CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE

La sanità nelle manovre finanziarie dal 2005 al 2011

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Settori Salute e Politiche sociali
Marzo 2011

DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE

La sanità nelle manovre finanziarie dal 2005 al 2011

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Settori Salute e Politiche sociali
Marzo 2011

Il Dossier può essere scaricato dal sito Internet
http://www.regioni.it

Indice

	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**		» 115
Comunicato Stampa 26 settembre 2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze sul Nuovo Patto Salute anni 2007-2009		» 133
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	» 137
Legge 26 febbraio 2007 n. 17 Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni diverse	Art. 6 quater	» 221
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)		» 223
Legge 17 maggio 2007, n. 64 conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei	Artt. 1 e 1bis, 2, 3, 4 3000 milioni per Regioni con Piani di rientro; Abolizione Ticket	» 229

disavanzi pregressi nel settore sanitario.		
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	» 235
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,	» 239
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	» 259
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	» 303
Legge 6 agosto 2008 n. 133 conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo	Artt. 37, 41, 61, 63, 63bis, 71, 72, 76, 77, 77ter, 77quater, 79, 80, 81	» 321

economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria **(Manovra Economico Finanziaria 2009-2011)**		
Legge 4 dicembre 2008, n. 189 conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, recante disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali	Artt. 1, 1bis, 1ter, 6, 7	» 391
Legge 28 gennaio 2009 n. 2 conversione in legge con modificazioni del decreto legge 29 novembre 2008 n. 185 Misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale	Art. 6 bis	» 401
Legge 24 giugno 2009 n. 77 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 aprile 2009, n. 39, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile	Art. 13	» 403
Legge 3 agosto 2009 n. 102 conversione con modificazioni del decreto legge 1 luglio 2009 n. 78 "Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini"	Artt. 1ter, 9, 9bis, 11, 17, 20, 22, 22ter	» 409

Prospetto disposizioni sui **Tetti della spesa farmaceutica** **Legge 16 novembre 2001 n. 405** **Legge 24 novembre 2003 n. 326** **Legge 29 novembre 2007 n. 222** **Legge 24 giugno 2009 n. 77** **Legge 3 agosto n. 102** **Patto per la Salute 2010-2012**	 Art. 5 comma 1. Art. 48 comma 1. Art. 5 comma 1 e 5. Art. 13 comma 1 Art. 22 comma 3 Art. 8	» 429
Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del 23 ottobre 2009 – **Accordo fra il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e il Ministro dell'Economia e delle Finanze**		» 439
Intesa Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 sul Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012		» 441
Quadro sinottico: L. n. 191 del 23 dicembre 2009 **(Finanziaria 2010)**	Art. 2 commi 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 109	» 479
Legge 26 febbraio 2010 n. 25 conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 dicembre 2009, n. 194, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative	Art. 1 commi 23-septiesdecies, 23-vicies, Art. 3 comma 8 bis; Art. 6	» 505
Legge 30 luglio 2010, n. 122 conversione in legge con modificazione del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione	Artt. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 10bis, 11, 14, 31	» 511

INTRODUZIONE

Il presente "Dossier di documentazione" raccoglie le principali disposizioni normative, gli Accordi e le Intese Stato-Regioni che dal 2000 al 2010 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 2005-2010.

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 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.

Là Tabella finale del Dossier riporta il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale dal 2000 al 2012.

Marzo 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
. 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). (3) Le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato sono state individuate nell'elenco di cui al Com.ISTAT 29	**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.

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 *Comunicato 31 luglio 2008* (Gazz. Uff. 31 luglio 2008, n. 178) e al *Comunicato 31 luglio 2009* (Gazz. Uff. 31 luglio 2009, n. 176). Vedi, anche, l'art. 14-*viciesquinquies*, *D.L. 30 giugno 2005, n. 115*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione, l'*art. 11-ter, D.L. 30 settembre 2005, n. 203*, aggiunto dalla relativa legge di conversione e gli *artt. 9 e 17, comma 8, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*.	
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'*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 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	**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.**

Conferenza Stato-Regioni [103]. (103) Con *D.M. 16 novembre 2005* (Gazz. Uff. 10 febbraio 2006, n. 34) sono stati ripartiti i fondi destinati alla copertura dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale. Vedi, anche, l'*art. 9, D.L. 30 settembre 2005, n. 203*, il comma 278 dell'*art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266* e i commi 13 e 14 dell'*art. 1-bis, D.L. 10 gennaio 2006, n. 2*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.	
165. Resta fermo l'obbligo in capo all'Agenzia italiana del farmaco di garantire per la quota a proprio carico, ai sensi dell'*articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, 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.	**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 pei 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.
166. All'*articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, sono apportate le seguenti modificazioni:	**Comma 166** FARMACI DA BANCO Identificazione di una classe ad hoc per i farmaci di

a) al comma 10: 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»; 2) dopo la lettera *c*), è aggiunta la seguente: «*c-bis*) farmaci non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC)»; *b*) al comma 14, ultimo periodo, le parole: «lettera *c*)» sono sostituite dalle seguenti: «lettere *c*) e *c-bis*)».	automedicazione ammessi alla pubblicità (OTC).
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.	**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.
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.	**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.

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.

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*.	
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 Ministero 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 Ministero 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	**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. **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.**

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'*articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323*. 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). (105) Comma così modificato prima dal comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296* e poi dall'*art. 8, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, come modificato dalla relativa legge di conversione. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 12 settembre 2006*.	
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	**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.

violazione di detto principio.	
172. Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'*articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528*, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'*articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n. 37*, 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'*articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, al *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'*articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa (106). (106) Vedi, anche, il comma 288 dell'*art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266*.	**Comma 172** ESTENSIONE POTERE D'ACCESSO MINISTRO DELLA SALUTE 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.
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'*articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:	**Comma 173** SPECIFICA INTESA STATO-REGIONI PER L'ACCESSO AL FINANZIAMENTO INTEGRATIVO 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:

a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione; *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; *c*) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario; *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; *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; *f*) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi	• 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. **L'Intesa è stata sancita in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.**

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). (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.*	
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 *ad acta*, 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	**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.

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.

dicembre 2005, n. 266, poi dal comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296* e, infine, dal comma 76 dell'*art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191*, a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai sensi di quanto disposto dal comma 253 del citato art. 2 della medesima *L. 23 dicembre 2009, n. 191*. Vedi, anche, i commi 1-*bis* e 1-*ter* dell'*art. 1, D.L. 7 giugno 2006, n. 206*, aggiunti dalla relativa legge di conversione, le ulteriori disposizioni del citato comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296* e i commi da 77 a 91 dell'*art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191*.	
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'*articolo 2 della legge 24 dicembre 2003, n. 350*, 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.	**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.
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.	**Comma 176** PRECLUSIONE ALL'ACCESSO AL MAGGIOR FINANZIAMENTO Il mancato rispetto dell'Intesa preclude l'acceso al maggior

	finanziamento 2005-2007 con immediato recupero di quanto eventualmente erogato.

177. Le regioni, ai sensi dell'*articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, 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 *D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271*, e del *D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446*, 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'*articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, 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 regolamenteranno 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

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. 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]. (109) Comma così modificato dall'*art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, il comma 2-*bis* dell'*art. 4, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.	pediatri che hanno il compito di segnalare situazioni di inefficienza gestionale ed organizzativa. **Comma 180** PROGRAMMI DI RIORGANIZZAZIONE ED ACCORDI BILATERALI 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.
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	**Comma 181** ADEMPIMENTI PER IL RIPIANO DISAVANZI SPESA

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'*articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*.	FARMACEUTICA 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.
182. Limitatamente all'anno 2004: *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 *decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, 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; *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'*articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2004, n. 156*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 2 agosto 2004, n. 202*, 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.	**Comma 182** **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. 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).

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'*articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento.	**Comma 183** **A partire dall'anno 2005:** le Regioni che non adottano misure di contenimento adeguate al rispetto dei tetti – art. 48 1 .n. 326/2003 – sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento della spesa pari al 50% dello sfondamento.
184. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato: *a*) in deroga a quanto stabilito dall'*articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, 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'*articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, 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; *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	**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

entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni; *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; *d*) 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 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; *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). (110) Vedi, anche, l'*art. 4, D.L. 30 dicembre 2004, n. 314*, come modificato dalla relativa legge di conversione.	
185. All'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-*bis*. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la consegna della tessera sanitaria a tutti i soggetti	**Comma 185** TESSERA SANITARIA Il Ministero dell'Economia e delle finanze curerà la consegna entro il 31 dicembre 2005 delle tessere sanitarie.

