell'art. 1 del medesimo [decreto-legge n. 23 del 2007](#), come modificato dalla [legge di conversione n. 64 del 2007](#), promosse dalla Regione Lombardia, in riferimento agli articoli 3, 23, 32, 53, 77, secondo comma, 81, quarto comma, 97, 117, terzo e quarto comma, 118, 119 e 120 della Costituzione.

D.M. 4 maggio 2007 ⁽¹⁾.

**Riparto delle somme concernenti il ripiano selettivo dei disavanzi
pregressi nel settore sanitario. ⁽²⁾**

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 28 maggio 2007, n. 122.

(2) Il presente provvedimento è anche citato, per coordinamento, in nota al [comma 3 dell'art. 1, D.L. 20 marzo 2007, n. 23](#).

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

di concerto con

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il [decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23](#), recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario;

Visto il comma 1 dell'art. 1, il quale dispone che lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per il periodo 2001-2005 nei confronti delle regioni che:

sottoscrivono l'accordo con lo Stato per i piani di rientro ed accedono al fondo transitorio di cui all'art. 1, comma 796, lettera b), della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#);

al fine dell'ammortamento del debito accumulato al 31 dicembre 2005 destinano al settore sanitario quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali attribuiti alle regioni stesse ovvero misure fiscali da attivarsi sul proprio territorio, in via ulteriore rispetto all'incremento nella misura massima dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

Visto il comma 3 del medesimo art. 1, il quale dispone che:

per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 3.000 milioni di euro per l'anno 2007;

i predetti 3.000 milioni di euro sono ripartiti tra le regioni interessate con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, sulla base dei debiti accumulati fino al 31 dicembre 2005, della capacità fiscale regionale e della partecipazione delle regioni al finanziamento del fabbisogno sanitario;

Valutato che hanno la possibilità di accedere all'importo di 3.000 milioni di euro, conseguentemente alla verifica dei requisiti di cui all'art. 1, comma 1, le seguenti regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia;

Ritenuto di dover ripartire, in attuazione dei criteri previsti dal [comma 3 dell'art. 1 del richiamato decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23](#), le disponibilità finanziarie tra le regioni sulla base dei seguenti parametri, tenendo conto del livello di partecipazione delle regioni al finanziamento del fabbisogno sanitario:

per 2.500 milioni di euro in funzione del debito regionale non coperto al 31 dicembre 2005, nonostante l'attivazione al livello massimo dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

per 300 milioni di euro in funzione del debito regionale procapite al 31 dicembre 2005, al netto dei crediti verso lo Stato;

per 200 milioni di euro in funzione dell'ulteriore sforzo fiscale, richiesto ai fini dell'ammortamento del debito non coperto fino al 31 dicembre 2005, rispetto alla massimizzazione dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

Sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali;

Decreta:

1. 1. L'importo di 3.000 milioni di euro di cui al [comma 3 dell'art. 1 del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23](#), è così ripartito:

Regione Abruzzo 144 milioni di euro;

Regione Campania 363 milioni di euro;

Regione Lazio 2.079 milioni di euro;

Regione Molise 202 milioni di euro;

Regione Sicilia 212 milioni di euro.

2. Gli importi previsti per le singole regioni saranno erogati al perfezionarsi degli accordi approvativi dei piani di rientro.
3. Il presente decreto sarà trasmesso ai competenti organi di controllo per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione tra le Regioni delle disponibilità finanziarie di cui all'articolo 1 bis del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64.

Rep. Atti n. 212/ESR del 18 ottobre 2007

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

Nella odierna seduta del 18 ottobre 2007:

VISTO l'articolo 1 bis del decreto – legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, recante: “Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”, il quale dispone, per l'anno 2007, un incremento del livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 511 milioni di euro, ripartito tra le Regioni con i medesimi criteri adottati per lo stesso anno 2007;

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, il quale demanda al CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone in via generale che il riparto delle risorse alle Regioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con questa Conferenza;

VISTO il proprio atto Rep. n. 43 del 15 marzo 2007 con il quale è stata perfezionata l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione tra le Regioni delle disponibilità finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera a) della legge 27 dicembre 2006 n. 296 (legge finanziaria 2007);

VISTA la proposta di deliberazione per il CIPE, trasmessa, in attuazione delle predette disposizioni di legge, dal Ministero della salute, con nota in data 10 settembre 2007, che, all'allegata Tabella A,





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

reca la ripartizione tra le Regioni della somma di 511 milioni di euro secondo i criteri già stabiliti per il riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2007;

VISTA la nota in data 1 ottobre 2007, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta di ripartizione in oggetto;

ESPRIME INTESA

sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione tra le Regioni delle disponibilità finanziarie di cui all'articolo 1 *bis* del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, come da Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Landolfi



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

Uff. IV°

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Riparto tra le regioni delle somme destinate alle Regioni ai sensi dell'articolo 1-bis del decreto-legge 20 marzo 2007, n.23 convertito nella legge 17 maggio 2007, n.64. Richiesta di intesa per la Conferenza Stato-regioni.

L'art. 1-bis del decreto-legge 20 marzo 2007, n.23 convertito nella legge 17 maggio 2007, n.64, recante: "Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale", ridetermina, per l'anno 2007, l'importo della manovra, derivante dall'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006 n. 296, in materia di introduzione di una quota fissa pari a 10 euro per ricetta sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, da 811 a 300 milioni di Euro.

A tal fine, il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, è incrementato per l'anno 2007 di 511 milioni di euro.

Il citato articolo 1-bis stabilisce anche che il suddetto incremento debba essere ripartito tra le regioni con i medesimi criteri adottati per lo stesso anno.

Si propone, pertanto, la ripartizione della quota di 511 milioni di euro secondo i criteri stabiliti per il riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2007.

Nella ripartizione si è tenuto conto delle vigenti norme in materia di partecipazione delle regioni a statuto speciale al finanziamento del SSN e, pertanto, sono state escluse dalla predetta ripartizione di 511 milioni di euro le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, le province autonome di Trento e Bolzano e la Sardegna che non beneficiano di trasferimenti da parte dello Stato a titolo di finanziamento del SSN, mentre per la regione Sicilia è stata operata la prescritta riduzione secondo l'aliquota di compartecipazione stabilita dall'articolo 1, comma 831, della legge 27 dicembre 2007, n.296..

Si allega la tabella di riparto.

Roma, 31 AGO. 2007

Il Ministro

Ministero della Salute

RIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ - Direzione generale della programmazione sanitaria
 Dipartimento della Qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria dei LEA e dei principali enti di sistema
 Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per il 2007, integrate a norma dell'art. 1-bis, comma 1 del decreto-legge 23/2007 convertito nella legge 64/2007
 (migliaia di euro)

Tabella A

	TOTALE FABRISOGNO 2007	Integrazione a norma dell'art. 1- bis, comma 1 del decreto-legge 23/2007 convertito nella legge 64/2007
Regioni	(a) 100%	(b)
	%	
PIEMONTE	7.188.500.000 7,58%	38.940.470
VALLE D'AOSTA	201.625.937 0,21%	1.095.265
LOMBARDIA	14.995.500.000 16,06%	81.458.019
BOLZANO	789.340.914 0,80%	4.318.186
TRENTINO	786.033.593 0,85%	4.318.753
VENETO	7.474.500.000 8,04%	40.602.712
FRUII	2.009.757.392 2,12%	10.917.332
UGURIA	2.882.500.000 2,89%	15.549.570
EMILIA ROMAGNA	6.929.000.000 7,30%	37.639.466
TOSCANA	6.023.447.000 6,35%	32.720.354
LAZIO	2.508.000.000 2,66%	13.623.868
MARCHE	1.444.000.000 1,51%	8.844.045
ABRUZZO	2.088.000.000 2,25%	13.623.868
MOLISE	522.000.000 0,56%	45.972.406
CAMPANIA	8.895.200.000 9,49%	11.342.359
PUGLIA	6.370.000.000 6,73%	2.835.590
BASILICATA	866.500.000 1,03%	8.943.520.188
CALABRIA	3.208.000.000 3,38%	34.602.886
SICILIA	7.751.500.000 8,40%	5.250.187
SARDEGNA	2.623.915.165 2,78%	949.573.646
B. GRSU	-	3.208.000.000
A.C.I.S.M.O.M.	-	17.426.383
TOTALE	94.080.320.000 100%	42.107.421
		14.293.538
		511.000.000

Regioni	Fabrisogno Indistinto 2007 (unità di euro)	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a stato speciale	IRAP stima 2006	Addizionale IRPEF stima 2006	Integrazione a norma del d.lvo 56/2000 (*)	Fondo sanitario nazionale	Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Disponibilità di cassa (senza mobilità) già assegnata con riparto FSN 2007	somma residua da assegnare
	(1)=(a)+(b)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)=(4)+(5)+(6)+(7)	(9)	(10)=(8)-(9)
PIEMONTE	7.207.440.470	167.095.971		2.707.305.185	498.864.622	3.834.174.691		7.140.314.499	7.001.404.029	38.940.470
VALLE D'AOSTA	202.721.202	4.341.336		82.707.842	14.672.810			97.681.652	97.681.652	0
LOMBARDIA	15.076.958.019	344.688.926		8.311.047.302	1.204.378.778	5.216.843.012		14.132.269.093	14.650.811.074	81.458.019
BOLZANO	773.520.100	17.089.038		336.419.964	58.384.127			420.011.098	420.011.098	0
TRENTINO	799.352.346	17.328.157		319.724.828	57.475.965			377.210.783	377.210.783	0
VENETO	7.515.102.712	187.978.900		3.282.210.158	480.875.425	3.564.238.229		7.327.123.812	7.386.521.100	40.602.712
FRUII	2.020.674.724	47.484.384		746.530.057	138.188.890			885.696.947	885.696.947	0
UGURIA	2.878.049.370	62.729.872		783.883.488	183.801.155	1.837.325.035		2.815.319.698	2.799.770.128	15.549.570
EMILIA ROMAGNA	6.966.639.466	171.935.829		3.024.783.888	506.386.988	3.263.493.149		6.794.683.637	6.757.044.171	37.639.466
TOSCANA	6.086.187.354	138.369.096		2.124.508.172	378.788.124	3.414.535.361		5.917.298.258	5.885.077.904	32.720.354
LAZIO	2.521.823.868	34.031.402		786.642.565	148.028.823	1.332.416.075		2.464.156.691	2.450.532.823	13.623.868
MARCHE	1.451.844.045	57.467.177		716.714.883	140.028.823	971.814.238		1.417.817.643	1.409.968.598	7.844.045
ABRUZZO	2.099.342.258	41.537.068		479.887.751	100.965.502	1.468.112.038		2.087.805.291	2.046.462.932	11.342.359
MOLISE	524.835.580	12.932.736		42.387.028	25.528.251	443.868.974		511.882.854	509.047.264	2.835.590
CAMPANIA	8.943.520.188	163.215.831		1.480.325.533	340.328.175	6.949.650.648		8.780.294.357	8.731.584.169	48.230.188
PUGLIA	6.404.602.886	113.350.898		1.083.687.869	204.313.274	5.023.270.756		6.291.251.988	6.256.649.102	34.602.886
BASILICATA	971.750.187	16.926.334		70.460.246	37.888.844	846.404.344		954.023.833	949.573.646	5.250.187
CALABRIA	3.225.428.383	47.418.994		180.491.158	155.171.746	2.842.344.484		3.178.007.389	3.160.581.005	17.426.383
SICILIA	7.793.607.421	128.084.893		1.554.808.340	300.584.383			4.229.221.016	4.205.778.757	23.542.259
SARDEGNA	2.638.188.703	43.917.138		614.875.070	120.868.842			735.940.911		
B. GRSU	-	-		-	-			-	-	-
A.C.I.S.M.O.M.	-	-		-	-			-	-	-
TOTALI	94.580.320.000	1.982.157.447		7.221.936.943	32.512.748.472	44.852.482.858	2.372.828.314	85.426.225.610	84.966.554.848	457.670.762
ENTRATE REGIONALI (*)							contributo regionale	9.204.094.399	9.150.765.152	

CONTRATTO per IZS	10.000.000	10.000.000
MED. PENITENZIARIA	6.840.000	6.840.000
IZS	205.000.000	205.000.000
CRI	126.500.000	126.500.000
Altre Vincolate	1.622.340.000	1.572.340.000
TOTALE FABRISOGNO	96.040.000.000	96.040.000.000

(*) Somma colonne (2) e (3)
 (**) Importi indicati in via provvisoria a copertura integrale. Compresi 50 mln al Lazio per il Bambino Gesù

LEGGE 29 NOVEMBRE 2007, N. 222,

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equita' sociale.

aggiornato aprile 2010

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche Sociali

TESTO	ASPETTI ATTUATIVI
Art. 4. <i>Commissari ad acta per le regioni inadempienti ⁽⁴⁾.</i>	Condizioni e modalità per la nomina del commissario ad acta
1. Qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, con le modalità previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell' articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 , e successive modificazioni, si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-	Per le Regioni inadempienti sui Piani di rientro il Presidente del Consiglio – su proposta del Ministro dell'Economia, di concerto con il Ministro della Salute, sentito il Ministro per gli Affari regionali – diffida la Regione ad adottare entro 15 giorni tutti gli atti volti a garantire gli obiettivi del Piano.

finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo [8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131](#), su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano ⁽⁵⁾.

2. Ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inidonei o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro. Al fine di assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti

Qualora la Regione non adempia ovvero gli atti adottati risultino inidonei o insufficienti, il Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro dell'Economia, di concerto con il Ministro della Salute, sentito il Ministro per gli Affari regionali – nomina un Commissario ad acta per tutta la vigenza del Piano.

Nomina di uno o più subcommissari esperti con il compito di affiancare il Commissario per la puntuale attuazione del Piano.

Il Commissario può disporre motivatamente nei confronti di

attuatori e può motivatamente disporre, nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie, fermo restando il trattamento economico in godimento, la sospensione dalle funzioni in atto, che possono essere affidate a un soggetto attuatore, e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento ovvero alla naturale scadenza del rapporto con l'ente del servizio sanitario. Gli eventuali oneri derivanti dalla gestione commissariale sono a carico della regione interessata, che mette altresì a disposizione del commissario il personale, gli uffici e i mezzi necessari all'espletamento dell'incarico. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sono determinati i compensi degli organi della gestione commissariale. Le regioni provvedono ai predetti adempimenti utilizzando le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente ⁶.

2-bis. I crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2005, attivate dalle regioni nell'ambito dei piani di rientro dai deficit sanitari di cui all'articolo [1, comma 180](#), della [legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), per i quali sia stata fatta la richiesta ai creditori della comunicazione di informazioni, entro un termine definito, sui crediti vantati dai medesimi, si prescrivono in cinque anni dalla data in cui sono maturati, e comunque non prima di centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, qualora, alla scadenza del termine fissato, non sia pervenuta la comunicazione richiesta. A decorrere dal termine per la predetta comunicazione, i crediti di cui al presente comma non producono interessi ⁷.

Direttori generali di ASL, AO, IRCCS e Aziende ospedaliere universitarie la sospensione dalle funzioni, fermo restando il trattamento economico.

Gli oneri della gestione commissariale sono a carico delle Regioni.

Prescrizione dei crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2005.

<p>(4) Rubrica così sostituita dalla <u>legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222</u>.</p> <p>(5) Comma così modificato dalla <u>legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222</u>.</p> <p>(6) Comma così modificato prima dalla <u>legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222</u>, poi dall'art. <u>79, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112</u> ed infine dal comma 1 dell'art. <u>1, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154</u>.</p> <p>(7) Comma aggiunto dalla <u>legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222</u>.</p>	
<p style="text-align: center;">Art. 5.</p> <p><i>Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico</i></p>	
<p>1. A decorrere dall'anno 2008 l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe «A» ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie. Il valore assoluto dell'onere a carico del SSN per la predetta assistenza farmaceutica, sia a livello nazionale che in ogni singola regione è</p>	<p>Dal 2008 nuovo tetto della spesa farmaceutica territoriale (farmacie, distribuzione diretta delle ASL e ticket regionali) pari al 14% del finanziamento del SSN.</p> <p>Modalità e tempi di trasmissione dei dati dalle Regioni all'AIFA, ai Ministeri dell'Economia e della Salute sia della</p>

<p>annualmente determinato dal Ministero della salute, entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, sulla base del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale deliberato dal CIPE, ovvero, in sua assenza, sulla base della proposta di riparto del Ministro della salute, da formulare entro il 15 ottobre. Entro 15 giorni dalla fine di ciascun mese, le regioni trasmettono all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i dati della distribuzione diretta, come definita dal presente comma, per singola specialità medicinale, relativi al mese precedente, secondo le specifiche tecniche definite dal decreto del Ministro della salute 31 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2007 concernente l'istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta. Le regioni, entro i quindici giorni successivi ad ogni trimestre, trasmettono all'AIFA, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera. Il rispetto da parte delle regioni di quanto disposto dal presente comma costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Nelle more della concreta e completa attivazione del flusso informativo della distribuzione diretta, alle regioni che non hanno fornito i dati viene attribuita, ai fini della determinazione del tetto e della definizione dei budget di cui al comma 2, in via transitoria e salvo successivo conguaglio, una spesa per distribuzione diretta pari al 40 per cento della spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata rilevata dal flusso informativo del nuovo sistema informativo sanitario ⁽⁸⁾.</p> <p>2. A decorrere dall'anno 2008 è avviato il nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, che è</p>	<p>distribuzione diretta che della spesa farmaceutica ospedaliera.</p> <p>Il rispetto delle disposizioni costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo.</p> <p>Nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico SSN</p>
--	---

così disciplinato:

a) il sistema nel rispetto dei vincoli di spesa di cui al comma 1, è basato sulla attribuzione da parte dell'AIFA, a ciascuna Azienda titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci (AIC), entro il 15 gennaio di ogni anno, di un budget annuale calcolato sulla base dei volumi e dei prezzi degli ultimi dodici mesi per i quali sono disponibili i dati, distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora coperti da brevetto. Dal calcolo di cui al precedente periodo viene detratto, ai fini dell'attribuzione del budget, l'ammontare delle somme restituite al Servizio sanitario nazionale per effetto dell'articolo 1, comma 796, lettera g), della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), e del comma 3 del presente articolo. Viene detratto, altresì, il valore della minore spesa prevedibilmente conseguibile nell'anno per il quale è effettuata l'attribuzione del budget, a seguito delle scadenze di brevetti in possesso dell'azienda presa in considerazione; tale valore è calcolato sulla base dei dati dell'anno precedente. Ai fini della definizione dei budget l'AIFA utilizza anche il 60 per cento delle risorse incrementalmente derivanti dall'eventuale aumento del tetto di spesa rispetto all'anno precedente e di quelle rese disponibili dalla riduzione di spesa complessiva prevista per effetto delle scadenze di brevetto che avvengono nell'anno per il quale è effettuata l'attribuzione del budget. Un ulteriore 20 per cento delle risorse incrementalmente, come sopra definite, costituisce un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi che saranno autorizzati nel corso dell'anno, mentre il restante 20 per cento costituisce un fondo di garanzia per esigenze allocative in corso d'anno. Il possesso, da parte di un farmaco, del requisito della innovatività è riconosciuto dall'AIFA, sentito il parere formulato dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica istituita presso la stessa Agenzia, e ha validità per 36 mesi agli effetti del

Attribuzione dall'AIFA a ciascuna azienda titolare di autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci di un budget annuale.

Fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi

presente articolo, fatta salva la possibilità dell'AIFA di rivalutare l'innovatività sulla base di nuovi elementi tecnico-scientifici resisi disponibili ⁽⁹⁾;

b) la somma dei budget di ciascuna Azienda, incrementata del fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi di cui alla lettera a), nonchè dell'ulteriore quota del 20 per cento prevista dalla stessa lettera a), deve risultare uguale all'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica a livello nazionale, come determinato al comma 1 ⁽¹⁰⁾;

c) in fase di prima applicazione della disposizione di cui alla lettera a) e nelle more della concreta e completa attivazione dei flussi informativi, l'AIFA, partendo dai prezzi in vigore al 1° gennaio 2007 risultanti dalle misure di contenimento della spesa farmaceutica di cui all'articolo 1, comma 796, lettera f), della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), attribuisce a ciascuna Azienda titolare di AIC, entro il 31 gennaio 2008, un budget provvisorio sulla base delle regole di attribuzione del budget definite dalla stessa lettera a). Il budget definitivo viene attribuito a ciascuna Azienda entro il 30 settembre 2008 alla luce dei dati sulla distribuzione diretta forniti dalle regioni ai sensi del citato decreto del Ministro della salute in data 31 luglio 2007. In assenza di tali dati, ad ogni Azienda viene attribuito un valore di spesa per la distribuzione diretta proporzionale all'incidenza dei farmaci di PHT di cui alla determinazione AIFA del 29 ottobre 2004, pubblicata nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 259 del 4 novembre 2004, e successive modificazioni ⁽¹¹⁾;

d) l'AIFA effettua il monitoraggio mensile dei dati di spesa farmaceutica e comunica le relative risultanze al Ministero della salute

La somma dei budget più il fondo farmaci innovativi deve essere uguale all'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica.

Monitoraggio mensile dell'AIFA sui dati della spesa farmaceutica.

ed al Ministero dell'economia e delle finanze con la medesima cadenza. L'AIFA verifica al 31 maggio, al 30 settembre e al 31 dicembre di ogni anno l'eventuale superamento a livello nazionale del tetto di spesa di cui al comma 1, calcolato sulla base dei dati dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, disciplinato dall'*articolo 68 della [legge 23 dicembre 1998, n. 448](#)*, e dall'articolo 18 del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245, nonchè sulla base dei dati delle regioni concernenti la distribuzione diretta di cui al medesimo comma 1 ⁽¹²⁾;

e) qualora i valori di spesa verificati al 31 maggio di ogni anno superino la somma, rapportata ai primi 5 mesi dell'anno, dei budget aziendali, con gli incrementi di cui alla lettera b), si dà luogo al ripiano dello sforamento determinato nel predetto arco temporale, secondo le regole definite al comma 3. Qualora i valori di spesa verificati al 30 settembre di ogni anno superino la somma, rapportata ai primi 9 mesi dell'anno, dei budget aziendali, con gli incrementi di cui alla predetta lettera b), si dà luogo al ripiano dello sforamento stimato del periodo 1° giugno-31 dicembre, salvo conguaglio determinato sulla base della rilevazione del 31 dicembre, secondo le regole definite al comma 3. La predetta stima tiene conto della variabilità dei consumi nel corso dell'anno.

3. Le regole per il ripiano dello sforamento sono così definite:

a) l'intero sforamento è ripartito a lordo IVA tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali, con l'eccezione della quota di sforamento imputabile alla spesa per farmaci acquistati presso le aziende farmaceutiche dalle aziende sanitarie locali e da

Ripiano dello sforamento

Regole del ripiano

le aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti ripianano per le quote di competenza l'intero sforamento

queste distribuiti direttamente ai cittadini, che è posta a carico unicamente delle aziende farmaceutiche stesse in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche. L'entità del ripiano è calcolata, per ogni singola azienda, in proporzione al superamento del budget attribuito di cui al comma 2, lettera a). Al fine di favorire lo sviluppo e la disponibilità dei farmaci innovativi la quota dello sfioramento imputabile al superamento, da parte di tali farmaci, del fondo aggiuntivo di cui alla citata lettera a) del comma 2 è ripartita, ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto [aa](#);

b) la quota di ripiano determinata a seguito della verifica al 31 maggio, è comunicata dall'AIFA a ciascuna Azienda entro il 15 luglio. La quota di ripiano determinata a seguito della verifica al 30 settembre è comunicata dall'AIFA a ciascuna Azienda entro il 15 novembre. Le Aziende effettuano il ripiano entro 15 giorni dalla comunicazione dell'AIFA, dandone contestuale comunicazione all'AIFA e ai Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute;

c) ai fini del ripiano, per le aziende farmaceutiche si applica il sistema di cui all'articolo 1, comma 796, lettera g), della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#); per la quota a carico dei grossisti e dei farmacisti, l'AIFA ridetermina, per i sei mesi successivi, le relative quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali e il corrispondente incremento della percentuale di sconto a favore del SSN. Le aziende farmaceutiche versano gli importi dovuti, entro i termini previsti dalla lettera b) del presente comma, direttamente alle regioni dove si è verificato lo sfioramento in proporzione al

Il ripiano avviene tramite “pay back” con il versamento dell’importo direttamente alle Regioni dove si è verificato lo sfioramento .

superamento del tetto di spesa regionale;

d) la mancata integrale corresponsione a tutte le regioni interessate, da parte delle aziende, di quanto dovuto nei termini perentori previsti, comporta la riduzione dei prezzi dei farmaci ancora coperti da brevetto, in misura tale da coprire l'importo corrispondente, incrementato del 20 per cento, nei successivi sei mesi ⁽¹⁴⁾.

4. Entro il 1° dicembre di ogni anno l'AIFA elabora la stima della spesa farmaceutica, così come definita al comma 1, relativa all'anno successivo distintamente per ciascuna regione e la comunica alle medesime regioni. Le regioni che, secondo le stime comunicate dall'AIFA, superano il tetto di spesa regionale prefissato, di cui al comma 1, sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa, ivi inclusa la distribuzione diretta, per un ammontare pari almeno al 30 per cento dello sfioramento; dette misure costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Le regioni utilizzano eventuali entrate da compartecipazioni alla spesa a carico degli assistiti a scomputo dell'ammontare delle misure a proprio carico ⁽¹⁵⁾.

5. A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'eventuale sfioramento di detto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa

Le Regioni che superano il tetto sono tenute ad adottare le misure di contenimento della spesa per un ammontare di almeno il 30% dello sfioramento e costituiscono adempimento per l'accesso alle risorse integrative.

Nuovo tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera pari al 2,4% del finanziamento del SSN.

Lo sfioramento è recuperato dalla Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo ⁽¹⁶⁾.

5-bis. All'articolo [6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 novembre 2001, n. 405](#), è aggiunto il seguente comma:

«2-bis. Sono nulli i provvedimenti regionali di cui al comma 2, assunti in difformità da quanto deliberato, ai sensi del comma 1, dalla Commissione unica del farmaco o, successivamente alla istituzione dell'AIFA, dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica di tale Agenzia, fatte salve eventuali ratifiche adottate dall'AIFA antecedentemente al 1° ottobre 2007» ⁽¹⁷⁾.

5-ter. Per la prosecuzione del progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, è autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2007 ⁽¹⁸⁾.

5-quater. Nella prescrizione dei farmaci equivalenti il medico indica in ricetta o il nome della specialità medicinale o il nome del generico ⁽¹⁹⁾.

5-quinqües. Al comma 8 dell'articolo [48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24](#)

Non è tenuta al ripiano la Regione che è in equilibrio economico complessivo.

Per il farmaco equivalente il medico deve indicare nella ricetta il nome della specialità medicinale o il nome del generico.

[novembre 2003, n. 326](#), dopo la lettera c) è aggiunta la seguente:

«c-bis) mediante eventuali introiti derivanti da contratti stipulati con soggetti privati per prestazioni di consulenza, collaborazione, assistenza, ricerca, aggiornamento, formazione agli operatori sanitari e attività editoriali, destinati a contribuire alle iniziative e agli interventi di cofinanziamento pubblico e privato finalizzati alla ricerca di carattere pubblico sui settori strategici del farmaco di cui alla lettera g) del comma 5, ferma restando la natura di ente pubblico non economico dell'Agenzia» ⁽²⁰⁾.

5-sexies. Al comma 1, secondo periodo, dell'articolo [16 della legge 21 ottobre 2005, n. 219](#), e successive modificazioni, dopo le parole: «ad uso autologo» sono inserite le seguenti: «, agli intermedi destinati alla produzione di emoderivati individuati con decreto del Ministro della salute su proposta dell'AIFA» ^{(21) (22)}.

(8) Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#). L'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale è stato determinato, per l'anno 2008, con [D.Dirett. 20 dicembre 2007](#) (Gazz. Uff. 3 gennaio 2008, n. 2), per l'anno 2009, con [D.Dirett. 30 gennaio 2009](#) (Gazz. Uff. 20 febbraio 2009, n. 42) e, per l'anno 2010, con [Decr. 28 gennaio 2010](#) (Gazz. Uff. 12 febbraio 2010, n. 35). Per la rideterminazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, per l'anno 2009, vedi la lettera c) del comma 1 dell'art. [13, D.L. 28 aprile 2009, n. 39](#) nonché il comma 3 dell'art. [22, D.L. 1° luglio 2009, n. 78](#).

(9) Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(10) Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(11) Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#). Per l'attribuzione del budget provvisorio di cui alla presente lettera vedi il [Comunicato 28 gennaio 2008](#) e la [Det. 4 agosto 2008](#). Per il budget definitivo vedi la [Det. 3 novembre 2008](#).

(12) Lettera così modificata dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(13) Lettera così modificata prima dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#) e poi dal comma 3-bis dell'art. 22, [D.L. 1 luglio 2009, n. 78](#), nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

(14) Per le modalità di ripiano dello sfioramento di cui al presente comma vedi la [Det. 3 novembre 2008](#).