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'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, 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 PROVINCIE 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

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;
- alle 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 conguaglio, 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;

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.

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.

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;

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 della 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

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

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

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:

- 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

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 gia 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.

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 Areee 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;

- 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 alla 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

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

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino

IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

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*

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

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.

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 luogo[1].

La Legge finanziaria 2005 ha previsto tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere il conguaglio 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 difforme 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.

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, cosicchè questi non si ripetano.

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 sopratutto 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.

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, perchè 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*.

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

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 Regione 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;

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:

Tabella

Risorse che le Regioni che 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

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.

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;

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

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 PROVINCIE 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

Art. 9 **Potenziamento di strumenti di programmazione finanziaria nel settore sanitario.**	
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'*articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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'*articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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	*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.** Costituisce obbligo ai fine 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.

sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'àmbito 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 *D.M. 16 febbraio 2001* del Ministro della sanità, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001, e al *D.M. 28 maggio 2001* 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). (113) Comma così modificato dalla *legge di conversione 2 dicembre 2005, n. 248*. Vedi, anche, il comma 17 dell'*art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191*.	
2. Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'àmbito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato, di cui all'*articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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'*articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme	*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.** 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.

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'àmbito 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'*articolo 1, commi da 21 a 41, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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 princìpi 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%.	

(61) Periodo così sostituito dall'art. 39-*sexies decies, D.L. 30 dicembre 2005, n. 273*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.		
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.		
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: *a*) spese di personale, cui si applica la specifica disciplina di settore; *b*) spese per la sanità per le sole regioni, cui si applica la specifica disciplina di settore;	**Spese correnti** 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.	

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'*articolo 1, comma 5, della legge 30 dicembre 2004, n. 311* (63); *d*) spese di carattere sociale quali risultano dalla classificazione per funzioni previste dal regolamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 31 gennaio 1996, n. 194*; *e*) spese per interessi passivi; *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; *g*) spese per oneri derivanti da sentenze che originino debiti fuori bilancio; *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		

ridotto in misura pari ai predetti trasferimenti correnti. (63) Vedi, anche, il comma 8-*septies* dell'*art. 6, D.L. 28 dicembre 2006, n. 300*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.		
1. 165. Al comma 61 dell'*articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, le parole: «31 dicembre 2005» sono sostituite con le seguenti: «31 dicembre 2006».	**Addizionali Ires e Irap** Il blocco viene prorogato fino al 31 dicembre 2006 tranne che per le Regioni che devono coprire i disavanzi.	
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]. (76) Con *Del.C.C. 27 aprile 2006, n. 7/AUT/2006* (Gazz. Uff. 30 maggio 2006, n. 124, S.O.), con *Del.C.C. 18 aprile 2007, n. 4/AUT/2007* (Gazz. Uff. 14 maggio 2007, n. 110), con *Del. 14 marzo 2008, n. 4/AUT/2008* (Gazz. Uff. 18 aprile 2008, n. 92, S.O.) e con *Del. 20 luglio 2009, n. 13/SEZAUT/2009/INPR* (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.	**Controlli della Corte dei Conti** 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.	
1. 182. Per le finalità indicate al comma 178, in deroga a	**Biennio contrattuale 2004-2005**	

quanto stabilito dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, attuativa dell'*articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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.	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.	
1. 187. A decorrere dall'anno 2006 le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli *articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300*, e successive modificazioni, gli enti pubblici non economici, gli enti di ricerca, le università e gli enti pubblici di cui all'*articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, 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). (81) Comma così modificato dal comma 538 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*. Per la riduzione del limite previsto dal presente comma vedi il comma 80 dell'*art. 3, L.*	**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.	

24 dicembre 2007, n. 244. In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi il comma 11 dell'*art. 1, D.L. 4 novembre 2009, n. 152*.		
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.	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 .	
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'*articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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	**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%.	

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]. (83) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*.		
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'*articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*. Gli effetti di tali disposizioni nonché di quelle previste per i medesimi enti del Servizio sanitario nazionale dall'*articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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'*articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311* [88]. (88) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*.	**Contenimento oneri contrattuali quale ulteriore adempimento al Tavolo della spesa per l'accesso al finanziamento integrativo.** Le disposizioni sul contenimento delle spese per il personale costituiscono per gli enti del SSN rafforzamento dell'Intesa del 23 marzo2005 e vengono valutati nel tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'acceso al finanziamento integrativo.	**Adempimento aggiuntivo per le Regioni da monitorare nel Tavolo tecnico ex art. 12 Intesa 23 marzo 2005**

1. 206. Le disposizioni dei commi da 198 a 205 costituiscono princìpi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione [94]. (94) Vedi, anche, i commi 557 e 565 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.*	**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.	
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:	**Conferma obblighi Intesa 23 marzo 2005 ed adempimenti aggiuntivi**	
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;	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.	**Adempimenti delle Regioni previsti nell'Intesa 23 marzo 2005**
b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.*	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).	**Provvedimenti già previsti nella Finanziaria 2005 da parte delle Regioni per il ripiano dei disavanzi**

1. 275. Fra gli adempimenti regionali indicati all'*articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, sono ricompresi i seguenti:	**Adempimenti aggiuntivi ai fini accesso finanziamento integrativo.**	
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'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*. 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;	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.	**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**

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 *D.M. 22 gennaio 1993* del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993	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.	**Provvedimenti regionali per prestazioni esenti o a costo agevolato che facciano riferimento al DM 22 gennaio 2003**
276. 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 modificazioni: *a*) al comma 1-*bis*, le parole: «30 giugno 2006» sono sostituite dalle seguenti: «31 marzo 2006»;	**Disposizioni per Tessera sanitaria e rilevazioni dei dati sulle ricette** Modifica termini per Tessera sanitaria entro il 31 marzo 2006	
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»;	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.	**Apposita convenzione tra il Ministero dell'Economia, il Ministero della Salute e le Associazioni di categorie interessate.** **Decreto Ministro dell'Economia, di concerto con Ministro della Salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni per le modalità erogative**

c) dopo il comma 8 sono inseriti i seguenti: «8-*bis*. 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. 8-*ter*. 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; 8-*quater*. L'accertamento della violazione di cui ai commi 8-*bis* e 8-*ter* è effettuato dal Corpo della Guardia di finanza, che trasmette il relativo rapporto, ai sensi dell'*articolo 17, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689*, 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. 8-*quinquies*. 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		

della mancata rispondenza del codice fiscale rilevato rispetto a quello indicato sulla ricetta che farà comunque fede a tutti gli effetti»; *d*) dopo il comma 10 è inserito il seguente: «10-*bis*. 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). (127) La Corte costituzionale, con sentenza 18-26 giugno 2007, n. 240 (Gazz. Uff. 4 luglio 2007, n. 26, 1ª 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*.		
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 *ad acta* entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento all'anno di imposta 2006, si applicano comunque	**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	**Provvedimenti delle Regioni da adottarsi per il ripiano del disavanzo di gestione**

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 *ad acta* 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). (128) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 giugno 2007, n. 193 (Gazz. Uff. 20 giugno 2007, n. 24, 1ª 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.	2006, si applicano comunque le addizionali Irpef e le maggiorazioni Irap nella misura massima consentita.	
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	**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.	**Decreto del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Economia , d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni che definisce criteri e modalità concessive** **Accordi specifici con Regioni interessate**

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)]. (129) Comma così modificato dal comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*. Per l'ulteriore incremento del livello complessivo della spesa di cui al presente comma vedi i commi 13 e 14 dell'*art. 1-bis, D.L. 10 gennaio 2006, n. 2*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. I criteri per il riparto della spesa prevista dal presente comma sono stati definiti con *D.M. 26 ottobre 2006* (Gazz. Uff. 7 febbraio 2007, n. 31), modificato dal *D.M. 2 novembre 2007* (Gazz. Uff. 7 dicembre 2007, n. 285).		
1. 279. 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 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.	**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	**Provvedimenti regionali di copertura del residuo disavanzo**