(15) Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(16) Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(17) Comma aggiunto dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n.](#)

<p>222.</p> <p>(18) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(19) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(20) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(21) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(22) Vedi, anche, il comma 2-bis dell'art. 9, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p>	
<p>Art. 5-bis.</p> <p><i>Disposizioni concernenti il funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco</i></p>	
<p>1. Al comma 297 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le parole: «dal 1° gennaio 2006 nel numero di 190 unità» sono sostituite dalle seguenti: «dal 1° gennaio 2008 nel numero di 250 unità». L'AIFA è autorizzata ad avviare, entro due anni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, procedure finalizzate alla copertura dei posti vacanti in dotazione organica anche riservate al personale non di ruolo, già in servizio presso l'AIFA, in forza di contratti stipulati ai sensi del combinato disposto dell'articolo 48, comma 7, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e dell'articolo 26 del decreto del Ministro della salute 20</p>	<p>Dotazione organica dell'AIFA</p>

<p>settembre 2004, n. 245.</p> <p>2. L'onere derivante dall'attuazione della disposizione di cui al comma 1, pari a euro 2.467.253,87, è a carico di quota parte del fondo di cui al comma 19, lettera b), numero 4), dell'<i>articolo 48 del citato decreto-legge n. 269 del 2003</i>, che rappresenta per l'AIFA un'entrata certa con carattere di continuità ⁽²³⁾.</p> <hr/> <p>(23) Articolo aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p>	
<p style="text-align: center;">Art. 7-bis. <i>Patto di stabilità interno 2007 per le Regioni</i></p>	
<p>1. Dopo il comma 658 dell'<i>articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, è inserito il seguente:</p> <p>«658-bis. Nei casi in cui la regione o la provincia autonoma non consegua per l'anno 2007 l'obiettivo di spesa determinato in applicazione del patto di stabilità interno e lo scostamento registrato rispetto all'obiettivo non sia superiore alle spese in conto capitale per interventi cofinanziati correlati ai finanziamenti dell'Unione europea, con esclusione delle quote di finanziamento nazionale, non si applicano le sanzioni previste per il mancato rispetto del patto di stabilità, a condizione che lo scostamento venga recuperato nell'anno 2008» ⁽²⁷⁾.</p> <hr/> <p>(27) Articolo aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007,</p>	

<p>n. 222. Si tenga presente che il comma 658-<i>bis</i> dell'<i>art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296</i> è stato successivamente modificato dal comma 39 dell'<i>art. 2, L. 22 dicembre 2008, n. 203</i>.</p>	
<p style="text-align: center;">Art. 31.</p> <p style="text-align: center;">31. Contributi ad enti e associazioni ⁽¹¹⁰⁾.</p>	
<p>1. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 36 milioni di euro a favore dell'Istituto Gaslini di Genova ⁽¹¹¹⁾.</p> <p>2. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 1 milione di euro a favore dell'Unione italiana ciechi.</p> <p>3. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 3 milioni di euro a favore della Fondazione EBRI (European Brain Research Institute).</p> <p>3-<i>bis</i>. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 1 milione di euro a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi (ENS) ⁽¹¹²⁾.</p> <p>3-<i>ter</i>. Al fine di favorire l'attività di formazione superiore internazionale, agli istituti universitari, diretta emanazione di università estere, autorizzati a rilasciare titoli ammessi a riconoscimento in Italia ai sensi della Convenzione di Lisbona dell'11 aprile 1997, e della legge 11 luglio 2002, n. 148, è concesso un contributo, nel limite complessivo di 3 milioni di euro per il 2007, a sostegno dei loro programmi di formazione internazionale a studenti di nazionalità italiana e di ricerca con partecipazione anche di soggetti di alta formazione esteri. Il contributo può essere fruito anche come credito di imposta riconosciuto automaticamente secondo l'ordine cronologico di</p>	<p>Per l'anno 2007: 36 milioni al Gaslini di Genova</p> <p>1 milioni all'Unione Italiana ciechi</p> <p>3 milioni alla fondazione EBRI</p> <p>1 milione all'ENS</p> <p>3 milioni programmi formazione internazionale</p>

presentazione delle relative domande da presentarsi entro il 28 febbraio di ciascun anno al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento delle politiche fiscali. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, sono fissate le procedure e le modalità per l'attuazione del presente comma ⁽¹¹⁰⁾.

3-quater. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 1 milione di euro a favore dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili (ANMIC), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi (ENS), dell'Unione nazionale mutilati per servizio (UNMS) e dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro (ANMIL) da ripartire, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, in proporzione ai loro iscritti. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2007-2009, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2007, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero ⁽¹¹⁴⁾.

3-quinquies. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 1 milione di euro a favore della «Lega del filo d'oro» ⁽¹¹⁵⁾.

⁽¹¹⁰⁾ Rubrica così sostituita dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

⁽¹¹¹⁾ Comma così modificato dalla [legge di conversione 29 novembre](#)

1 milione a ANMIC, ENS; UNMS; ANMIL

1 milione alla Lega del filo d'oro

<p>2007, n. 222.</p> <p>(112) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(113) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222. Con D.M. 22 febbraio 2008 (Gazz. Uff. 17 maggio 2008, n. 115) sono state emanate le norme per promuovere l'attività di formazione e di ricerca degli istituti universitari di diretta emanazione di università estere, ammessi per l'anno 2007 alla fruizione del contributo di cui al presente comma.</p> <p>(114) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p> <p>(115) Comma aggiunto dalla legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222.</p>	
<p>33. <i>Disposizioni a favore di soggetti danneggiati da trasfusioni infette</i> (116).</p>	
<p>1. Per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o affetti da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti, è autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per il 2007 (117).</p> <p>2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro</p>	<p>Per le transazioni con i soggetti talassamici, emofiliaci, emotrasfusi danneggiati e altri soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie è autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per l'anno 2007.</p> <p>Con DM Salute di concerto con Economia sono fissati i criteri</p>

dell'economia e delle finanze, sono fissati i criteri in base ai quali sono definite, nell'ambito di un piano pluriennale, le transazioni di cui al comma 1 e, comunque, nell'ambito della predetta autorizzazione, in analogia e coerenza con i criteri transattivi già fissati per i soggetti emofilici dal decreto del Ministro della salute 3 novembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 2 dicembre 2003, sulla base delle conclusioni rassegnate dal gruppo tecnico istituito con decreto del Ministro della salute in data 13 marzo 2002, con priorità, a parità di gravità dell'infermità, per i soggetti in condizioni di disagio economico accertate mediante l'utilizzo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109](#), e successive modificazioni ⁽¹¹⁸⁾.

3. L'ulteriore indennizzo previsto dall'[articolo 4 del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 3 febbraio 2006, n. 27](#), è da intendersi concedibile, nei limiti dell'autorizzazione di spesa recata dal citato articolo 4, anche ai soggetti emofilici di cui al medesimo articolo, per i quali, pur in assenza di ascrizione tabellare ai sensi della [legge 25 febbraio 1992, n. 210](#), sia stato comunque riconosciuto dalla competente commissione medico ospedaliera il nesso tra la trasfusione, o la somministrazione di emoderivati infetti, e la patologia riscontrata.

4. L'assegno *una tantum* aggiuntivo previsto dall'[articolo 4 della legge 29 ottobre 2005, n. 229](#), da corrispondersi per la metà al soggetto danneggiato e per l'altra metà ai congiunti che prestano od abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e continuativa, nel caso in cui il danneggiato sia minore di età od incapace di intendere e di volere è corrisposto interamente ai congiunti che prestano od abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e

per le transazioni.

continuativa.

5. Ai soggetti già deceduti alla data di entrata in vigore della [legge n. 229 del 2005](#), e che siano già titolari dell'indennizzo previsto ai sensi della [legge 25 febbraio 1992, n. 210](#), e successive modificazioni, è corrisposto in favore degli «aventi diritto», su domanda degli interessati da prodursi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, un assegno una tantum il cui importo è definito, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, secondo criteri di analogia all'assegno una tantum di cui all'[articolo 1, comma 3, della legge n. 229 del 2005](#). A tale fine è autorizzata la spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2007. Ai fini del presente articolo sono considerati «aventi diritto», nell'ordine, i seguenti soggetti: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro ⁽¹¹⁹⁾.

(116) Rubrica così modificata dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(117) Comma così sostituito dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#).

(118) Comma così sostituito dalla [legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222](#). In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il [D.M. 28 aprile 2009, n. 132](#).

(119) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il [D.M. 28 gennaio 2009](#).

Assegno una tantum in favore degli aventi diritto: autorizzazione di spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2007.

LEGGE 24 dicembre 2007, n. 244

**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
(legge finanziaria 2008)**

Testo aggiornato il 22 marzo 2010

DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche Sociali

TESTO	ASPETTI ATTUATIVI
Art. 1. Disposizioni in materia di entrata, nonché disposizioni concernenti le seguenti Missioni: Organi costituzionali, a rilevanza costituzionale e Presidenza del Consiglio dei Ministri; Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali	
1. 197. Al citato testo unico di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917</i> , sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 10, comma 1, la lettera <i>e-ter</i>) è sostituita dalla seguente: « <i>e-ter</i>) i contributi versati, fino ad un massimo di euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del <i>decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i> , e	Il tetto per la detraibilità del contributo versato ai fondi integrativi del SSN è fissato ad un massimo di euro 3.615,20. Con DM Salute, da emanarsi entro 60 giorni, saranno individuati prestazioni ed

<p>successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a). Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'articolo 12, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito»;</p> <p>b) all'articolo 51, comma 2, la lettera a) è sostituita dalla seguente:</p> <p>«a) i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)».</p>	<p>ambiti di intervento interessati anche sulla base dei contributi previdenziali e assistenziali versati dal lavatore e dal datore di lavoro.</p>
<p>1. 198. Sino alla data di entrata in vigore del decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è prorogata l'efficacia di quanto stabilito dal comma 399 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296.</p>	
<p>1. 376. Il numero dei Ministeri è stabilito in tredici. Il numero totale dei componenti del Governo a qualsiasi titolo, ivi compresi Ministri senza portafoglio, vice Ministri e Sottosegretari, non può essere superiore a</p>	<p>Norme sulla formazione e composizione del Governo</p> <p>Previsione per il successivo Governo di 12 Ministeri con</p>

<p>sessantacinque e la composizione del Governo deve essere coerente con il principio sancito nel secondo periodo del primo comma dell'articolo 51 della Costituzione ⁽¹⁰⁶⁾.</p> <p>(106) Comma prima sostituito dal comma 1 dell'<i>art. 1, L. 13 novembre 2009, n. 172</i> e poi così modificato dal comma 3-bis dell'<i>art. 15, D.L. 30 dicembre 2009, n. 195</i>, aggiunto dalla relativa legge di conversione.</p>	<p>l'accorpamento Lavoro, Salute e Politiche Sociali in un unico dicastero del Welfare.</p>
<p>1. 377. A far data dall'applicazione, ai sensi del comma 376, del <i>decreto legislativo n. 300 del 1999</i> sono abrogate le disposizioni non compatibili con la riduzione dei Ministeri di cui al citato comma 376, ivi comprese quelle di cui al <i>decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 3 agosto 2001, n. 317</i>, e successive modificazioni, e al <i>decreto-legge 18 maggio 2006, n. 181</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 17 luglio 2006, n. 233</i>, e successive modificazioni, fatte comunque salve le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2, 2-bis, 2-ter, 2-quater, 2-quinquies, 10-bis, 10-ter, 12, 13-bis, 19, lettera a), 19-bis, 19-quater, 22, lettera a), 22-bis, 22-ter e 25-bis, del medesimo <i>decreto-legge n. 181 del 2006</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge n. 233 del 2006</i>, e successive modificazioni ⁽¹⁰⁷⁾.</p> <hr/> <p>(107) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi il comma 2 dell'<i>art. 1, D.L. 23 maggio 2008, n. 90</i>.</p>	

<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>Disposizioni concernenti le seguenti Missioni: Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali; L'Italia in Europa e nel mondo; Difesa e sicurezza del territorio; Giustizia; Ordine pubblico e sicurezza; Soccorso civile; Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca; Energia e diversificazione delle fonti energetiche; Competitività e sviluppo delle imprese; Diritto alla mobilità; Infrastrutture pubbliche e logistica; Comunicazioni; Commercio internazionale ed internazionalizzazione del sistema produttivo; Ricerca e innovazione; Sviluppo sostenibile e tutela del territorio e dell'ambiente; Tutela della salute; Tutela e valorizzazione dei beni e attività culturali e paesaggistici; Istruzione scolastica; Istruzione universitaria; Diritti sociali, solidarietà sociale e famiglia; Politiche previdenziali; Politiche per il lavoro; Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti; Sviluppo e riequilibrio territoriale; Giovani e sport; Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche</p>	
<p>2. 46. In attuazione degli accordi sottoscritti tra lo Stato e le regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia ai sensi dell'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, con i quali le regioni interessate si obbligano al risanamento strutturale dei relativi servizi sanitari regionali, anche attraverso la ristrutturazione dei debiti contratti, lo Stato è autorizzato ad anticipare alle predette regioni, nei limiti di un ammontare complessivamente non superiore a 9.100 milioni di euro, la liquidità necessaria per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005, determinata in base ai procedimenti indicati nei singoli piani e comunque al netto delle somme già erogate a titolo di ripiano dei disavanzi.</p> <p>2. 46-bis. Nelle more dell'emanazione del regolamento di cui all'<i>articolo</i></p>	<p style="text-align: center;">Attuazione dei piani di rientro regionali in materia sanitaria</p> <p>Anticipazione dello Stato alle Regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia con i Piani di rientro fino a 9.100 milioni di euro per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali fino al dicembre 2005.</p>

<p>62, comma 3, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, le regioni di cui al comma 46 sono autorizzate, ove sussistano eccezionali condizioni economiche e dei mercati finanziari, a ristrutturare le operazioni derivate in essere. La predetta ristrutturazione, finalizzata esclusivamente alla salvaguardia del beneficio e della sostenibilità delle posizioni finanziarie, si svolge con il supporto dell'advisor finanziario previsto nell'ambito del piano di rientro di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa autorizzazione e sotto la vigilanza del Ministero dell'economia e delle finanze ⁽¹³⁷⁾.</p> <hr/> <p>(137) Comma aggiunto dall'art. 17, comma 32, D.L. 1° luglio 2009, n. 78.</p>	
<p>2. 47. Le regioni interessate, in funzione delle risorse trasferite dallo Stato di cui al comma 46, sono tenute a restituire, in un periodo non superiore a trenta anni, le risorse ricevute. Gli importi così determinati sono acquisiti in appositi capitoli del bilancio dello Stato.</p>	<p>Restituzione delle somme in trenta anni.</p>
<p>2. 48. All'erogazione delle somme di cui ai commi 46 e 47, da accreditare su appositi conti correnti intestati alle Regioni interessate, lo Stato procede, anche in <i>tranche</i> successive, a seguito del riaccertamento definitivo e completo del debito da parte delle regioni interessate, con il supporto dell'<i>advisor</i> contabile, come previsto nei singoli piani di rientro, e della sottoscrizione di appositi contratti, che individuano le condizioni per la restituzione, da stipulare fra il Ministero dell'economia e delle finanze e ciascuna regione. All'atto dell'erogazione le regioni interessate provvedono all'immediata estinzione dei debiti pregressi per l'importo corrispondente e trasmettono tempestivamente la relativa documentazione ai Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute.</p>	<p>Appositi contratti Ministero Economia-Regione individuano le condizioni per la restituzione.</p>