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'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, 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'*articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, 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: *a*) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al *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, 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; *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	La ripartizione è prevista sulla base del numero dei residenti. **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: - 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.	**Decreto del Ministro della Salute, di concerto con Ministro dell'Economia ,d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni di riparto delle risorse, subordinato alle** **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.**

parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'*articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*; *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'*articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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; *d*) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'*articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, 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		

libera scelta; *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; *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). (130) Con *D.M. 22 febbraio 2007* (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 *Provv. 28 marzo 2006, n. 2555* e la *Del.Senato 19 luglio 2006.*		
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	**Ulteriore subordinazione per Regioni in disavanzo** 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	**Specifico Accordo o integrazione di accordi già sottoscritti con la Regione interessata**

interessata e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, ovvero all'integrazione di accordi già sottoscritti ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, per l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.	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.	
1. 282. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al citato *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*. 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 *decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206*, 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 *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2002 (131). (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	**Divieto liste chiuse** È vietata la sospensione delle prenotazioni. Deroga per motivi tecnici informandone il Ministero della salute.	**Adozione da parte della Regione di disposizioni specifiche per la sospensione delle prestazioni.**

sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al *decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206*».		
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	**Commissione Nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni** 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.	**Decreto Ministro della Salute istitutivo della Commissione** **Predisposizione di linee guida con decreto Ministro della Salute, d'intesa con Conferenza Stato-Regioni.**

solo trattamento di missione. A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006 (132). (132) Vedi, anche, gli *articoli 1, 9, 10 e 11, D.P.R. 14 maggio 2007, n. 86.*		
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'*articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724*, 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.	**Sanzioni amministrative** 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.	
1. 285. Nel completamento del proprio programma di investimenti in attuazione dell'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, 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	**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**	

coordinamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997 (133). (133) 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.		
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.	**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.	
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		**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**

e di Bolzano.		
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'*articolo 2 del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528*, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'*articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37*, ed a cui sono ricondotte le attività di cui all'*articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, del sistema di garanzia di cui all'*articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, del sistema di monitoraggio configurato dall'*articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, 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). (134) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 17 giugno 2006*.	**Istituzione del SIVEAS** 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.	**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** **Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006**

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'*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 [135]. (135) Comma così modificato dal comma 798 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*.	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.	**Specifiche convenzioni del Ministero per le collaborazioni**
1. 290. La Commissione unica sui dispositivi medici, istituita dall'*articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, 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.	**CUD** La Commissione unica sui dispositivi medici esercita oltre le previste competenze anche funzioni consultive su ogni questione dei dispositivi medici.	

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)]. (136) La Corte costituzionale, con sentenza 21 marzo-5 aprile 2007, n. 121 (Gazz. Uff. 11 aprile 2007, n. 15, 1ª 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.	**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.	**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**
1. 292. In coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale:	**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.	
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 Ministri 29 novembre 2001*, e successive modificazioni, di definizione dei livelli essenziali		**DPCM per rimodulare le prestazioni ricompresse nei LEA**

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);		
b) in materia di assistenza protesica, su proposta del Ministro della salute, si provvede alla modifica di quanto già previsto dal regolamento di cui al *D.M. 27 agosto 1999, n. 332* del Ministro della sanità, e dal citato *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*, 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 presìdi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale. (137) Lettera così sostituita dal comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.*		**DPCM integrativo per l'assistenza protesica dei LEA** **Istituzione di un repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili dal SSN**
1. 293. Per le finalità di cui al comma 292, lettera *a*), 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'*articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, 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**

. 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. 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). (138) Comma aggiunto dal comma 1348 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*.	**Esecuzione forzata** Ne sono esclusi i fondi destinati alla salute pubblica e gli emolumenti dovuti a personale amministrativo per servizi prestati agli uffici stessi.	
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: *a*) il comma 10 è sostituito dal seguente:	**Risorse e finanziamento AIFA** 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	

«10. Le risorse di cui al comma 8, lettere *b*) e *c*), affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia»; *b*) dopo il comma 10 sono inseriti i seguenti: «10-*bis*. Le entrate di cui all'*articolo 12, commi 7 e 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541*, spettano per il 60 per cento all'Agenzia ed affluiscono direttamente al bilancio della stessa. 10-*ter*. Le somme a carico delle officine farmaceutiche di cui all'*articolo 7, commi 4 e 5, del decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178*, e successive modificazioni, spettano all'Agenzia ed affluiscono direttamente al bilancio della stessa»;	beni mobili già in uso dal 31 dicembre 2004. Le modalità di versamento saranno definite con decreto interministeriale.	
c) dopo il comma 11 è inserito il seguente: «11-*bis*. 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».		**Decreto Ministro della Salute per trasferimento beni mobili all'Aifa.**
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). (139) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 18 dicembre 2006*.		**Decreto Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia.**

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). (140) Comma così modificato dall'*art. 5-bis, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.	**Dotazione organica AIFA** La dotazione organica complessiva dell'Agenzia viene prevista in 190 unità. Previsione relazione mensile ai Ministeri Salute ed economia su andamento spesa farmaceutica.	**Provvedimento per la ripartizione dell'organico**
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».		
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	**Estensione regime agevolato riduzione delle imposte anche alle Asp** Le Regioni possono estendere alle istituzioni succedute alle IPAB, le Asp, il regime agevolato in materia di riduzione o	

cui al *decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446*, anche alle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), succedute alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.	esenzione dalle imposte.	
1. 300. Al *decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*, sono apportate le seguenti modificazioni: *a*) all'articolo 37, al comma 1, primo periodo, le parole: «di formazione-lavoro» sono sostituite dalle seguenti: «di formazione specialistica»; *b*) all'articolo 39: 1) il comma 2 è abrogato; 2) il comma 3 è sostituito dal seguente: «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»;	**Disposizioni sui medici specializzandi** 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.	**DPCM su proposta del MIUR, di concerto con Min. Salute e con Min. Economia sul trattamento economico** **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**

3) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente: «4-*bis*. 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»; *c*) all'articolo 41, il comma 2 è sostituito dal seguente: «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 *legge 8 agosto 1995, n. 335*, nonché le disposizioni di cui all'*articolo 45 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*»; *d*) all'articolo 46, il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Agli oneri recati dal titolo VI del presente decreto legislativo si provvede nei limiti delle risorse previste dall'*articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428*, e dall'*articolo 1 del decreto-legge 2 aprile 2001, n. 90*, convertito dalla *legge 8 maggio 2001, n. 188*, destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti, incrementate di 70 milioni di euro per l'anno 2006 e di 300		

milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2007»; *e*) all'articolo 46, il comma 2 è sostituito dal seguente: «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-*bis*, 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 *decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257*».		
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.	**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.	**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.** **Decreto del Ministro della Salute che individua i singoli interventi.**
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.	**Ricerca oncologica** Vengono destinate risorse aggiuntive per prevenzione, diagnosi e cura e viene promosso un programma straordinario per il 2006.	

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-*bis* 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.	**Programma e risorse per ricerca oncologica** 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.	**Decreto Ministro della Salute per le linee generali del Programma e modalità di attuazione.**
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]. (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'*art. 1, D.M. 21 luglio 2006* (Gazz. Uff. 8 agosto 2006, n. 183).		
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-*bis* 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.	**Ricerca finalizzata Sicurezza degli alimenti** Riserva di 10 milioni di euro per favorire la ricerca sulla sicurezza alimentare nell'ambito del programma di ricerca sanitaria.	

1. 306. Il comma 467 dell'*articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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 *decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 luglio 2005, n. 149*, 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'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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'*articolo 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 115*, 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**

applica, limitatamente agli anni 2006, 2007 e 2008, l'*articolo 6, comma 1, della legge 15 luglio 2002, n. 145*] (142). (142) Comma abrogato dal comma 162 dell'*art. 2, D.L. 3 ottobre 2006, n. 262*, come modificato dalla relativa legge di conversione.		
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	**Programma edilizia sanitaria ex art. 20 l. n. 67/ 88** 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.	

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]. (143) Vedi, anche, il comma 3 dell'*art. 1, L. 3 agosto 2007, n. 120.*		
1. 311. Le risorse resesi 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 legge 11 marzo 1988, n. 67*, e successive modificazioni [144].	**Utilizzazione delle risorse liberate** Le risorse resesi 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.	**Decreto Ministro della Salute di concerto con Ministro Economia e Finanze per l'utilizzazione delle risorse.**

(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.		
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,	**Risoluzione limitata ad una parte degli interventi** In fase di prima attuazione su richiesta della Regione può essere prevista la revoca solo di alcuni interventi corrispondenti al 65% delle risorse revocabili.	**Decreto Ministro della Salute di concerto Ministro dell'Economia e delle finanze**

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]. (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).		
1. 313. Per l'attuazione di quanto previsto dall'*articolo 58 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, in materia di incentivi	**Accordi di programma specifici AIFA – aziende farmaceutiche**	**Decreto del Ministro della Salute di concerto con Ministro dell'Economia e**

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). (146) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 8 maggio 2007*.	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".	**delle finanze che individua i criteri generali per la stipula di specifici accordi.**
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	**Contenuto degli Accordi** Gli Accordi individuano le attività e il piano degli interventi da realizzare in ciascuna azienda farmaceutica.	

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.		
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.	**Entità del premio** L'entità del premio non può superare il 10% degli investimenti effettuati dalle aziende che stipulano l'accordo.	
. 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'*articolo 58 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, 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 *legge 23 dicembre 1998, n. 448*, è corrispondentemente ridotta.	Previsione di un finanziamento aggiuntivo fino ad un massimo di 100 milioni di euro.	
1. 317. All'articolo 58, comma 2, lettera *f*), secondo periodo, della *legge 27 dicembre 2002, n. 289*, le parole da: «con decreto del Ministro della salute» fino a: «Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE),» sono soppresse.		

1. 318. [Il contributo di cui alla *legge 23 settembre 1993, n. 379*, 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). (147) Comma abrogato dal comma 466 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244.*		
1. 319. Per gli anni dal 2002 fino all'adozione dei provvedimenti di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, il decreto di cui all'*articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, 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. **1.** 320. Per l'anno 2002 la quota di cui all'*articolo 7, comma 3, del citato decreto legislativo n. 56 del 2000* 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'*articolo 2 del decreto*	**Commi 319- 324 Attuazione federalismo fiscale** 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 - *circa 12,7 miliardi di euro* – verranno erogate sulla base di un Piano	**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.**

legislativo n. 56 del 2000 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). (148) Vedi, anche, i commi 52 e 53 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244.* **1.** 321. Alla definitiva determinazione delle aliquote e delle compartecipazioni di cui agli *articoli 2, 3 e 4 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, 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 *decreto legislativo n. 56 del 2000* 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). (149) Vedi, anche, il comma 2 dell'*art. 77-quater, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunto dalla relativa legge di	graduale definito con decreto del Ministro dell'economia e delle Finanze sentita la Conferenza stato regioni entro il 31 marzo 2006.	

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, 1ª 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

provvisoria di cui all'*articolo 5, comma 3, del citato decreto legislativo n. 56 del 2000* si tiene conto, dall'anno 2006, delle risorse individuate ai sensi dell'articolo 6 dello stesso *decreto legislativo n. 56 del 2000*] (152). Il comma 2 del citato articolo 6 è abrogato. (152) Periodo soppresso da comma 674 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296.* **1.** 324. All'*articolo 1, commi 58 e 59, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, le parole: «dell'aliquota definitiva» sono sostituite dalle seguenti: «dell'aliquota provvisoria».		
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: *a*) sostegno del volontariato e delle altre 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*	**Destinazioni del 5 per mille dell'IRPEF** Fra le finalità c'è anche la ricerca sanitaria.	

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

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 *a*). 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). (158) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.P.C.M. 20 gennaio 2006*.	Salute, di concerto con Ministro dell'economia sono stabilite le modalità di richiesta, i soggetti e le modalità di riparte delle somme.	**della Salute, di concerto con Ministro dell'economia .**
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'*articolo 59, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e di istituzioni universitarie pubbliche, degli enti di ricerca pubblici, delle fondazioni e delle associazioni regolarmente riconosciute a norma del regolamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361*, 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,	**Deducibilità dei fondi per finanziare l'attività di ricerca** Sono integralmente deducibili i fondi per il finanziamento della ricerca .	**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.**

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]. (179) Con *D.P.C.M. 8 maggio 2007* (Gazz. Uff. 13 giugno 2007, n. 135), modificato dall'*art. 1, D.P.C.M. 16 maggio 2008* (Gazz. Uff. 31 luglio 2008, n. 178), e con *D.P.C.M. 25 febbraio 2009* (Gazz. Uff. 15 aprile 2009, n. 87) sono stati individuati i soggetti destinatari delle disposizioni di cui al presente comma.		
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.	**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.	
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.	**Presupposti per la realizzazione dei progetti e degli interventi**	

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). (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.	**Riserva del 15% delle risorse agli interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario**	**Delibere CIPE su proposta Ministro della Salute per stabilire criteri e modalità di attuazione degli interventi.**
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'*articolo 1, comma 1, del decreto-legge 8 agosto 1996, n. 429*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 21 ottobre 1996, n. 532*, e dall'*articolo 1, comma 4, del decreto-legge 1° ottobre 2005, n. 202*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 novembre 2005, n. 244*.	**Deroga alla limitazione dei contratti a termine per il personale impiegato sulle emergenze sanitarie**	
. 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	**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.**	

collaborazione coordinata e continuativa conferiti, ai sensi del *decreto-legge 8 agosto 1996, n. 429*, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 ottobre 1996, n. 532, ai veterinari, chimici e farmacisti attualmente impegnati nei posti di ispezione frontaliera (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.	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.	
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'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, 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.	**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.	**Accordo in Conferenza Stato-Regioni.**
1. 408. Al comma 5 dell'*articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, dopo la lettera *f)* è inserita	**Recupero dell'extra tetto della spesa farmaceutica** In caso di sfondamento del tetto di spesa annuale complessivo, per recuperare la	

la seguente: «*f-bis*) 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 *f*), ad una temporanea riduzione del prezzo dei farmaci comunque dispensati o impiegati dal Servizio sanitario nazionale, nella misura del 60 per cento del superamento».	quota del 60% a carico delle aziende, l'Aifa può prevedere il taglio del prezzo dei farmaci.	
1. 409. Ai fini della razionalizzazione degli acquisti da parte del Servizio sanitario nazionale: *a*) la classificazione dei dispositivi prevista dal comma 1 dell'*articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, 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'*articolo 57 della citata legge n. 289 del 2002*. Le regioni, in caso di omesso inoltro 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	**Disposizioni sui dispositivi medici** 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.	**Accordi in Conferenza Stato-Regioni e successivo Decreto del Ministro della Salute**

della spesa sanitaria; *b*) fermo restando quanto previsto dal comma 292, lettera *b*), del presente articolo per lo specifico repertorio dei dispositivi protesici erogabili, con la procedura di cui alla lettera *a*) 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; *c*) 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; *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 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 implichino 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'*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 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 *D.M. 20 marzo 2007* (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'*articolo 1, comma 354, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*.	**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. 2548 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;

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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;

ROMA 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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;

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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'articolo1, 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;

ROMA, 2006 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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 dei 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,

ROMA, 2006 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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 programmatoria 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.

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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 inappropriatezze 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) <u>Disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale</u>

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

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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

ROMA, 2006 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S

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 inappropriatezza, 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

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.

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - G.

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 obbiettivi. 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

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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.

ROMA, 2006 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - G.

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

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,

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - G.

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

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

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

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - G.

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 diminuizione 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 inappropriatezza, 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
1. 28. Al testo unico delle imposte sui redditi, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: *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»; *b*) all'articolo 15, comma 1, lettera *c*), dopo il	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.	

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 *a*) e *b*) 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.**	

ovvero in apposito registro, il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonomo resa nell'ambito della struttura.		
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.		
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).		
(14) Con *Provv. 13 dicembre 2007* (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.		

1. 41. Le disposizioni di cui ai commi da 38 a 40 si applicano a decorrere dal 1° marzo 2007.		
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.		
1. 64. All'*articolo 78 della legge 30 dicembre 1991, n. 413*, dopo il comma 25 sono inseriti i seguenti: «*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	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.**	

modificazioni. 25-*ter*. Il contenuto, i termini e le modalità delle trasmissioni sono definiti con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate».		
1. 270. Al fine di garantire alle regioni che sottoscrivono gli accordi di cui al comma 796, lettera *b*), 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). (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).	Disposizioni sul cuneo fiscale. Decreto Ministero Economia e Finanze del 25 luglio 2008.	

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 *a*), 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). (137) Per la proroga dell'efficacia di quanto stabilito dal presente comma vedi il comma 198 dell'*art. 1, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.	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.	
1. 449. Nel rispetto del sistema delle convenzioni di cui agli *articoli 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e successive modificazioni, e 58 della *legge 23 dicembre 2000, n. 388*, 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 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001,*	Gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le **convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento**.	