<p>2. 49. In presenza della sottoscrizione dell'accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, alle regioni interessate che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007 spetta l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato previsto per l'anno di riferimento dalla legislazione vigente, nei termini stabiliti dal relativo piano.</p>	<p>Alle Regioni con i piani di rientro che non abbiano rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti al 2007 spetta l'accesso al finanziamento integrativo nei termini stabiliti dal Piano.</p>
---	--

<p>2. 52. La ripartizione delle risorse rivenienti dalle riduzioni annuali di cui all'articolo 1, comma 320, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, può essere effettuata anche sulla base di intese tra lo Stato e le regioni, concluse in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.</p>	<p>Condizione di accesso al Fondo di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006 (Federalismo fiscale)</p> <p>Attuazione del Dlgs 56/2000 per lo sblocco delle risorse degli anni 2005 e 2006 tramite le intese già sancite in Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>2. 53. La disposizione di cui al comma 52 si applica anche in relazione alle ripartizioni di risorse concernenti gli anni 2005 e 2006 e sono fatti salvi gli atti già compiuti in conformità ad essa presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.</p>	
<p>2. 54. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del decreto-legge 29 novembre 2007, n. 223.</p>	
<p>2. 279. All'articolo 1, comma 796, lettera n), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole: «20 miliardi di euro» sono sostituite dalle seguenti: «23 miliardi di euro».</p>	<p>Edilizia scolastica, penitenziaria e sanitaria</p> <p>23 miliardi di euro per l'edilizia sanitaria.</p>
<p>2. 280. All'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) nel secondo periodo, dopo le parole: «Il maggior importo di cui alla presente lettera è vincolato» sono inserite le seguenti: «per 100 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finalizzato al potenziamento delle "unità di risveglio dal coma"; per 7 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati al potenziamento e alla creazione di unità di</p>	<p>Sono previste per il maggior importo finalizzazioni per l'ammodernamento tecnologico delle strutture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 milioni per unità di risveglio dal coma; - 7 milioni per unità di terapia intensiva neonatale; - 3 milioni per screening neonatali allargati per patologie metaboliche ereditarie

terapia intensiva neonatale (TIN); per 3 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati all'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di "massa tandem", per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci;»⁽²⁰⁵⁾;

b) nel secondo periodo, le parole: «100 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative» sono sostituite dalle seguenti: «150 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti»⁽²⁰⁶⁾;

c) dopo il secondo periodo sono inseriti i seguenti: «Nella sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, è data, inoltre, priorità agli interventi relativi ai seguenti settori assistenziali, tenuto conto delle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale: realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali. Il Ministero della salute, attraverso la valutazione preventiva dei programmi di investimento e il monitoraggio della loro attuazione, assicura il raggiungimento dei predetti obiettivi prioritari, verificando nella programmazione regionale la copertura del fabbisogno relativo anche attraverso i precedenti programmi di investimento».

(205) La Corte costituzionale, con [sentenza 1-2 aprile 2009, n. 99](#) (Gazz.

150 milioni di euro per cure palliative

Priorità negli accordi di programma per la realizzazione di strutture territoriali, residenziali e semiresidenziali.

Monitoraggio dell'attuazione al Ministero della Salute.

Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni 28 febbraio 2008.
A seguito della Sentenza della Corte Costituzionale n. 45/2008 che ha dichiarato illegittimi i vincoli previsti dall'art. 1 comma 796 lett. n, della legge n. 296/2006 è stata sancita nuova Intesa Stato-Regioni il 18 settembre 2008.

Uff. 8 aprile 2009, n. 14 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità della presente lettera.	
(206) La Corte costituzionale, con sentenza 1-2 aprile 2009, n. 99 (Gazz. Uff. 8 aprile 2009, n. 14 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità della presente lettera.	
2. 281. Per gli interventi di cui ai commi 276, 279 e 280 gli stanziamenti previsti sono subordinati a verifiche energetiche, sia che vengano inseriti in accordi di programma, sia in altri programmi per l'ottenimento di finanziamenti pubblici; tali interventi devono prevedere misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili, nonché di risparmio idrico.	
2. 282. Per le nuove costruzioni che rientrano fra gli edifici di cui al decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192 , e successive modificazioni, il rilascio del certificato di agibilità al permesso di costruire è subordinato alla presentazione della certificazione energetica dell'edificio.	
2. 283. Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 , e successive modificazioni, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla legislazione vigente e delle risorse finanziarie di cui alla lettera c):	<p style="text-align: center;">Medicina penitenziaria</p> <p>Con DPCM entro tre mesi su proposta Ministero Salute e Giustizia di concerto con Ministero Economia e Ministero riforme d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni verrà data attuazione al Dlgs 230/1999 che prevede il trasferimento al SSN delle funzioni assistenziali a tutti i detenuti.</p> <p><i>Intesa Conferenza Stato-Regioni 20 marzo 2008 e successivo DPCM 1 aprile 2008</i></p>

<p>a) il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309</i>, e successive modificazioni, e per il collocamento nelle medesime comunità dei minorenni e dei giovani di cui all'<i>articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272</i>, disposto dall'autorità giudiziaria;</p> <p>b) le modalità e le procedure, secondo le disposizioni vigenti in materia, previa concertazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei rapporti di lavoro in essere, anche sulla base della legislazione speciale vigente, relativi all'esercizio di funzioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, con contestuale riduzione delle dotazioni organiche dei predetti Dipartimenti in misura corrispondente alle unità di personale di ruolo trasferite al Servizio sanitario nazionale;</p> <p>c) il trasferimento al Fondo sanitario nazionale per il successivo riparto tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse finanziarie, valutate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, di cui quanto a 147,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2008 a valere sullo stato di previsione del Ministero della giustizia e quanto a 10 milioni di euro per l'anno 2008, 15 milioni di euro per l'anno 2009 e 20 milioni di euro a decorrere</p>	<p>Trasferimento al Fondo sanitario di 157,8 milioni di euro per l'anno 2008; 162,8 per l'anno 2009 e 167,8 a decorrere dall'anno 2010.</p>
---	--

<p>dall'anno 2010 a valere sullo stato di previsione del Ministero della salute;</p> <p>d) il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia afferenti alle attività sanitarie;</p> <p>e) i criteri per la ripartizione tra le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse finanziarie complessive, come individuate alla lettera c), destinate alla sanità penitenziaria ⁽²⁰⁷⁾.</p> <hr/> <p><i>(207) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.P.C.M. 1° aprile 2008.</i></p>	<p>Trasferimento di attrezzature, arredi e beni strumentali.</p>
<p>2. 284. Nelle more del definitivo trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, del personale e delle risorse in materia di medicina penitenziaria, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere la funzione di uffici erogatori per quanto di rispettiva competenza e sono prorogati i rapporti di incarico, di collaborazione o convenzionali del personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena, non appartenente ai ruoli organici dell'amministrazione penitenziaria, in corso alla data del 28 settembre 2007.</p>	<p>Nelle more del trasferimento sono prorogati incarichi, collaborazioni e consulenze in corso alla data del 28 settembre 2007.</p>
<p>2. 307. Per consentire ai centri regionali per i trapianti di cui all'<i>articolo 10 della legge 1° aprile 1999, n. 91</i>, l'effettuazione di controlli e interventi finalizzati alla promozione e alla verifica della sicurezza della rete trapiantologica, è autorizzata, a partire dal 2008, la spesa di euro</p>	<p>Promozione e sicurezza della rete trapiantologia</p> <p>700.000 euro per verifiche della sicurezza della rete trapiantologia da ripartirsi fra le Regioni con DM salute di concerto con economia.</p>

<p>700.000. Le risorse di cui al presente comma sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione, a decorrere dal 2008, dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), del <i>decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 26 maggio 2004, n. 138</i>.</p>	
<p>2. 308. Al fine di razionalizzare i costi e ottimizzare l'impiego dei fondi di funzionamento, nonché di organizzare le risorse umane e logistiche necessarie al conseguimento degli obiettivi di sanità pubblica attribuitigli dalla legge, il Centro nazionale per i trapianti, istituito con <i>legge 1° aprile 1999, n. 91</i>, ai fini dell'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi, tessuti e cellule, fatta salva la disciplina prevista dalla <i>legge 21 ottobre 2005, n. 219</i>, può:</p> <p>a) stipulare accordi di collaborazione e convenzioni con amministrazioni pubbliche, enti, istituti, associazioni ed altre persone giuridiche pubbliche o private, nazionali, comunitarie o internazionali;</p> <p>b) stipulare, nei limiti del finanziamento costituito dai fondi istituzionali e da quelli provenienti da programmi di ricerca nazionali ed internazionali, contratti di lavoro secondo le modalità previste dalle norme vigenti nella pubblica amministrazione, ivi compresa quella di cui all'articolo 15-septies del <i>decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i>, e successive modificazioni, in quanto compatibile.</p>	<p>Il Centro trapianti può stipulare accordi e convenzioni con enti ed istituti nazionali ed internazionali e stipulare contratti di lavoro nei limiti del finanziamento.</p>
<p>2. 313. A decorrere dall'anno 2008, una quota, non inferiore al 10 per cento, dello stanziamento complessivo del Fondo per gli investimenti nella ricerca scientifica e tecnologica (FIRST) di cui all'articolo 1, comma 870, della <i>legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, è destinata ai progetti</p>	<p>Disposizioni in favore dei giovani ricercatori</p> <p>Dal 2008 almeno il 10% del FIRST è destinato a progetti di ricercatori inferiori ai 40 anni.</p>

di ricerca di base presentati da ricercatori di età inferiore ai quaranta anni operanti a qualunque titolo in attività di ricerca e previamente valutati, secondo il metodo della valutazione tra pari, da un comitato. Detto comitato è composto da ricercatori, di nazionalità italiana o straniera, di età inferiore ai quaranta anni e riconosciuti di livello eccellente sulla base di indici bibliometrici, quali l'impact factor ed il citation index, e operanti presso istituzioni ed enti di ricerca, almeno per la metà non italiani, che svolgono attività nei settori disciplinari relativi alla ricerca scientifica e tecnologica.	
2. 314. L'attuazione del comma 313 è demandata ad apposito decreto del Ministro dell'università e della ricerca, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto dei criteri stabiliti dal regolamento di cui all' <i>articolo 1, comma 873, della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i> .	
2. 315. All'onere derivante dall'istituzione e dal funzionamento del comitato di cui al comma 313, quantificato nel limite massimo di 100.000 euro annui, si provvede mediante incremento, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, delle aliquote di base di cui all' <i>articolo 5 della legge 7 marzo 1985, n. 76</i> , per il calcolo dell'imposta sui tabacchi lavorati destinati alla vendita al pubblico nel territorio soggetto a monopolio.	
2. 316. All' <i>articolo 1, comma 814, della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i> , nel primo periodo, le parole: «Per gli anni 2007 e 2008» sono sostituite dalle seguenti: «A decorrere dall'anno 2007» e le parole: «non inferiore al 5 per cento è destinata, in via sperimentale,» dalle seguenti: «non inferiore al 5 per cento relativamente al 2007 e al 10 per cento a partire dal 2008 è destinata».	Disposizioni in favore di giovani ricercatori nel settore sanitario

<p>2. 317. All'articolo <i>1, comma 815</i>, della <i>legge n. 296 del 2006</i>, le parole: «per ciascuno degli anni 2007 e 2008» sono sostituite dalla seguente: «annui».</p>	
<p>2. 348. In nessun caso il medico curante può prescrivere, per il trattamento di una determinata patologia, un medicinale di cui non è autorizzato il commercio quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda. Parimenti, è fatto divieto al medico curante di impiegare, ai sensi dell'articolo <i>3, comma 2</i>, del <i>decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 8 aprile 1998, n. 94</i>, un medicinale industriale per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'articolo <i>1, comma 4</i>, del <i>decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536</i>, convertito dalla <i>legge 23 dicembre 1996, n. 648</i>, qualora per tale indicazione non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda.</p>	<p style="text-align: center;">Disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci</p> <p>Divieto di prescrizione da parte del medico di un medicinale sul quale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda.</p>
<p>2. 349. Ai fini delle decisioni da assumere ai sensi dell'articolo <i>1, comma 4</i>, del <i>decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536</i>, convertito dalla <i>legge 23 dicembre 1996, n. 648</i>, e dell'articolo 2, comma 1, ultimo periodo, del <i>decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 8 aprile 1998, n. 94</i>, la Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco, subentrata nelle competenze della Commissione unica del farmaco, valuta, oltre ai profili di sicurezza, la presumibile efficacia del medicinale, sulla base dei dati disponibili delle sperimentazioni cliniche già concluse, almeno di fase seconda.</p>	<p>Le valutazioni sono affidate alla Commissione tecnica scientifica dell'Aifa.</p>
<p>. 350. Le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, legittimamente in possesso di ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) ovvero in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, per un loro congiunto,</p>	<p style="text-align: center;">Disposizioni per il recupero dei medicinali</p> <p>Le confezioni di medicinali valide, integre e ben conservate in</p>

<p>dall'azienda sanitaria locale (ASL) o da una organizzazione non lucrativa avente finalità di assistenza sanitaria, possono essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL o della stessa organizzazione non lucrativa, qualora, rispettivamente, non siano reclamate dal detentore all'atto della dimissione dalla RSA o, in caso di suo decesso, dall'erede, ovvero siano restituite dalla famiglia che ha ricevuto l'assistenza domiciliare alla ASL o all'organizzazione non lucrativa.</p>	<p>possesso degli ospiti delle Rsa o dei loro familiari possono essere riutilizzate negli stessi ambiti.</p>
<p>. 351. Al di fuori dei casi previsti dal comma 350, le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, ad esclusione di quelle per le quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate, possono essere consegnate dal detentore che non abbia più necessità di utilizzarle ad organizzazioni senza fini di lucro, riconosciute dalle regioni e province autonome, aventi finalità umanitarie o di assistenza sanitaria.</p>	<p>Le confezioni di medicinali valide, integre e ben conservate possono essere consegnate dal detentore che non abbia necessità di utilizzarle a organizzazioni senza fini di lucro con finalità assistenziali.</p>
<p>2. 352. Ai fini del loro riutilizzo, le confezioni di medicinali di cui ai commi 350 e 351 sono prese in carico da un medico della struttura od organizzazione interessata, che provvede alla loro verifica, registrazione e custodia. Le disposizioni di cui ai commi da 350 al presente comma si applicano anche a medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope.</p>	
<p>2. 353. L'adempimento ai fini dell'accesso agli importi di cui all'<i>articolo 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata nell'esercizio 2007, s'intende rispettato alle seguenti condizioni:</p> <p>a) con riferimento al superamento del tetto del 13 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata, alla verifica del conseguimento degli effetti finanziari delle misure di contenimento della spesa farmaceutica adottate nell'anno 2007, negli importi definiti e comunicati alle regioni</p>	<p>Modalità e condizioni per l'accesso alla quota premiale per l'anno 2007 (1.400 milioni di euro).</p> <p>Tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata</p>