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). (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.		
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.	Le Regioni possono costituire **centrali di committenza** per servizi e forniture in favore anche degli enti del SSN.	

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**	

finanza pubblica, composta di dieci membri, per le seguenti finalità di studio e di analisi: *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: 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; 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; 3) armonizzare i criteri di classificazione dei bilanci delle pubbliche amministrazioni, per un più agevole consolidamento dei conti di cassa e di	**pubblica.**	

contabilità nazionale; *b*) elaborare studi preliminari e proposte tecniche per la definizione dei princìpi 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; *c*) 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; *d*) 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; *e*) 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).	La Commissione opera su programmi predisposti dal Ministero dell'Economia sentiti i ministeri interessati e la Conferenza Unificata.	

(171) Ai sensi dell'*art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112* è stato soppresso l'organismo previsto dal presente comma, con la decorrenza ivi indicata. **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'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*. 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.		**L'organismo è stato soppresso.**
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.	Apposito servizio studi nel dipartimento Ragioneria Generale dello Stato.	
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 *b*), della	Soppressione dell'Alta Commissione ed avvalimento delle preesistenti strutture di supporto.	

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). (172) Comma abrogato dall'*art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*.		
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,*	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.**	

n. 281. Il decreto di cui al presente comma è comunicato alle competenti Commissioni parlamentari] (173). (173) Comma abrogato dall'*art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*.		
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). (174) Comma abrogato dall'*art. 45, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*.		
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 stanziate, 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	Programma straordinario di analisi e valutazione della spesa delle amministrazioni centrali.	

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). (175) Vedi, anche, il comma 67 dell'*art. 3, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.		
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	**Personale del SSN.**	

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: *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; *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	Le spese del personale non devono superare per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.	

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; *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: 1) individuano la consistenza organica del personale dipendente a tempo indeterminato in servizio alla data del 31 dicembre 2006 e la relativa spesa; 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		

con convenzioni e la relativa spesa; 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 princìpi desumibili dalle disposizioni di cui ai commi da 513 a 543; 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; *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		

da quelle indicate nel presente comma; *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).	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.	

(208) Comma così modificato dal comma 115 dell'*art. 3, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.		
1. 566. Al fine di dare continuità alle attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e sperimentazione di cui alla *legge 19 gennaio 2001, n. 3*, 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 *decreto-legge 21 novembre 2000, n. 335*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 19 gennaio 2001, n. 3*, 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	Gli IZS sono autorizzati all'assunzione di personale a tempo indeterminato provvedendo prioritariamente alla stabilizzazione del personale precario.	

apposito programma annuale le attività da svolgere nonché i criteri e i parametri di distribuzione agli stessi di quota parte del predetto stanziamento (209). (209) Comma così modificato dal comma 375 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 6 maggio 2008*.		
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).	Il fabbisogno finanziario riferito alle Università statali non deve essere superiore al consuntivo dell'anno precedente incrementato del 3%.	

(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*.		
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.	**Divieto temporaneo di istituire nuove facoltà o corsi di studio.**	
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».	**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.	
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	**Blocco delle cartolarizzazioni** con esclusione di quelle adottate prima del 4 settembre 2006 e completate entro il 31 marzo 2007.	

le operazioni di cessione o cartolarizzazione dei crediti vantati dai fornitori di beni e servizi per i cui pagamenti l'ente assume, ancorché indirettamente, nuove obbligazioni, anche mediante la ristrutturazione dei piani di ammortamento. Sono escluse le operazioni di tale natura per le quali la delibera della Giunta regionale sia stata adottata prima del 4 settembre 2006, purché completate entro e non oltre il 31 marzo 2007. **1.** 740. Al comma 17, primo periodo, dell'*articolo 3 della legge 24 dicembre 2003, n. 350*, sono soppresse le parole: «non collegati a un'attività patrimoniale preesistente».		
1. 796. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del protocollo di intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella riunione del 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione: *a*) il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, è determinato in 96.040 milioni di euro per l'anno 2007, in 99.082 milioni di euro per l'anno 2008 e in 102.285 milioni di euro per l'anno 2009, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli	**Patto per la salute** **Finanziamento triennale** **96.040 milioni di euro per il 2007** **99.082 milioni di euro per il 2008** **102.285 milioni di euro per il 2009**	**Patto per la salute** ***Nel documento di parere al DPEF della Conferenza delle Regioni e P.a. del 12 luglio 2007 le Regioni chiedono di verificare l'accordo sottoscritto: definizione dei LEA ed intero finanziamento da parte dello Stato; verifica del rispetto degli impegni del Governo 2 mld di euro di maggiori risorse rispetto al finanziamento previsto. Il Patto va aggiornato sulla base degli esiti dei tre Tavoli***

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)];	**comprensivi di 50 milioni di euro per l'Ospedale Bambino Gesù di Roma.**	***"Farmaceutica" "Compartecipazione alla spesa" "Livelli essenziali di assistenza" (LEA), anche in base al dinamiche del PIL nominale effettivo.*** ***Inoltre si chiede di rivedere le risorse da destinare al tema della non autosufficienza (vedi comma 1264).***
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	**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: 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.	***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 affinchè siano garantiti, con apposite risorse aggiuntive, meccanismi analoghi di finanziamento per le Regioni che si venissero a trovare in difficoltà per elevati disavanzi strutturali.***

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	Presupposto è che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi delle addizionali Irperf ed Irap. Possibilità di proporre misure equivalenti. Il mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta per l'anno successivo che le addizionali si applicano oltre i livelli massimi previsti fini all'integrale copertura del disavanzo.	

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	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. Gli interventi sono vincolanti per la Regione.	

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);	Attività di affiancamento delle Regioni da parte dei Ministeri Salute ed Economia nell'ambito del SIVEAS.	
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;	Accertamento delle risultanze contabili da parte del Tavolo di monitoraggio e verifica degli adempimenti ai fini dell'avvio delle procedure per il commissariamento.	
d) al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento a carico dello Stato:		

1) in deroga a quanto stabilito dall'*articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, 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'*articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, 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;	**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.	
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	Anticipazione Regione Siciliana del 97% al netto di entrate proprie e della partecipazione della Regione.	

i medesimi anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni della medesima regione;		
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; 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;	Possibilità di **incremento della percentuale alle Regioni adempienti.** Il restante 3% è erogato a conclusione della verifica positiva del Tavolo di monitoraggio.	
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.	

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	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.	

dell'azienda farmaceutica inadempiente, l'automatico ripristino, dal primo giorno del mese successivo, del prezzo dei farmaci in vigore il 1° ottobre 2006 (328);		
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;	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.	
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*);		
l) 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 30 dicembre 2004, n. 311*, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni: 1) con riferimento al superamento del tetto del 13 per cento, per la spesa farmaceutica	**Accesso alla "quota premiale"** di cui all'art.1 comma 181 fin 2005 con riferimento alla spesa farmaceutica anche alle seguenti condizioni: In riferimento al superamento del tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata	

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;	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.	
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	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.	

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;		
m) all'*articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, sono apportate le seguenti modificazioni: 1) il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I percorsi diagnostico-*ter*apeutici 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»;	**Linee guida per i percorsi diagnostico-terapeutici** adeguate periodicamente con DM Salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.	
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		***Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 15 novembre 2007 e successiva delibera del Cipe***

e delle finanze,» e dopo le parole: «di Trento e di Bolzano,» sono inserite le seguenti: «entro il 31 marzo 2007,»; *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	**Programma investimenti**: l'importo ex art. 20 l. n. 67/1988 è elevato a 20 miliardi di euro. Il maggior importo di 3 mld è così vincolato:	***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.*** ***Nuova Intesa Stato-Regioni del 18 settembre 2008.***

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	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; 100 milioni per l'adeguamento dei sistemi informativi; 100 milioni per le strutture di assistenza odontoiatrica.	

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:	Il riparto fra le Regioni avviene sulla base dei seguenti criteri e linee prioritarie:	
1) innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;	settore oncologico e malattie rare;	
2) superamento del divario Nord-Sud; 3) possibilità per le regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;	superamento divario Nord-Sud; programmazione regionale aggiuntiva;	
4) messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997*, pubblicato nel supplemento ordinario n. 37 alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997;	messa a norma delle strutture pubbliche;	
5) premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento	premialità alle Regioni più tempestive nella ristrutturazione ed ammodernamento.	

tecnologico già eseguiti per una quota pari al 10 per cento [329];		
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];	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. Piani di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate.	