<p>dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera l), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per l'anno 2005, ovvero, per le regioni che hanno sottoscritto un accordo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, negli importi programmati nei piani di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico. La verifica del conseguimento degli effetti finanziari delle misure adottate dalle regioni è effettuata dal predetto Tavolo di verifica degli adempimenti, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia italiana del farmaco;</p> <p>b) con riferimento al superamento della soglia del 3 per cento per la spesa farmaceutica non convenzionata, alla verifica dell'idoneità e della congruità del processo attuativo dei Piani di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera adottati dalle regioni. La predetta verifica è effettuata congiuntamente dal Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvalgono del supporto tecnico dell'Agenzia italiana del farmaco.</p>	<p>La verifica degli effetti finanziarie delle misure adottate dalle Regioni è effettuata dal Tavolo tecnico di verifica egli adempimenti con il supporto tecnico dell'Aifa.</p> <p>Soglia del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata.</p> <p>La verifica dell'idoneità e della congruità dei Piani di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera è effettuata congiuntamente dal Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti con il supporto dell'AIFA.</p>
<p>2. 354. Per il consolidamento e il rafforzamento delle strutture e dell'attività dell'assistenza domiciliare oncologica effettuata dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori è autorizzata l'erogazione di un ulteriore contributo straordinario pari ad 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.</p>	<p>Contributo straordinario alla Lega Tumori di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.</p>
<p>2. 355. È istituito presso il Ministero della salute, senza oneri per la finanza pubblica, un registro dei dottori in chiropratica. L'iscrizione al suddetto registro è consentita a coloro che sono in possesso di diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. Il laureato in chiropratica ha il titolo di dottore in chiropratica ed esercita le sue mansioni liberamente come professionista sanitario di grado primario nel</p>	<p>Istituzione presso il Ministero della Salute del registro di dottori in chiropratica.</p>

<p>campo del diritto alla salute, ai sensi della normativa vigente. Il chiropratico può essere inserito o convenzionato nelle o con le strutture del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme previsti dall'ordinamento. Il regolamento di attuazione del presente comma è emanato, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'<i>articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400</i>, dal Ministro della salute.</p>	
<p>2. 356. Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, di cui al decreto interministeriale 26 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 231 del 4 ottobre 2007, assume la denominazione di «Autorità nazionale per la sicurezza alimentare» e, a decorrere dal 15 gennaio 2008, si trasforma in «Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare», con sede in Foggia, che è posta sotto la vigilanza del Ministero della salute. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, sono stabilite le norme per l'organizzazione, il funzionamento e l'amministrazione dell'Agenzia. Per lo svolgimento delle attività e il funzionamento dell'Agenzia è autorizzato un contributo di 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 e di 1,5 milioni di euro per l'anno 2010 ⁽²²³⁾.</p> <p>_____</p> <p><i>(223)</i> Comma così sostituito dall'<i>art. 11, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248</i>, come sostituito dalla relativa legge di conversione.</p>	<p style="text-align: center;">Sicurezza alimentare</p> <p>L'autorità nazionale per la sicurezza alimentare si avvale di una sede referente nella città di Foggia.</p> <p>Contributo di 2,5 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 e 1,5 per il 2010.</p>
<p>2. 357. Il sistema nazionale di educazione continua in medicina (ECM) è disciplinato secondo le disposizioni di cui all'accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 1° agosto 2007, recante il riordino del sistema di formazione continua in medicina. In particolare, la</p>	<p style="text-align: center;">Disposizioni relative al sistema nazionale di ECM</p> <p>L'accordo stipulato in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2007 viene recepito: la gestione amministrativa del programma di ECM</p>

<p>gestione amministrativa del programma di ECM e il supporto alla Commissione nazionale per la formazione continua di cui all'<i>articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i>, e successive modificazioni, sono trasferiti all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, istituita dall'<i>articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266</i>, e successive modificazioni, che, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, assume la denominazione di Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. La Commissione nazionale per la formazione continua, che svolge le funzioni e i compiti indicati nel citato accordo del 1° agosto 2007, è costituita con decreto del Ministro della salute nella composizione individuata nel predetto accordo. Concorrono, altresì, alla piena realizzazione del nuovo sistema di ECM gli ulteriori organismi previsti dal citato accordo, secondo le competenze da esso attribuite.</p>	<p>ed il supporto alla Commissione sono trasferiti all'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Tale Agenzia con l'entrata in vigore della legge finanziaria si chiamerà Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali .</p>
<p>2. 358. Per favorire l'attivazione dei nuovi servizi, l'Agenzia di cui al comma 357 può avvalersi, ai sensi dell'<i>articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127</i>, di personale non dirigenziale di ruolo in posizione di comando dipendente dal Ministero della salute e dalle altre pubbliche amministrazioni di cui all'<i>articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</i>, e successive modificazioni, per un contingente massimo di quindici unità. Il Ministro della salute può altresì disporre presso l'Agenzia, per periodi massimi di due anni e con le modalità previste all'<i>articolo 1, comma 308, della legge 23 dicembre 2005, n. 266</i>, distacchi non rinnovabili fino a un massimo di quindici unità di personale dipendente del Ministero della salute. I contributi alle spese previsti all'<i>articolo 92, comma 5, della legge 23 dicembre 2000, n. 388</i>, affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia ai fini della copertura degli oneri dalla stessa sostenuti, ivi incluse le spese di</p>	<p>Per tali nuovi incarichi l'Agenzia può avvalersi di personale non dirigenziale comandato dal Ministero della Salute o da altre amministrazioni pubbliche per un massimo di 15 unità. Possibili ulteriori distacchi dal Ministero.</p> <p>I contributi versati per l'accreditamento delle attività formative affluiscono nelle casse dell'Agenzia.</p>

funzionamento della Commissione nazionale per la formazione continua e degli ulteriori organismi previsti dal citato Accordo del 1° agosto 2007 nonché le spese per il personale derivanti dall'attuazione dei commi da 357 a 360.	
2. 359. Per consentire all'Agenzia di cui al comma 357 di fare fronte tempestivamente e con completezza agli ulteriori compiti istituzionali, la dotazione organica del relativo personale è determinata in sessanta unità di personale di ruolo, di cui quarantotto unità di personale non dirigente e dodici dirigenti. L'Agenzia è autorizzata a procedere alla copertura dei posti di nuova istituzione, nei limiti della dotazione organica rideterminata dal presente comma e del finanziamento complessivo di cui all' <i>articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266</i> , come sostituito dall' <i>articolo 2, comma 4, del decreto-legge 19 febbraio 2001, n. 17</i> , convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 28 marzo 2001, n. 129</i> , integrato dai contributi di cui al comma 358.	La dotazione massima di personale è di 60 unità.
2. 360. Sono abrogate le disposizioni di cui all' <i>articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i> , e successive modificazioni, incompatibili con i commi da 357 al presente comma e le disposizioni di cui al primo periodo del comma 4 dell' <i>articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266</i> , e successive modificazioni.	
. 361. Per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti, è autorizzata la spesa di 180 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2008.	Disposizioni a favore dei soggetti danneggiati in ambito sanitario A decorrere dal 2008 sono stanziati 180 milioni di euro per le transazioni dai danni da trasfusione o emoderivati infetti.

2. 362. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono fissati i criteri in base ai quali sono definite, nell'ambito di un piano pluriennale, le transazioni di cui al comma 361 e, comunque, nell'ambito della predetta autorizzazione, in analogia e coerenza con i criteri transattivi già fissati per i soggetti emofilici dal decreto del Ministro della salute 3 novembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 2 dicembre 2003, sulla base delle conclusioni rassegnate dal gruppo tecnico istituito con decreto del Ministro della salute in data 13 marzo 2002, con priorità, a parità di gravità dell'infermità, per i soggetti in condizioni di disagio economico accertate mediante l'utilizzo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109*, e successive modificazioni ⁽²²⁴⁾.

(224) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 28 aprile 2009, n. 132*.

2. 363. L'indennizzo di cui all'articolo 1 della *legge 29 ottobre 2005, n. 229*, è riconosciuto, altresì, ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione dell'omonimo farmaco, nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della macromelia ⁽²²⁵⁾.

(225) Vedi, anche, i commi 1-bis e 1-ter dell'art. 31, *D.L. 30 dicembre*

Con decreto del Ministero della Salute di concerto con Ministero dell'Economia vengono fissati i criteri e le priorità.

<p>2008, n. 207, aggiunto dalla relativa legge di conversione. Per il regolamento di esecuzione del presente comma vedi il D.M. 2 ottobre 2009, n. 163.</p> <hr/> <p>2. 364. Per la copertura degli oneri di cui al comma 361, nonché al fine di assicurare ulteriori maggiori entrate pari a 140 milioni di euro per l'anno 2008 e a 280 milioni di euro a decorrere dall'anno 2009, si provvede, tenuto conto delle modifiche dei prezzi di vendita al pubblico dei tabacchi lavorati eventualmente intervenute ai sensi dell'articolo 2 della legge 13 luglio 1965, n. 825, e successive modificazioni, alle occorrenti variazioni dell'aliquota di base della tassazione dei tabacchi lavorati di cui all'articolo 5 della legge 7 marzo 1985, n. 76, e successive modificazioni, adottate ai sensi dell'articolo 1, comma 485, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.</p> <hr/> <p>2. 365. Una quota delle maggiori entrate derivanti dal comma 364, pari a 140 milioni di euro per l'anno 2008 e a 280 milioni di euro a decorrere dall'anno 2009, è iscritta nel Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.</p>	<p>I relativi oneri saranno ricavati dalla tassazione sui tabacchi.</p>
<p>2. 366. Al fine di assicurare l'espletamento delle attività che la associazione italiana della Croce rossa svolge in regime convenzionale nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari, i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati sulla base delle convenzioni sono confermati per la durata delle convenzioni medesime. In tutti gli altri casi restano ferme le</p>	<p>Croce rossa</p> <p>I contratti di lavoro a tempo determinato sono confermati per la durata delle convenzioni.</p>

limitazioni previste dalla presente legge in materia di lavoro flessibile. Alla copertura dell'onere relativo la associazione italiana della Croce rossa provvede nell'ambito delle risorse finanziarie previste dalle convenzioni e in ogni caso senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica ⁽²²⁶⁾.

(226) Vedi, anche, l'art. 28, *L. 18 giugno 2009, n. 69*.

2. 367. Nei confronti del personale di cui al comma 366 trovano applicazione le disposizioni dei commi 90, 92 e 94 dell'articolo 3 della presente legge. Per i soggetti in possesso dei prescritti requisiti che non possono essere stabilizzati per mancanza di disponibilità di posti vacanti nell'organico della associazione italiana della Croce rossa, nel rispetto della vigente normativa in materia di assunzioni, si procede ad un graduale assorbimento del personale presso gli enti del Servizio sanitario nazionale e presso le regioni, tenuto conto delle qualifiche e dei profili professionali e nel rispetto delle procedure previste per le altre pubbliche amministrazioni e dei vincoli di contenimento delle spese di personale cui sono sottoposti i predetti enti, sulla base di un protocollo da stipulare con le regioni nelle competenti sedi istituzionali, su proposta del Ministero della salute di concerto con la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della funzione pubblica e con il Ministero dell'economia e delle finanze. Con tale protocollo sono anche definiti gli aspetti relativi al rinnovo delle convenzioni di cui al comma 366, allo scopo di assicurare la continuità del servizio attraverso la proroga dei contratti di lavoro in essere.

<p>2. 372. A valere sulle risorse dell'apposito fondo da ripartire istituito presso lo stato di previsione del Ministero della salute ai sensi del comma 616, una quota delle medesime risorse pari al 50 per cento per l'anno 2008 è destinata alla concessione, con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di un contributo finanziario alle regioni e alle province autonome finalizzato ad agevolare la diffusione tra le dodicenni della vaccinazione HPV basata sull'offerta attiva del vaccino.</p>	<p style="text-align: center;">Vaccinazione HPV</p> <p>Il 50% del fondo istituito presso lo stato di previsione del Ministero della Salute costituirà contributo finanziario alle Regioni e Province autonome per la vaccinazione HPV tra le dodicenni. Il Fondo verrà ripartito con DM d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>2. 374. Per gli anni 2008 e 2009, l'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'<i>articolo 1, comma 806, della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, da assegnare alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale è prioritariamente finalizzato:</p> <p><i>a)</i> alla sperimentazione del modello assistenziale «case della salute»;</p> <p><i>b)</i> alle malattie rare;</p> <p><i>c)</i> all'implementazione della rete delle unità spinali unipolari e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi;</p> <p><i>d)</i> all'attuazione del Patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;</p> <p><i>e)</i> alla promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute</p>	<p style="text-align: center;">Disposizioni attuative del Piano sanitario Nazionale</p> <p>L'importo di 60,5 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 previsto nella finanziaria 2007 da assegnare alle Regioni e alle Province autonome con DM salute previa intesa in Conferenza Stato-Regioni è finalizzato prioritariamente per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione “case di cura” - malattie rare - unità spinali e cerebrolesi - sicurezza sui luoghi di lavoro - integrazione dipartimenti salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari - attuazione documento guadagnare salute

<p>i laureati in medicina e chirurgia. I laureati di cui al primo periodo, che superano il concorso ivi previsto, sono ammessi alle scuole di specializzazione a condizione che conseguano l'abilitazione per l'esercizio dell'attività professionale, ove non ancora posseduta, entro la data di inizio delle attività didattiche di dette scuole immediatamente successiva al concorso espletato ⁽²⁴⁴⁾.</p> <hr/> <p>(244) Comma così sostituito dall'art. 7, <i>D.L. 1° settembre 2008, n. 137</i>, come modificato dalla relativa legge di conversione.</p>	<p>che devono sostenere solo la prova finale.</p>
<p>2. 436. È autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 quale contributo per il funzionamento del centro di ricerca CEINGE – Biotecnologie avanzate Scarl di Napoli, a sostegno di attività infrastrutturali di trasferimento tecnologico e di ricerca e formazione, da destinare secondo le indicazioni del Ministro dello sviluppo economico, anche attraverso accordi di programma con altri Ministeri interessati ⁽²⁴⁷⁾.</p> <hr/> <p>(247) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al <i>D.L. 27 maggio 2008, n. 93</i>.</p>	<p>Contributo di 3 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 per il centro ricerche Ceinge Biotecnologie avanzate Scarl di Napoli</p>
<p>2. 440. Per l'anno 2008 presso il Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo, denominato «Fondo nazionale per il risanamento degli edifici pubblici», per il finanziamento degli interventi finalizzati ad eliminare i rischi per la salute pubblica derivanti dalla presenza di amianto negli edifici pubblici.</p> <hr/>	<p>Fondo nazionale per il risanamento degli edifici pubblici</p> <p>Istituzione di un Fondo per il finanziamento di interventi volti ad eliminare i rischi per la salute pubblica derivanti dalla presenza di amianto tramite procedure individuate dai decreti del ministero della salute.</p>

2. 441. I procedimenti di rimozione o inertizzazione relativi agli interventi di cui al comma 440 avvengono secondo le procedure individuate con i decreti del Ministro della sanità 14 maggio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 25 ottobre 1996, e 20 agosto 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 249 del 22 ottobre 1999.