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-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	**Ticket** per i non esenti di 10 euro sulla ricetta relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. **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". Restano salvi ticket più elevati introdotti dalle Regioni.	***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.*** ***Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2007.***

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 (333). ;		
q) all'*articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, la lettera *a*) è sostituita dalla seguente: «*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*	**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.	***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***

Ministri 29 novembre 2001, 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»;		***nuovo provvedimento.***
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;	Multa per il mancato ritiro dei risultati di visite o esami.	
s) a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano 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 modificazioni;	Cessazione dal 1 gennaio 2008 degli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate.	
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'*articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1, del medesimo	Le Regioni adottano i provvedimenti finalizzati a garantire la cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture private dal 1 gennaio 2010.	

decreto legislativo n. 502 del 1992 [334];		
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'*articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo *articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992*. 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'*articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni;	I nuovi accreditamenti dal 1 gennaio 2008 dovranno essere concessi solo sulla base di un provvedimento regionale di ricognizione. Per le Regioni coni piani di rientro la data è anticipata al 1 luglio 2007.	
v) il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Agenzia per i servizi	**Disposizioni sui dispositivi medici** Il Min salute avvalendosi della CUD e dell'ASSR individua tipologie di dispositivi	

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'*articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, e dal numero 2) della lettera *a*) del comma 409 dell'*articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, 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	per il cui acquisto la spesa supera il 50% della spesa complessiva dei dispositivi registrata per il SSN. 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.	

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];		
z) la disposizione di cui all'*articolo 3, comma 2, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 8 aprile 1998, n. 94*, non è applicabile al ricorso a terapie farmacologiche a carico del Servizio sanitario nazionale, che, nell'ambito dei presìdi 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	**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.	

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. (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	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.	

comma 7 dell'*art. 22, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*.

(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*.

(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*.

(326) Vedi, anche, il comma 3 dell'*art. 77-quater, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

(327) Vedi, anche, l'*art. 1, D.L. 20 marzo 2007, n. 23*.

(328) Con *Provv. 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

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		

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 *a*) e *b*) del comma 280 dell'*art. 2 della citata legge n. 244 del 2007*.

(330) La Corte costituzionale, con ordinanza 9-13 marzo 2009, n. 70 (Gazz. Uff. 8 aprile 2009, n. 14, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 796, lettera *o*), sollevata in riferimento agli artt. 3, 24, 32, 41, 97, 103, 113, 117, terzo comma, e 119 della Costituzione.

(331) Per l'abolizione della quota fissa sulla ricetta prevista dalla presente lettera vedi l'*art. 1-bis, D.L. 20 marzo 2007, n. 23*, 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. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244* e, per gli anni 2009, 2010 e 2011, il comma 19 dell'*art. 61, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, come sostituito dalla relativa legge di conversione.

(332) La Corte costituzionale, con sentenza 9-13 giugno 2008, n. 203 (Gazz. Uff. 18 giugno 2008, n. 26, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1,

comma 796, lettera p), promossa, in riferimento agli artt. 117 e 119 della Costituzione. (333) Lettera aggiunta dall'*art. 6-quater, D.L. 28 dicembre 2006, n. 300*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, l'*art. 1-bis, D.L. 20 marzo 2007, n. 23*, aggiunto dalla relativa legge di convrsione. (334) Lettera così modificata dal comma 100 dell'*art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191*, a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai sensi di quanto disposto dal comma 253 del citato art. 2. (335) Con *D.M. 23 gennaio 2007* (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 *D.M. 11 ottobre 2007* (Gazz. Uff. 13 novembre 2007, n. 264), rettificato con *Comunicato 4 dicembre 2007* (Gazz. Uff. 4 dicembre 2007, n. 282), con *D.M. 25 gennaio 2008* (Gazz. Uff. 22 aprile 2008, n. 95), con *D.M. 15 aprile 2008* (Gazz. Uff. 24 giugno 2008, n. 146) e con *D.M. 17 febbraio 2009* (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.		
1. 797. Il finanziamento del Servizio sanitario	**Integrazione finanziamento anno 2006** di	***Le risorse sono state ripartite.***

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). (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).	2000 milioni di euro. *La Conferenza delle Regioni ha approvato la proposta di ripartizione nella seduta del 14 dicembre 2006 che è stata trasmessa ai ministeri interessati.*	
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».	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.	
. 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	**Armonizzazione del PSN 2006** al finanziamento complessivo del SSN con modalità proposte dal Min Salute sentita la	

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.	Conferenza Stato-Regioni.	
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). (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.	Con DPCM saranno definite le modalità sulla libera professione dei medici in servizio presso la Presidenza del consiglio.	
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.*	Il **prezzo dei medicinali non soggetti a prescrizione medica** è stabilito dai titolari della farmacia e chiaramente esposto al pubblico.	

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*.		
	Il prezzo massimo di tali medicinali resta bloccato per tutto il 2007 al listino in vigore al 31 dicembre 2006.	
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.	Sconto minimo su tali farmaci per ospedali e strutture del SSN.	
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*,	Il prezzo dei medicinali di classe C per il 2007 deve essere pari al prezzo in vigore nel 2006 aggiornato alle variazioni Istat.	

convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 luglio 2005, n. 149*, non può essere superiore, per l'anno 2007, al prezzo in vigore nel 2006, aumentato sulla base delle variazioni dell'indice ISTAT sul costo della vita relative al periodo dicembre 2005-dicembre 2006.		
1. 805. Al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale, per il triennio 2007, 2008 e 2009 è istituito un Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale nonché per il cofinanziamento di analoghi progetti da parte delle regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia e delle province autonome di Trento e di Bolzano.	**Fondo di cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale.**	
1. 806. L'importo annuale del Fondo di cui al comma 805 è stabilito in 65,5 milioni di euro, di cui 5 milioni per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e 60,5 milioni da assegnare alle regioni ed 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 ed il cofinanziamento dei progetti regionali in materia di: *a*) sperimentazione del modello assistenziale case della salute, per 10 milioni di euro;	L'importo annuale del Fondo è di 65,5 milioni di euro di cui 60,5 per le Regioni con DM salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per il cofinanziamento di progetti su: Sperimentazione case della salute	

b) iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, per 10 milioni di euro; *c*) malattie rare, per 30 milioni di euro; *d*) implementazione della rete delle unità spinali unipolari, per 10,5 milioni di euro (338). (338) Vedi, anche, il comma 374 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.	Salute della donna, delle gestanti, della partoriente e del neonato. Malattie rare Rete unità spinali unipolari	
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).	Risorse con DM su proposta del Comitato LEA alle Regioni che hanno presentato progetti attuativi del PSN sulle materie di cui al comma precedente.	

(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*.		
1. 808. Per il proseguimento dell'intervento speciale per la diffusione degli *screening* 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.	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.	***Le risorse sono state ripartite.***
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.	Finanziamento di 500.000 euro l'anno a decorrere dal 2007 per il funzionamento della Consulta del volontariato per la lotta contro l'AIDS.	
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	**Modifiche alla Tessera Sanitaria:** il controllo sulle ricette viene esteso a	

modificazioni: *a*) 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»; *b*) 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»; *c*) dopo il comma 5 sono inseriti i seguenti:	prescrizioni riguardanti la protesica e l'integrativa	
«*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	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. Con DPCM entro il 30 aprile 2007 su proposta Min economia di concerto con	

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.	Salute e Lavoro, previo parere del Garante privacy e della Conferenza Stato-Regioni, sono definite le regole sui dati e le modalità di trasmissione.	
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)];	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.	
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	Si aggiungono i dispositivi di assistenza protesica ed integrativa.	

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»; *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»; *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-*bis* 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»;		
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	Con DM Economia di concerto con Min Salute entro il 31 marzo 2007 sono definititi i dati e le modalità di trasmissione, relativi alla liquidazione periodica dei rimborsi da parte delle ASL alle strutture eroganti le prestazioni.	

dell'economia e delle finanze, nonché le modalità di trasmissione» (341). (340) Vedi, anche, il *D.P.C.M. 26 marzo 2008*. (341) In attuazione di quanto disposto dalla presente lettera vedi il *Decr. 30 marzo 2007*.		
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.	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.	
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	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.	