2. 442. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è approvato un programma decennale per il risanamento di cui ai commi da 440 a 443, prevedendo prioritariamente la messa in sicurezza degli edifici scolastici ed universitari, delle strutture ospedaliere, delle caserme, degli uffici aperti al pubblico. Con il medesimo decreto sono ripartite le risorse finanziarie a favore di interventi di competenza dello Stato e per il cofinanziamento degli interventi di competenza delle regioni in relazione ai programmi delle regioni.

2. 443. Per le finalità di cui ai commi da 440 al presente comma, il Fondo di cui al comma 444 è dotato di risorse finanziarie pari a 5 milioni di euro per l'anno 2008 ⁽²⁴⁹⁾.

(249) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al [D.L. 27 maggio 2008, n. 93](#).

Con DM Salute di concerto con Ministero Economia e d'intesa in Conferenza Stato-Regioni è approvato programma decennale per il risanamento con priorità per edifici scolastici, strutture ospedaliere, caserme, uffici aperti al pubblico.

Dotazione del fondo 5 milioni di euro per l'anno 2008.

<p>2. 462. All'articolo <i>1, comma 1251, della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, sono aggiunte le seguenti lettere:</p> <p>«<i>c-bis</i>) favorire la permanenza od il ritorno nella comunità familiare di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti in alternativa al ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie. A tal fine il Ministro delle politiche per la famiglia, di concerto con i Ministri della solidarietà sociale e della salute, promuove, ai sensi dell'articolo <i>8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131</i>, una intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del <i>decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281</i>, avente ad oggetto la definizione dei criteri e delle modalità sulla base dei quali le regioni, in concorso con gli enti locali, definiscono ed attuano un programma sperimentale di interventi al quale concorrono i sistemi regionali integrati dei servizi alla persona;</p> <p><i>c-ter</i>) finanziare iniziative di carattere informativo ed educativo volte alla prevenzione di ogni forma di abuso sessuale nei confronti di minori, promosse dall'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile di cui all'articolo 17, comma 1-<i>bis</i>, della <i>legge 3 agosto 1998, n. 269</i>».</p>	<p>Persone non autosufficienti</p> <p>Ministero della Famiglia d'intesa con Ministeri solidarietà Sociale e Salute promuovono un'intesa in Conferenza Unificata ai sensi dell'art. 8 comma 6 della l. n .131/2003 per definire criteri e modalità di programmi sperimentali di Regioni e Comuni per la permanenza o il ritorno in famiglia di persone non autosufficienti.</p> <p>Intesa Stato-Regioni 14 febbraio 2008.</p>
<p>2. 464. Per l'anno 2008 è autorizzata la spesa di 1,5 milioni di euro per il finanziamento, da parte del Ministero della solidarietà sociale, di iniziative volte alla tutela dei minori, anche disabili, in situazioni di disagio, abuso o maltrattamento, ivi compreso il sostegno all'attività dell'ente morale «SOS - Il Telefono Azzurro ONLUS»⁽²⁵¹⁾.</p> <hr/> <p>(251) Comma così sostituito dall'art. <i>11-bis, D.L. 31 dicembre 2007, n.</i></p>	<p>Telefono Azzurro</p> <p>Finanziamento per l'anno 2008 di 1,5 milioni di euro a Telefono Azzurro.</p>

<p>ciascuno degli anni 2008 e 2009 e di 10 milioni di euro a decorrere dal 2010.</p>	<p>anni 2008 e 2009 ed di 10 milioni a decorrere dal 2010.</p>
<p>2. 569. Le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, inviano, entro il 28 febbraio per l'anno 2008 ed entro il 31 dicembre per gli anni successivi, al Ministero dell'economia e delle finanze un prospetto contenente i dati relativi alla previsione annuale dei propri fabbisogni di beni e servizi, per il cui acquisto si applica il codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, conformemente alle modalità e allo schema pubblicati sul portale degli acquisti in rete del Ministero dell'economia e delle finanze e di Consip Spa.</p> <hr/> <p>2. 570. Il Ministero dell'economia e delle finanze, avvalendosi di Consip Spa, individua, sulla base delle informazioni di cui al comma 569 e dei dati degli acquisti delle amministrazioni di cui al comma 569, per gli anni 2005-2007, acquisiti tramite il Sistema di contabilità gestionale ed elaborati attraverso l'utilizzo di sistemi informativi integrati realizzati ai sensi dell'articolo 1, comma 454, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, indicatori di spesa sostenibile per il soddisfacimento dei fabbisogni collegati funzionalmente alle attività da svolgere, tenendo conto delle caratteristiche di consumo delle specifiche categorie merceologiche e dei parametri dimensionali della singola amministrazione, nonché dei dati di consuntivo.</p> <hr/> <p>2. 571. Gli indicatori ed i parametri di spesa sostenibile definiti ai sensi</p>	<p>Razionalizzazione del sistema degli acquisti di beni e servizi</p>

del comma 570 sono messi a disposizione delle amministrazioni di cui al comma 569, anche attraverso la pubblicazione sul portale degli acquisti in rete del Ministero dell'economia e delle finanze e di Consip Spa, quali utili strumenti di supporto e modelli di comportamento secondo canoni di efficienza, nell'attività di programmazione degli acquisti di beni e servizi e nell'attività di controllo di cui all'*articolo 4 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286*.

2. 572. In relazione ai parametri di prezzo-qualità di cui al comma 3 dell'*articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, il Ministero dell'economia e delle finanze, attraverso Consip Spa, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone e mette a disposizione delle amministrazioni pubbliche gli strumenti di supporto per la valutazione della comparabilità del bene e del servizio e per l'utilizzo dei detti parametri, anche con indicazione di una misura minima e massima degli stessi.

2. 573. Per raggiungere gli obiettivi di contenimento e di razionalizzazione della spesa pubblica, fermo restando quanto previsto dagli *articoli 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e 58 della *legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e dall'*articolo 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, i soggetti aggiudicatori di cui all'articolo 3, comma 25, del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al *decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*, possono ricorrere per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni stipulate da Consip Spa ai sensi dell'*articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n.*

488, nel rispetto dei principi di tutela della concorrenza.

2. 574. Fermo restando quanto previsto dagli *articoli 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e 58 della *legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e dall'*articolo 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dei prospetti contenenti i dati di previsione annuale dei fabbisogni di beni e servizi di cui al comma 569, individua, entro il mese di marzo di ogni anno, con decreto, segnatamente in relazione agli acquisti d'importo superiore alla soglia comunitaria, secondo la rilevanza del valore complessivo stimato, il grado di standardizzazione dei beni e dei servizi ed il livello di aggregazione della relativa domanda, nonché le tipologie dei beni e dei servizi non oggetto di convenzioni stipulate da Consip Spa per le quali le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, sono tenute a ricorrere alla Consip Spa, in qualità di stazione appaltante ai fini dell'espletamento dell'appalto e dell'accordo quadro, anche con l'utilizzo dei sistemi telematici ⁽²⁸⁶⁾.

(286) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 12 febbraio 2009*.

2. 575. Le dotazioni delle unità previsionali di base degli stati di previsione dei Ministeri, concernenti spese per consumi intermedi, non

aventi natura obbligatoria, sono rideterminate in maniera lineare in misura tale da realizzare complessivamente una riduzione di 545 milioni di euro per l'anno 2008, 700 milioni di euro per l'anno 2009 e 900 milioni di euro a decorrere dal 2010. Dalla predetta riduzione sono esclusi i fondi di cui all'*articolo 1, comma 601, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.

2. 576. Il Ministro dell'economia e delle finanze allega al Documento di programmazione economico-finanziaria una relazione sull'applicazione delle misure di cui ai commi da 569 a 575 e sull'entità dei risparmi conseguiti.

2. 588. A decorrere dall'anno 2008 la cilindrata media delle autovetture di servizio assegnate in uso esclusivo e non esclusivo nell'ambito delle magistrature e di ciascuna amministrazione civile dello Stato non può superare i 1.600 centimetri cubici, escludendo dal computo le autovetture utilizzate dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e per i servizi istituzionali di tutela dell'ordine, della sicurezza pubblica e della protezione civile.

2. 589. Il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (CNIPA) effettua, anche a campione, azioni di monitoraggio e verifica del rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 47 del codice dell'amministrazione digitale, di cui al *decreto legislativo 7*

Contenimento costi della amministrazioni pubbliche

[marzo 2005, n. 82](#), e successive modificazioni, nonché delle disposizioni in materia di posta elettronica certificata. Il mancato adeguamento alle predette disposizioni in misura superiore al 50 per cento del totale della corrispondenza inviata, certificato dal CNIPA, comporta, per le pubbliche amministrazioni dello Stato, comprese le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, e per gli enti pubblici non economici nazionali, la riduzione, nell'esercizio finanziario successivo, del 30 per cento delle risorse stanziare nell'anno in corso per spese di invio della corrispondenza cartacea.

2. 590. Con decreto del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro delle comunicazioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità attuative del comma 589.

2. 591. All'articolo 78 del codice dell'amministrazione digitale, di cui al citato [decreto legislativo n. 82 del 2005](#), sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:

«2-bis. Le pubbliche amministrazioni centrali e periferiche di cui all'articolo 1, comma 1, lettera z), del presente codice, inclusi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni educative e le istituzioni universitarie, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 449, secondo periodo, della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), sono tenute, a decorrere dal 1° gennaio 2008 e comunque a partire dalla scadenza dei contratti relativi ai

servizi di fonia in corso alla data predetta ad utilizzare i servizi “Voce tramite protocollo Internet” (VoIP) previsti dal sistema pubblico di connettività o da analoghe convenzioni stipulate da CONSIP.

2-ter. Il CNIPA effettua azioni di monitoraggio e verifica del rispetto delle disposizioni di cui al comma *2-bis*.

2-quater. Il mancato adeguamento alle disposizioni di cui al comma *2-bis* comporta la riduzione, nell’esercizio finanziario successivo, del 30 per cento delle risorse stanziare nell’anno in corso per spese di telefonia».

2. 592. Con decreto del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e con il Ministro delle comunicazioni, da adottare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità attuative dei commi *2-bis*, *2-ter* e *2-quater* dell’articolo 78 del citato codice di cui al [decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82](#), introdotti dal comma 591 ⁽²⁹⁰⁾.

⁽²⁹⁰⁾ In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il [D.M. 9 aprile 2009](#).

2. 593. In relazione a quanto previsto dai commi 591 e 592, le dotazioni delle unità previsionali di base degli stati di previsione dei Ministeri

concernenti spese postali e telefoniche sono rideterminate in maniera lineare in misura tale da realizzare complessivamente una riduzione di 7 milioni di euro per l'anno 2008, 12 milioni di euro per l'anno 2009 e 14 milioni di euro a decorrere dal 2010. Le altre pubbliche amministrazioni dovranno altresì adottare misure di contenimento delle suddette spese al fine di realizzare risparmi in termini di indebitamento netto non inferiori a 18 milioni di euro per l'anno 2008, a 128 milioni di euro per l'anno 2009 e a 272 milioni di euro per l'anno 2010. Al fine di garantire l'effettivo conseguimento di tali obiettivi di risparmio, in caso di accertamento di minori economie, si provvede alle corrispondenti riduzioni dei trasferimenti statali nei confronti delle pubbliche amministrazioni inadempienti.

2. 594. Ai fini del contenimento delle spese di funzionamento delle proprie strutture, le amministrazioni pubbliche di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, adottano piani triennali per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo:

a) delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;

b) delle autovetture di servizio, attraverso il ricorso, previa verifica di fattibilità, a mezzi alternativi di trasporto, anche cumulativo;

c) dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali.

2. 595. Nei piani di cui alla lettera *a*) del comma 594 sono altresì indicate le misure dirette a circoscrivere l'assegnazione di apparecchiature di telefonia mobile ai soli casi in cui il personale debba assicurare, per esigenze di servizio, pronta e costante reperibilità e limitatamente al periodo necessario allo svolgimento delle particolari attività che ne richiedono l'uso, individuando, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza dei dati personali, forme di verifica, anche a campione, circa il corretto utilizzo delle relative utenze.

2. 596. Qualora gli interventi di cui al comma 594 implicino la dismissione di dotazioni strumentali, il piano è corredato della documentazione necessaria a dimostrare la congruenza dell'operazione in termini di costi e benefici.

2. 597. A consuntivo annuale, le amministrazioni trasmettono una relazione agli organi di controllo interno e alla sezione regionale della Corte dei conti competente.

2. 599. Le amministrazioni di cui al comma 594, sulla base di criteri e modalità definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare, sentita l'Agenzia del demanio, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, all'esito della ricognizione

propedeutica alla adozione dei piani triennali di cui alla lettera c) del comma 594 provvedono a comunicare al Ministero dell'economia e delle finanze i dati relativi a:

a) i beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, sui quali vantino a qualunque titolo diritti reali, distinguendoli in base al relativo titolo, determinandone la consistenza complessiva ed indicando gli eventuali proventi annualmente ritratti dalla cessione in locazione o in ogni caso dalla costituzione in relazione agli stessi di diritti in favore di terzi;

b) i beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, dei quali abbiano a qualunque titolo la disponibilità, distinguendoli in base al relativo titolo e determinandone la consistenza complessiva, nonché quantificando gli oneri annui complessivamente sostenuti a qualunque titolo per assicurarne la disponibilità.

2. 600. Le Regioni, le province autonome e gli enti del Servizio sanitario nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adottano, secondo i propri ordinamenti, gli atti di rispettiva competenza al fine di attuare i principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica desumibili dai commi da 588 a 602 ⁽²⁹¹⁾.

(291) La Corte costituzionale, con [sentenza 16-20 novembre 2009, n. 297](#) (Gazz. Uff. 25 novembre 2009, n. 47 - Prima serie speciale), ha

Le Regioni, le Province autonome e gli enti del Servizio Sanitario nazionale adottano gli atti di propria competenza per l'attuazione di principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica desumibili dai commi 588 a 602.

dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui impone alle Regioni di «attuare i principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica» desumibili dai commi da 588 a 593 dell'art. 2 della presente legge.	
<p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p style="text-align: center;">Disposizioni in materia di: Fondi da ripartire; Contenimento e razionalizzazione delle spese valide per tutte le missioni; Pubblico impiego; Norme finali</p>	
<p>. 3. L'autorizzazione di spesa di cui all'<i>articolo 47, secondo comma, della legge 20 maggio 1985, n. 222</i>, e successive modificazioni, relativamente alla quota destinata allo Stato dell'otto per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), è incrementata di 60 milioni di euro per l'anno 2008 ⁽³⁰³⁾.</p> <hr/> <p>(303) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al <i>D.L. 27 maggio 2008, n. 93</i>.</p> <hr/> <p>3. 4. Al comma 1237 dell'<i>articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, le parole: «250 milioni di euro» sono sostituite dalle seguenti: «400 milioni di euro».</p> <p>3. 5. Per l'anno finanziario 2008, fermo quanto già dovuto dai contribuenti a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche, una quota pari al cinque per mille dell'imposta netta, diminuita del credito d'imposta per redditi prodotti all'estero e degli altri crediti d'imposta</p>	<p>Destinazione della quota del cinque per mille</p>

spettanti, è destinata, nel limite dell'importo di cui al comma 8, in base alla scelta del contribuente, alle seguenti finalità:

a) sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale di cui all'articolo 10 del *decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460*, e successive modificazioni, nonché delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale, regionali e provinciali previsti dall'articolo 7, commi 1, 2, 3 e 4, della *legge 7 dicembre 2000, n. 383*, e delle associazioni riconosciute che senza scopo di lucro operano in via esclusiva o prevalente nei settori di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del *decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460*, nonché delle fondazioni nazionali di carattere culturale ⁽³⁰⁴⁾;

b) finanziamento agli enti della ricerca scientifica e dell'università;

c) finanziamento agli enti della ricerca sanitaria;

c-bis) sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute ai fini sportivi dal CONI a norma di legge ^{(305) (306)}.

(304) Lettera così modificata dal comma 1 dell'art. 45, *D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, come sostituito dalla relativa legge di conversione.

(305) Lettera aggiunta dal comma 1 dell'art. 45, *D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, come sostituito dalla relativa legge di conversione.

(306) Vedi, anche, il *D.P.C.M. 19 marzo 2008*.

3. 6. I soggetti di cui al comma 5 ammessi al riparto devono redigere, entro un anno dalla ricezione delle somme ad essi destinate, un apposito e separato rendiconto dal quale risulti, anche a mezzo di una relazione illustrativa, in modo chiaro e trasparente la destinazione delle somme ad essi attribuite.

3. 7. Con decreto di natura non regolamentare del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della solidarietà sociale, del Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabilite le modalità di richiesta, le liste dei soggetti ammessi al riparto e le modalità del riparto delle somme stesse nonché le modalità e i termini del recupero delle somme non rendicontate ai sensi del comma 6 ⁽³⁰⁷⁾.

⁽³⁰⁷⁾ In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.P.C.M. 19 marzo 2008*.

3. 8. Per le finalità di cui ai commi da 5 a 7 è autorizzata la spesa nel limite massimo di 380 milioni di euro per l'anno 2009 ⁽³⁰⁸⁾.

Con Decreto non regolamentare del Presidente del consiglio sono stabilite le modalità ed i soggetti ammessi al riparto.

<p>(308) Per l'incremento dell'autorizzazione di spesa di cui al presente comma vedi il comma 1-ter dell'art. 45, <i>D.L. 31 dicembre 2007, n. 248</i> e il comma 5 dell'art. 63-bis, <i>D.L. 25 giugno 2008, n. 112</i>, aggiunti dalle relative leggi di conversione.</p> <p>3. 9. Al fine di consentire un'efficace e tempestiva gestione del processo finalizzato alla erogazione da parte del Ministero della solidarietà sociale dei contributi del cinque per mille relativi agli anni finanziari 2006 e 2007, sono stanziati 500.000 euro a valere sulle risorse di cui al comma 1235 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, come modificato dal comma 10.</p> <hr/> <p>3. 10. Al comma 1235 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole: «parti sociali» sono aggiunte le seguenti: «e alla copertura degli oneri necessari alla liquidazione agli aventi diritto delle quote del cinque per mille relative agli anni finanziari 2006 e 2007».</p> <p>3. 11. Per lo svolgimento dell'attività di erogazione dei contributi di cui al comma 9 il Ministero della solidarietà sociale può stipulare apposite convenzioni con un intermediario finanziario.</p>	
<p>3. 79. L'articolo 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è sostituito dal seguente:</p> <p style="text-align: center;"><i>stralcio articolo</i></p> <p>10. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, in relazione al personale medico, con esclusivo riferimento alle figure infungibili, al personale infermieristico ed al personale di supporto alle attività infermieristiche,</p>	<p style="text-align: center;">Lavoro flessibile</p> <p>Possono avvalersi di forme contrattuali di lavoro flessibile per specifiche figure anche gli enti del SSN.</p>

possono avvalersi di forme contrattuali di lavoro flessibile, oltre che per le finalità di cui al comma 1, per la sostituzione di lavoratori assenti o cessati dal servizio limitatamente ai casi in cui ricorrano urgenti e indifferibili esigenze correlate alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza, compatibilmente con i vincoli previsti in materia di contenimento della spesa di personale dall'*articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.

11. Le pubbliche amministrazioni possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di programmi o attività i cui oneri sono finanziati con fondi dell'Unione europea e del Fondo per le aree sottoutilizzate. Le università e gli enti di ricerca possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di progetti di ricerca e di innovazione tecnologica i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del Fondo di finanziamento degli enti o del Fondo di finanziamento ordinario delle università. Gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di progetti di ricerca finanziati con le modalità indicate nell'articolo 1, comma 565, lettera b), secondo periodo, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*. L'utilizzazione dei lavoratori, con i quali si sono stipulati i contratti di cui al presente comma, per fini diversi determina responsabilità amministrativa del dirigente e del responsabile del progetto. La violazione delle presenti disposizioni è causa di nullità del provvedimento»⁽³⁵⁰⁾.

⁽³⁵⁰⁾ La Corte costituzionale, con *sentenza 10-11 giugno 2009, n. 175* (Gazz. Uff. 17 giugno 2009, n. 24, 1^a Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 3, comma 79, sollevata con riferimento agli artt. 32, 97, 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 della Costituzione.

Gli enti del SSN possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per progetti di ricerca .

<p>3. 85. All'articolo <i>17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66</i>, è aggiunto, in fine, il seguente comma:</p> <p>«6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».</p>	<p style="text-align: center;">Orario di lavoro - deroga</p> <p>Per il personale di ruolo del SSN in materia di orario di lavoro si fa riferimento alle disposizioni contrattuali vigenti.</p>
<p>3. 115. All'articolo <i>1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) al numero 3) della lettera c), le parole: «può essere valutata» sono sostituite dalle seguenti: «è verificata»;</p> <p>b) è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Nelle procedure di reclutamento della dirigenza sanitaria, svolte in attuazione della presente legge, il servizio prestato nelle forme previste dalla lettera a) del presente comma presso l'azienda che bandisce il concorso è valutato ai sensi degli articoli 27, 35, 39, 43, 47 e 55 del regolamento di cui al <i>decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483</i>».</p>	<p style="text-align: center;">Assunzione di personale</p> <p>Nel rispetto del tetto di spesa per il personale va verificato e valutato il lavoro dei precari anche nelle procedure di reclutamento della dirigenza medica.</p>
<p>3. 139. In relazione a quanto previsto dalle intese ed accordi di cui al comma 131, il concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria è incrementato, in via aggiuntiva, di 661 milioni di euro per l'anno 2008 e di 398 milioni di euro a decorrere dall'anno 2009.</p>	<p style="text-align: center;">Rinnovi contrattuali biennio 2006-2007</p> <p>Incremento di finanziamento per i rinnovi contrattuali biennio 2006-2007 di 661 milioni di euro per il 2008 e di 398 milioni a decorrere dall'anno 2009.</p> <p>Intesa Stato-Regioni 18 settembre 2008.</p>

L. 28-2-2008 n. 31

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria.

Pubblicata nella Gazz. Uff, n. 51 del 29 febbraio 2008, S.O.

aggiornamento 25 marzo 2010

*a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Settore Salute e Politiche Sociali*

TESTO LEGGE	ASPETTI ATTUATIVI
<p>Sezione IV - Salute</p> <p>8. <i>Piani di rientro, tariffe di prestazioni sanitarie e percorsi diagnostico-terapeutici</i> ⁽³³⁾.</p> <p>1. Ai fini del rispetto degli obiettivi di finanza pubblica e di programmazione sanitaria connessi anche all'attuazione dei piani di rientro dei disavanzi sanitari e alla stipula degli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale sono disposti i seguenti interventi:</p> <p>a) con riferimento all'anno 2007, 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 dai disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto, ai sensi dell'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, e successive modificazioni, non si applicano</p>	<p>Deroga alla disposizione (FIN 2007) relativa all'applicazione delle addizionali oltre i livelli massimi previsti della legislazione.</p>

gli effetti previsti dall'articolo 1, comma 796, lettera *b*), sesto periodo, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, limitatamente all'importo corrispondente a quello per il quale la regione ha adottato, entro il 31 dicembre 2007, misure di copertura idonee e congrue a conseguire l'equilibrio economico nel settore sanitario per il medesimo anno, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*;

b) all'*articolo 8-quinquies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, dopo la lettera *e*) è aggiunta la seguente:

«*e-bis*) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera *d*), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera *b*), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera *d*), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato»;

c) entro il 30 giugno 2008, al fine di permettere la definitiva estinzione dei crediti pregressi certi, liquidi ed esigibili vantati nei confronti dell'azienda universitaria Policlinico Umberto I, il commissario liquidatore è autorizzato ad effettuare transazioni nel limite massimo del 90 per cento del credito accertato sulla sorte

Estinzione crediti vantati nei confronti dell'azienda universitaria Policlinico Umberto I

<p>prestazioni di assistenza termale sono definite dall'accordo stipulato ai sensi dell'<i>articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323</i>. Per la revisione delle tariffe massime per le predette prestazioni di assistenza termale è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010. Al relativo onere, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»⁽³⁶⁾.</p> <hr/> <p>(33) Rubrica così sostituita dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>.</p> <p>(34) Lettera così modificata prima dal comma 8 dell'<i>art. 41, D.L. 30 dicembre 2008, n. 207</i> e successivamente dall'<i>art. 23, comma 8, D.L. 1° luglio 2009, n. 78</i>.</p> <p>(35) Comma prima rettificato con <i>Comunicato 11 gennaio 2008</i> (Gazz. Uff. 11 gennaio 2008, n. 9) e poi così sostituito dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>.</p> <p>(36) Comma così modificato dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>.</p>	<p>3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.</p>
<p style="text-align: center;">Sezione IV - Salute</p> <p>8-bis. Disposizioni inerenti alla conservazione di cellule staminali</p>	

del cordone ombelicale.

1. [È prorogato al 28 febbraio 2009 il termine di cui all'*articolo 10, comma 3, della legge 21 ottobre 2005, n. 219*, per la predisposizione, con decreto del Ministro della salute, di una rete nazionale di banche per la conservazione di cordoni ombelicali. A tal fine, e per incrementare la disponibilità di cellule staminali del cordone ombelicale ai fini di trapianto, sono autorizzati la raccolta autologa, la conservazione e lo stoccaggio del cordone ombelicale da parte di strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti il Centro nazionale trapianti e il Centro nazionale sangue. La raccolta avviene senza oneri per il Servizio sanitario nazionale e previo consenso alla donazione per uso allogenico in caso di necessità per paziente compatibile. In relazione alle attività di cui al presente articolo, il Ministro della salute, con il decreto di cui al primo periodo, regola le funzioni di coordinamento e controllo svolte dal Centro nazionale trapianti e dal Centro nazionale sangue per le rispettive competenze] ^{(37) (38)}.

(37) Comma abrogato dal comma 15 dell'*art. 35, D.L. 30 dicembre 2008, n. 207*, come sostituito dalla relativa legge di conversione.

(38) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31* e così modificato dal comma 11 dell'*art. 4-bis, D.L. 3 giugno 2008, n. 97*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. La stessa modifica era stata disposta dall'*art. 7, D.L. 30 giugno 2008, n. 113*, non convertito in legge, le cui disposizioni sono confluite nel citato articolo 4-bis.

<p style="text-align: center;">Sezione IV - Salute</p> <p>8-ter. Fondo transitorio per le regioni con elevato disavanzo sanitario.</p> <p>1. Il fondo transitorio di cui alla lettera <i>b</i>) del comma 796 dell'<i>articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, e successive modificazioni, è incrementato, per l'esercizio finanziario 2008, di 14 milioni di euro.</p> <p>2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a 14 milioni di euro per l'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando, quanto a 10 milioni di euro, l'accantonamento relativo al Ministero della giustizia e, quanto a 4 milioni di euro, l'accantonamento relativo al Ministero della solidarietà sociale ⁽³⁹⁾.</p> <hr/> <p>(39) Articolo aggiunto dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>. Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente articolo vedi l'allegato al <i>D.L. 27 maggio 2008, n. 93</i>.</p>	<p>Incremento Fondo transitorio di 14 milioni di euro</p>
<p>9. Proroghe e disposizioni in materia di farmaci.</p> <p>1. Gli effetti della facoltà esercitata dalle aziende farmaceutiche in ordine alla sospensione della riduzione del 5 per cento dei prezzi, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera <i>g</i>), della <i>legge 27 dicembre 2006, n. 296</i>, sono prorogati fino al 31 dicembre 2008 ⁽⁴⁰⁾, fermo</p>	

restando il rispetto dei risparmi programmati e, conseguentemente, dei budget assegnati alle predette aziende, in coerenza con i vincoli discendenti dai tetti di spesa stabiliti dalla vigente normativa in materia farmaceutica. Relativamente al periodo marzo-dicembre 2008, le date di scadenza delle rate per i versamenti finanziari da parte delle singole aziende alle regioni, secondo la procedura prevista dalla predetta lettera g), sono fissate al 20 marzo 2008, 20 giugno 2008 e 20 settembre 2008; le date di scadenza per l'invio degli atti che attestano il versamento alle singole regioni sono fissate al 22 marzo 2008, 22 giugno 2008 e 22 settembre 2008 ⁽⁴¹⁾.

2. Al fine di consentire alle competenti autorità dell'Amministrazione centrale di continuare a disporre di necessari elementi di conoscenza sulle dinamiche del mercato farmaceutico, le aziende farmaceutiche titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali non soggetti a prescrizione medica, disciplinati dall'*articolo 96 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, sono tenute a comunicare al Ministero della salute e all'Agenzia italiana del farmaco il prezzo massimo *ex factory* con il quale ciascun medicinale è offerto in vendita. La comunicazione deve essere rinnovata ad ogni variazione del prezzo massimo *ex factory*. In caso di inadempimento o di comunicazione non veritiera si applica la sanzione amministrativa da euro 1000 a euro 6000 per ciascun medicinale di cui sono stati omessi o alterati i dati ⁽⁴²⁾.