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.		
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.	**Risorse per la ricerca sanitaria nel triennio**: 10 milioni di euro per IZS per la sicurezza alimentare Tre importi di 3 milioni di euro per malattie rare Progetti utilizzazione cellule staminali Attività di tutela salute sui luoghi di lavoro	
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	Vincolo di una quota non inferiore al 5% per	

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'*impact factor* ed il *citation index*. 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). (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*.	progetti di ricerca presentati da ricercatori sotto i quaranta anni valutati da un Comitato di esperti. DPCM attuativo di tali disposizioni entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.	
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	Onere di 100.000 euro annui per il funzionamento del comitato.	

annui [343]. (343) Comma così modificato dal comma 317 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.		
1. 816. Ai fini del completamento delle attività di cui all'*articolo 92, comma 7, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e all'*articolo 4, comma 170, della legge 24 dicembre 2003, n. 350*, è autorizzato lo stanziamento di 8 milioni di euro per gli anni 2007, 2008 e 2009 a favore dell'Istituto superiore di sanità.	**Finanziamento di 8 milioni di euro annui per il triennio all'Istituto Superiore di Sanità.**	
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.	**Contributo straordinario** di 2 milioni di euro annui per il triennio alla **Lega italiana per la lotta contro i tumori.**	
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 11 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale.	**Incompatibilità** con altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con qualsiasi attività professionale per i **Direttori IRCCS.**	
1. 819. Con accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concluso ai sensi dell'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, su proposta del Ministro della salute, sono definiti gli indirizzi per la realizzazione	Accordo su **farmacovigilanza** attiva tramite convenzioni AIFA Regioni per risorse pari a 25 milioni di euro.	

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.		
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)]. (344) Per la decorrenza dell'obbligo previsto dal presente comma vedi l'*art. 8, D.M. 13 aprile 2007*.	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.	
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».	**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.	

1. 822. All'*articolo 15 della legge n. 219 del 2005*, il comma 6 è sostituito dal seguente: «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».	La stipula delle convenzioni deve avvenire entro un anno dal DM Salute che individua centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati.	
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».	Esportazione di emoderivati a condizione che risultino autorizzati alla commercializzazione nei Paesi destinatari.	
1. 824. L'*articolo 27 del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191*, è sostituito dal seguente: «Art. 27. - *(Produzione di medicinali derivati dal sangue o dal plasma).* - 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*».	Il plasma e relativi intermedi raccolti in Paesi esteri devono rispondere ai requisiti previsti dalla Farmacopea europea ed alle direttive europee.	
1. 825. All'*articolo 1, comma 409, della legge 23*	**Disposizioni sui dispositivi medici**	

dicembre 2005, n. 266, sono apportate le seguenti modificazioni: *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»;		
b) la lettera *d*) è sostituita dalla seguente: «*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	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 . Previste sanzioni per il mancato pagamento.	

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 implichino l'utilizzazione di dispositivi medici, nonché per la stipula di convenzioni con università e istituti di ricerca o con esperti del settore»;	Previste sanzioni per omissione di dati nella banca dati del Min Salute.	
c) la lettera *e*) è sostituita dalla seguente:	Pagamento al Min Salute di una tariffa per dispositivo.	
«*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	Pagamento al Min Salute di una tariffa per dispositivo	

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*)».	I proventi sono utilizzati per la vigilanza e la manutenzione del repertorio generale.	
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,	Lo **sconto per le farmacie in zone disagiate** è prorogato per il triennio.	

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). (345) Vedi, anche, il *D.M. 25 settembre 2008*.	DM Salute di concerto con Economia sentita la Conferenza Stato-Regioni stabilisce la misura della ulteriore riduzione.	
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	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.	

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). (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.		
1. 828. Per consentire il potenziamento delle attività affidate alla Commissione per la vigilanza e il controllo sul *doping* e per la tutela della salute nelle attività sportive e ai laboratori per il controllo sanitario sulle attività sportive di cui agli *articoli 3 e 4 della legge 14 dicembre 2000, n. 376*, è autorizzata per ciascuno degli anni 2007, 2008, 2009 una spesa ulteriore di 2 milioni di euro.	Potenziamento **attività antidoping** e tutela della salute nelle attività sportive: ulteriore spesa di 2 milioni di euro annui per il triennio.	

1. 829. All'*articolo 4 della legge 14 agosto 1991, n. 281*, il comma 1 è sostituito dal seguente: «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».	**Piani comunali di controllo del randagismo** e risanamento canili comunali.	
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.	**Regione Siciliana** Concorso della Regione Siciliana al finanziamento del SSR: 2007 pari al 44,85%, 2008 al 47,09% e 2009 al 49,11%.	
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	Sospensione fino al 30 aprile del 2007 dell'applicazione in attesa delle nuove norme di attuazione dello Statuto della Regione in materia sanitaria. In caso di mancata intesa entro tale data, il concorso è fissato al 44,09% per il 2007.	

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.		
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). (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.	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	

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.	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.	
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: «Art. 8. - Le entrate della regione sono costituite: *a*) dai sette decimi del gettito delle imposte sul reddito delle persone fisiche e sul reddito delle persone giuridiche riscosse nel territorio della regione; *b*) dai nove decimi del gettito delle imposte sul bollo, di registro, ipotecarie, sul consumo dell'energia elettrica e delle tasse sulle concessioni governative	**Regione Sardegna** Modifiche dello Statuto della Regione Sardegna sul regime delle entrate.	

percette nel territorio della regione; *c*) dai cinque decimi delle imposte sulle successioni e donazioni riscosse nel territorio della regione; *d*) dai nove decimi dell'imposta di fabbricazione su tutti i prodotti che ne siano gravati, percetta nel territorio della regione; *e*) dai nove decimi della quota fiscale dell'imposta erariale di consumo relativa ai prodotti dei monopoli dei tabacchi consumati nella regione; *f*) 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; *g*) dai canoni per le concessioni idroelettriche; *h*) da imposte e tasse sul turismo e da altri tributi propri che la regione ha facoltà di istituire con legge in armonia con i princìpi del sistema tributario dello Stato; *i*) dai redditi derivanti dal proprio patrimonio e dal proprio demanio; *l*) da contributi straordinari dello Stato per		

particolari piani di opere pubbliche e di trasformazione fondiaria; *m*) dai sette decimi di tutte le entrate erariali, dirette o indirette, comunque denominate, ad eccezione di quelle di spettanza di altri enti pubblici. 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».		
1. 835. Ad integrazione delle somme stanziate 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 38 del decreto del Presidente della Repubblica 19 maggio 1949, n. 250*, per gli anni 2004, 2005 e 2006.	Integrazione delle somme stanziate di 25 milioni di euro annui dal 2006 al 2026 per la devoluzione alla Regione Sardegna delle quote di compartecipazione all'IVA:	
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.	Dal 2007 la Regione provvede al finanziamento del SSN senza apporto a carico dello Stato.	
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		

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. **1.** 838. L'attuazione delle previsioni relative alla compartecipazione al gettito delle imposte di cui alle lettere *a*) e *m*) 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.		
1. 839. Dall'attuazione del combinato disposto della lettera *f*), 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	Dall'attuazione di quanto sopra disposto, per gli anni 2007, 2008 e 2009 non può derivare alcun onere aggiuntivo a carico dello Stato.	

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. **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.		
1. 1186. Alla lettera *c*) del secondo comma dell'articolo 197 del testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124*, 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 *legge 7 giugno 2000, n. 150*, del relativo regolamento di attuazione, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 2001, n. 422*, e dei criteri e delle procedure individuati ogni due anni con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale».	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.	
1. 1187. Al fine di assicurare un adeguato e tempestivo sostegno ai familiari delle vittime di gravi	**Fondo di sostegno alle famiglie delle**	

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 *decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124*, 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). (477) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 2 luglio 2007*, il *D.M. 19 novembre 2008* e il *D.M. 2 marzo 2009*. Per l'incremento della dotazione del Fondo previsto dal presente comma vedi il comma 534 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*.	**vittime di incidenti sul lavoro** presso il Min Lavoro e previdenza sociale.	
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	Destinazione del 5 per mille dell'Irpef a	

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 operano 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 (502);	Organizzazioni non lucrative di utilità sociale	
b) finanziamento agli enti della ricerca scientifica e dell'università;	Enti di ricerca	
c) finanziamento agli enti della ricerca sanitaria (503).	Enti di ricerca sanitaria	
(502) Lettera così modificata dal comma 1-*bis* dell'*art. 45, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, aggiunto dalla relativa legge di conversione. (503) A parziale modifica delle disposizioni contenute nel presente comma vedi il comma 2 dell'*art. 20, D.L. 1° ottobre 2007, n. 159*, come sostituito dalla relativa legge di conversione. Vedi,		

anche, il *D.P.C.M. 16 marzo 2007* e il *D.P.C.M. 24 aprile 2008*.		
. 1254. L'*articolo 9 della legge 8 marzo 2000, n. 53*, è sostituito dal seguente: «Art. 9. - *(Misure a sostegno della flessibilità di orario)*. - 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: *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	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…	