2-bis. Al fine di agevolare l'applicazione della disciplina prevista dall'*articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, il Ministro dello sviluppo economico, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, individua la

data di scadenza dei diritti di brevetto dei medicinali in commercio alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e pubblica la relativa lista. Ai fini della riduzione della protezione complementare, nella misura di sei mesi per ogni anno solare, ai sensi dell'articolo 61, comma 4, del codice della proprietà industriale di cui al *decreto legislativo 10 febbraio 2005, n. 30*, la durata residua di protezione inferiore a sei mesi è annullata, con conseguente scadenza del certificato complementare alle ore 24 del 31 dicembre dell'anno che precede quello di riferimento, mentre la durata residua di protezione superiore a sei mesi è ridotta di sei mesi. Nel mese di dicembre di ogni anno il Ministro dello sviluppo economico aggiorna la lista di cui al primo periodo del presente comma ⁽⁴³⁾.

(40) Per l'ulteriore proroga del termine vedi l'*art. 34, D.L. 30 dicembre 2008, n. 207* e l'*art. 6, comma 5, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194*.

(41) Comma così rettificato con *Comunicato 11 gennaio 2008* (Gazz. Uff. 11 gennaio 2008, n. 9).

(42) Con *D.M. 11 aprile 2008* (Gazz. Uff. 24 giugno 2008, n. 146) sono state definite le modalità di comunicazione dei prezzi massimi «ex factory» dei medicinali non soggetti a prescrizione medica.

(43) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

<p>10. Prosecuzione dell'attività della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia.</p> <p>1. Al fine di assicurare la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte, sia a livello nazionale che internazionale, dalla Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME), di cui all'<i>articolo 2, comma 2, del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 20 giugno 2003, n. 141</i>, è autorizzata la spesa di sei milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010 ⁽⁴⁴⁾.</p> <p>2. All'onere derivante dall'attuazione del disposto del comma 1, si provvede mediante corrispondente riduzione, per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, dell'autorizzazione di spesa recata dall'<i>articolo 1, comma 5, del decreto-legge 21 febbraio 2005, n. 16</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 22 aprile 2005, n. 58</i>.</p> <hr/> <p>(44) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al <i>D.L. 27 maggio 2008, n. 93</i>.</p>	
<p>. 11. Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare.</p> <p>1. Il comma 356 dell'<i>articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244</i>, è sostituito dal seguente:</p> <p>«356. Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, di cui al decreto interministeriale 26 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 231 del 4 ottobre 2007, assume la denominazione di</p>	

<p>"Autorità nazionale per la sicurezza alimentare" e, a decorrere dal 15 gennaio 2008, si trasforma in "Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare", con sede in Foggia, che è posta sotto la vigilanza del Ministero della salute. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, sono stabilite le norme per l'organizzazione, il funzionamento e l'amministrazione dell'Agenzia. Per lo svolgimento delle attività e il funzionamento dell'Agenzia è autorizzato un contributo di 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 e di 1,5 milioni di euro per l'anno 2010»⁽⁴⁵⁾.</p> <hr/> <p>(45) Articolo così sostituito dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>.</p>	
<p>11-bis. <i>Finanziamento di iniziative volte alla tutela dei minori.</i></p> <p>1. Il comma 464 dell'<i>articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244</i>, è sostituito dal seguente:</p> <p>«464. Per l'anno 2008 è autorizzata la spesa di 1,5 milioni di euro per il finanziamento, da parte del Ministero della solidarietà sociale, di iniziative volte alla tutela dei minori, anche disabili, in situazioni di disagio, abuso o maltrattamento, ivi compreso il sostegno all'attività dell'ente morale "SOS - Il Telefono Azzurro ONLUS"»⁽⁴⁶⁾.</p> <hr/> <p>(46) Articolo aggiunto dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n.</i></p>	

31.	
<p style="text-align: center;">Sezione VIII</p> <p style="text-align: center;">Personale delle pubbliche amministrazioni</p> <p>24. <i>Proroga contratti a tempo determinato del Ministero del commercio internazionale e del Ministero della salute.</i></p> <p>1. Per fare fronte alle esigenze connesse ai propri compiti istituzionali e, in particolare, per rafforzare e dare continuità all'azione del Sistema Italia per l'internazionalizzazione delle imprese, e al fine di potenziare le attività rivolte alla promozione del «made in Italy» sui mercati mondiali, il Ministero del commercio internazionale è autorizzato ad avvalersi, fino al 31 dicembre 2010, del personale, assunto con contratto a tempo determinato a seguito di espletamento di prove concorsuali per titoli ed esami, in servizio alla data del 28 settembre 2007.</p> <p>2. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata la spesa massima di euro 100.000 per l'anno 2008 e di euro 1.000.000 per ciascuno degli anni 2009 e 2010. Al relativo onere si provvede, quanto a euro 100.000 per l'anno 2008 e a euro 1.000.000 per l'anno 2009, mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'<i>articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 27 dicembre 2004, n. 307</i>, e, quanto a euro 1.000.000 per l'anno 2010, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 8, comma 1, lettera b), della <i>legge 25 marzo 1997, n. 68</i>, come determinata dalla tabella C</p>	

<p>allegata alla legge 24 dicembre 2007, n. 244⁽⁸⁸⁾.</p> <p>3. Il Ministero della salute, per l'assolvimento dei compiti istituzionali e per fronteggiare le esigenze straordinarie di carattere sanitario, continua ad avvalersi, fino al 31 dicembre 2009, del personale medico assunto a tempo determinato ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge 16 dicembre 1999, n. 494.</p> <p>4. Alla copertura dei maggiori oneri derivanti dall'applicazione del comma 3, pari a 1,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009, si provvede, per i medesimi anni, mediante corrispondente riduzione della autorizzazione di spesa recata dall'articolo 1, comma 1, lettera a), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138.</p> <p>4-bis. Il comma 44 dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ferma restando l'inapplicabilità dei limiti alle attività soggette a tariffe professionali, si applica per i contratti d'opera a decorrere dall'emanazione di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che definisce le tipologie di contratti d'opera artistica o professionale escluse, da emanare entro il 1° luglio 2008⁽⁸⁹⁾.</p> <hr/> <p>(88) Comma così sostituito dalla legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31.</p> <p>(89) Comma aggiunto dalla legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31.</p>	
<p>24-ter. Disposizioni concernenti il riposo giornaliero del personale</p>	

<p>sanitario.</p> <p>[1. Le disposizioni di cui al comma 6-bis dell'<i>articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66</i>, introdotto dall'<i>articolo 3, comma 85, della legge 24 dicembre 2007, n. 244</i>, si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2009] ⁽⁹¹⁾.</p> <hr/> <p>(91) Articolo aggiunto dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i> e poi abrogato dall'<i>art. 1-ter, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154</i>, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.</p>	
<p>24-sexies. Equiparazione di titoli ai fini dell'accesso ai concorsi presso il Servizio sanitario nazionale e vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi.</p> <p>1. I titoli di specializzazione rilasciati ai sensi dell'<i>articolo 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56</i>, e il riconoscimento di cui al comma 1 dell'<i>articolo 35</i> della medesima legge, e successive modificazioni, sono validi quale requisito per l'ammissione ai concorsi per i posti organici presso il Servizio sanitario nazionale, di cui all'<i>articolo 2, comma 3, della legge 29 dicembre 2000, n. 401</i>, fermi restando gli altri requisiti previsti.</p> <p>2. L'<i>articolo 29 della legge 18 febbraio 1989, n. 56</i>, è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 29. - (Vigilanza del Ministro della salute). - 1. Il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sull'Ordine nazionale degli</p>	

<p>psicologi»⁽⁹⁴⁾.</p> <hr/> <p>(94) Articolo aggiunto dalla <i>legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31</i>.</p>	
<p>40. Proroga di disposizioni in materia di dissesto finanziario degli enti locali.</p> <p>1. Il termine del 31 dicembre 2007 per l'effettuazione dei pagamenti di cui all'<i>articolo 24, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i>, è rinviato al 31 dicembre 2008.</p> <p>2. Il termine del 31 dicembre 2007 per la liquidazione delle transazioni di cui all'articolo 24, comma 3, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i>, è rinviato al 31 dicembre 2008.</p> <p>3. Resta fermo il termine del 31 dicembre 2007 stabilito dall'<i>articolo 24 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i>, per l'effettuazione di pagamenti per le transazioni avvenute entro il 31 dicembre 2007 a valere sul contributo statale di 150 milioni di euro.</p> <p>3-bis. All'<i>articolo 24 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p>	

<p>a) al comma 1:</p> <p>1) dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Per le medesime finalità di cui al periodo precedente e per i soli enti che abbiano deliberato il dissesto tra il 30 giugno 2001 e il 31 dicembre 2002, è trasferita una somma pari a 5 milioni di euro per l'effettuazione dei pagamenti entro il 31 dicembre 2008»;</p> <p>2) al secondo periodo, le parole: «Detta somma sarà ripartita» sono sostituite dalle seguenti: «Dette somme saranno ripartite»;</p> <p>b) [al comma 2, dopo le parole: «31 dicembre 2007» sono inserite le seguenti: «dagli enti che abbiano deliberato il dissesto successivamente al 31 dicembre 2002, ed entro il termine del 31 dicembre 2008 dagli enti che abbiano deliberato il dissesto tra il 30 giugno 2001 e il 31 dicembre 2002,»] ⁽¹⁷⁵⁾;</p> <p>c) al comma 3, le parole: «la somma di cui al comma 1 rientra» sono sostituite dalle seguenti: «le somme di cui al comma 1 rientrano» ⁽¹⁷⁶⁾.</p> <p>3-ter. All'onere derivante dall'attuazione del comma 3-bis, pari a 5 milioni di euro per l'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'interno ⁽¹⁷⁷⁾.</p> <p>4. Per consentire il definitivo risanamento degli enti che si sono</p>	
---	--

avvalsi della procedura straordinaria di cui all'*articolo 268-bis del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*, è disposta l'erogazione di 10 milioni di euro a valere sulle risorse di cui all'*articolo 24, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*. Le somme sono assegnate all'organo straordinario di liquidazione dell'ente e sono ripartite proporzionalmente alla differenza fra la massa passiva e fra la massa attiva risultante da apposita certificazione sottoscritta dall'OSL, dal sindaco e dal responsabile finanziario dell'ente, da inoltrare al Ministero dell'economia e delle finanze entro 10 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

4-bis. All'articolo 2 della legge 27 dicembre 2007, n. 244, dopo il comma 32 è inserito il seguente:

«32-bis. Le regioni a statuto speciale provvedono ad adottare le disposizioni idonee a perseguire le finalità di cui ai commi da 23 a 29. In caso di mancata attuazione delle disposizioni di cui al primo periodo del presente comma entro la data del 30 giugno 2008, la riduzione del fondo ordinario prevista dal comma 31 si applica anche agli enti locali delle regioni a statuto speciale»⁽¹⁷⁸⁾.

(175) Lettera soppressa dalla lettera *b*) del comma 10 dell'*art. 5, D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.

(176) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

(177) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

(178) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

40-bis. ***Proroga di termini in materia di patto di stabilità.***

1. All'articolo 1, commi 667 e 686, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Per il patto relativo all'anno 2007 la certificazione è prodotta entro il termine perentorio del 31 maggio 2008».

2. Tutti i termini previsti all'articolo 1, commi 669, 670, 691 e 692, sono prorogati di due mesi con riferimento al mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2007 ⁽¹⁷⁹⁾.

(179) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

43. Accantonamenti.

1. Le quote che risultano accantonate al 31 dicembre 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 758, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*,

sono mantenute in bilancio nel conto dei residui per essere utilizzate nell'esercizio successivo.

1-bis. All'articolo 1, comma 796, lettera *a*), primo periodo, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sono aggiunte, in fine, le parole: «, preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso ospedale dallo Stato» ⁽¹⁸⁷⁾.

(187) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.

FINANZIAMENTO E SPESA DEL SSN anni 2000-2011

Valori in milioni di euro

Accordo 8 agosto 2001				L.F. 2005 e Intesa 23 marzo 2005		Patto per la Salute ottobre 2006		DL 112 25/6/2008 convertito in Legge n. 133/2008			
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		2009	2010	2011
71.271	75.597	78.564	81.275	88.195	93.173	97.551	101.427	102.638 al netto del Fondino transitorio comprensivo rinnovi contrattuali 398	103.945	106.265	
<div>NOTE:</div> <p>Per l'anno 2005: la Legge n.311/2004 (Legge Finanziaria 2005) - art. 1 comma 164 ha inoltre stanziato 2.000 mln a ripiano 2001, 2002, 2003.</p> <p>Per l'anno 2006: la Legge n. 266/2005 (Legge Finanziaria 2006) - art. 1 comma 279 ha inoltre stanziato 2.000 mln a ripiano per gli anni 2002, 2003, 2004. Sono compresi 2.000 mln di euro quale integrazione del finanziamento disposta dalla Legge n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) - art. 1 comma 797 a seguito del Patto per la Salute.</p> <p>Per l'anno 2007: prevista manovra per 2 miliardi ulteriori al finanziamento a copertura spesa, di cui 811 per quota fissa 10 euro (Legge n.296/2006 art. 1 comma 796 p-bis) + Legge 17/2007), finanziati in corso d'anno per 511 (Legge 64/2007 - art. 1 bis + intesa 18/10/2007)</p> <p>Previsto Fondo transitorio per le regioni in difficoltà: 1.000 mln per il 2007, 850 mln per il 2008, 700 mln per il 2009 (Legge n.296/2006 (Legge Finanziaria 2007) - art. 1 comma 796 b).</p> <p>Per l'anno 2008: sono compresi 834 mln per eliminazione anno 2008 quota fissa 10 euro (Legge n.244/2007 - Legge Finanziaria 2008 - art.1 comma 377) , 850 mln per fondo transitorio (Legge n.296/2006 - Legge Finanziaria 2007 art. 1 comma 796 b) e 661 mln per rinnovo contratto (Legge n. 244/2007 - Legge Finanziaria 2008 - art. 3 comma 139)</p>								Totale	102.683		
								Art. 61 comma 19a L.133/2008 ticket	400	400	400
								Totale	103.083	104.345	106.665
								Art. 1 comma 5 D.L n. 154/2008 convertito in L. 189/2008 ticket	434		
								Art. 79 comma 2 L. 133/2008 rinnovi convenzioni	184	69	69
								Totale	103.701	104.414	106.734
								Risorse lavoratori extracomunitari L. n. 102 del 2009 art. 1ter	67	200	200
								Livello complessivo di finanziamento	103.768	104.614	106.934
								Manovra ex Legge n. 77/2009 (Intervento a favore popolazioni colpite dal terremoto Abruzzo)	- 420		
								Livello netto effettivo di finanziamento	103.348		
								Al netto Bambin Gesù		104.564	106.884