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; *b*) programmi di formazione per il reinserimento dei lavoratori dopo il periodo di congedo; *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; *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».		
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.	Per le attività di prevenzione sulle mutilazioni genitali femminili è autorizzata una ulteriore spesa di 500.000 euro annui.	
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	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.	***E' stata sancita intesa nella Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 con a verbale che la proposta è relativa solo all'anno 2007.***

l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 (523). (523) Per l'incremento del Fondo previsto dal presente comma vedi il comma 465 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244* e il comma 102 dell'*art. 2, L. 23 dicembre 2009, n. 191*.		
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'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281* (524). (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 *D.M. 12 ottobre 2007* (Gazz. Uff. 23 aprile 2008, n. 96) e per l'anno 2008, con *D.M. 6 agosto 2008* (Gazz. Uff. 7 novembre 2008, n. 261).	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.	
1. 1344. All'*articolo 1, comma 27, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, 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	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.	

2008 e 2009».		
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'alinea 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	Interventi di risanamento della **Fondazione Ordine Mauriziano di Torino.**	

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). (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.		
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	La proprietà dei beni immobili può essere trasferita a titolo oneroso alla Regione Piemonte.	

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.		

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, 1ª 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/CSR 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;

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

ALL. SUB A

MODULARIO
Salute - 3

MOD. 5 - U.G.

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;

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - G.

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 ... ...;

DECRETA

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**

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, 1ª 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 PROVINCIE 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/CSR 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,

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 Lanzillotta

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", rideterminа, 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

Tabella A

inistero della Salute

ITIMENTO DELLA QUALITA' - Direzione generale della programmazione sanitaria

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA' - Direzione generale della programmazione sanitaria del LEA e dei principali elici di sistema

rto disponibilità finanziare 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

ale di euro)

Regioni	TOTALE FABBISOGNO 2007	%	Integrazione a norma dell'art. 1-bis, comma 1 del decreto-legge 23/2007 convertito nella legge 64/2007
	(a)		(b)
	100%		
		%	
ONTE	7.168.500.000	7,58%	38.940.470
E D'AOSTA	201.625.937	0,21%	1.095.265
BARDIA	14.995.500.000	15,06%	81.458.019
ANO	768.340.914	0,80%	4.173.188
NTO	795.033.593	0,85%	4.318.753
ETO	7.474.500.000	8,04%	40.602.712
LI	2.009.757.302	2,12%	10.917.332
RIA	2.862.500.000	2,88%	15.549.570
IA ROMAGNA	6.929.000.000	7,30%	37.639.466
CANA	6.023.447.000	6,35%	32.720.354
RIA	1.444.000.000	1,51%	7.844.045
CHE	2.508.000.000	2,66%	13.623.868
O	8.483.000.000	8,97%	45.972.406
UZZO	2.088.000.000	2,25%	11.342.359
ISE	522.000.000	0,56%	2.835.590
PANIA	8.895.200.000	9,49%	48.320.188
LIA	6.370.000.000	6,79%	34.602.886
LICATA	966.500.000	1,01%	5.250.187
ABRIA	3.206.000.000	3,38%	17.426.383
LIA	7.751.500.000	8,40%	42.107.421
DEGNA	2.623.915.185	2,78%	14.253.538
ESU'	-		
I.S.M.O.M.			
ALE	94.069.320.000	100%	511.000.000
TRATTO per IZS	10.000.000		
D. PENITENZIARIA	6.840.000		
	205.000.000		
	126.500.000		
e Vincolate	1.622.340.000		
TALE FABBISOGNO	96.040.000.000		

Regioni	Fabbisogno indistinto 2007 (unità di euro)	REGIONI: FABBISOGNO INDISTINTO							Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Disponibilità di cassa (senza mobilità) già assegnata con riparto FSN 2007	somma residua da assegnare
		Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP stima 2006	Addizionale IRPEF stima 2006	Integrazione a norma del d.l.vo 56/2000 (*)	Fondo sanitario nazionale				
	(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			7.040.344.499	7.001.404.029	38.940.470
VALLE D'AOSTA	202.721.202	4.341.336	100.698.214	82.707.842	14.373.810				97.681.652	97.681.652	0
LOMBARDIA	15.076.959.019	344.688.926		8.311.047.202	1.204.379.779	5.216.843.012			14.732.269.093	14.650.811.074	81.458.019
BOLZANO	773.520.100	17.089.038	336.419.964	341.819.971	58.384.127				420.011.098	420.011.098	0
TRENTO	798.352.346	17.328.157	404.813.403	319.734.826	57.475.955				377.210.783	377.210.783	0
VENETO	7.515.102.712	187.978.900		3.292.210.158	480.676.425	3.564.238.229			7.337.123.812	7.286.511.100	40.602.712
FRIULI	2.020.674.724	47.484.584	1.087.493.194	746.530.057	136.188.880				885.696.947	885.696.947	0
LIGURIA	2.879.049.570	62.729.872		799.983.488	189.801.133	1.837.525.055			2.815.319.698	2.799.770.128	15.549.570
EMILIA ROMAGNA	6.966.639.466	171.955.829		3.024.793.689	508.398.880	3.263.493.149			6.794.683.637	6.757.044.171	37.639.466
TOSCANA	6.056.167.354	138.369.096		2.124.906.772	378.796.124	3.414.533.361			5.917.798.358	5.885.077.904	32.720.354
UMBRIA	1.451.844.045	34.031.402		388.642.586	79.356.800	971.814.258			1.417.812.643	1.409.968.598	7.844.045
MARCHE	2.521.623.868	57.467.177		785.714.983	146.026.823	1.532.416.075			2.464.156.691	2.450.532.823	13.623.868
LAZIO	8.508.972.406	162.193.247		4.109.140.417	844.349.981	3.643.291.782			8.396.779.159	8.350.806.753	45.972.406
ABRUZZO	2.099.342.359	41.537.068		479.087.751	100.985.802	1.468.512.038			2.057.805.391	2.046.463.032	11.342.359
MOLISE	524.835.590	12.952.736		42.367.626	25.528.251	443.968.974			511.882.854	509.047.264	2.835.590
CAMPANIA	8.943.920.188	163.215.831		1.480.225.533	340.328.175	6.949.650.648			8.780.394.357	8.731.984.169	48.320.188
PUGLIA	6.404.602.886	113.350.898		1.063.867.050	204.313.274	5.023.270.756			6.291.251.988	6.256.649.102	34.602.886
BASILICATA	971.750.187	16.926.354		70.430.545	37.988.944	846.404.344			954.823.833	949.573.646	5.250.187
CALABRIA	3.225.426.383	47.418.994		180.491.189	156.171.746	2.842.344.484			3.178.007.389	3.160.581.006	17.426.383
SICILIA	7.793.607.421	128.084.893	3.436.201.512	1.554.906.240	300.984.383		2.373.828.314		4.229.311.016	4.205.778.757	23.542.259
SARDEGNA	2.638.168.703	45.917.138	1.836.310.654	614.975.570	120.985.842				735.940.911	735.940.911	-
B. GESU'	-								-	-	-
A.C.I.S.M.O.M.	-										
TOTALI	94.580.320.000	1.982.157.447	7.221.936.943	32.512.748.472	5.887.185.967	44.852.482.858	2.373.828.314		85.428.225.610	84.968.554.848	457.670.762
ENTRATE REGIONALI (*)							contributo regionale		9.204.094.390	9.150.765.152	
							10.000.000		10.000.000	10.000.000	
CONTRATTO per IZS	10.000.000						6.840.000		6.840.000	6.840.000	
MED. PENITENZIARIA	6.840.000						205.000.000		205.000.000	205.000.000	
IZS	205.000.000						126.500.000		126.500.000	126.500.000	
CRI	126.500.000						1.572.340.000		1.572.340.000	1.572.340.000	
Altre Vincolate	1.622.340.000								-	-	
							4.294.508.314		96.551.000.000	96.040.000.000	511.000.000
TOTALE FABBISOGNO	96.551.000.000										

(*) 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. *Commissari ad acta per le regioni inadempienti* [(4)].	**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 prefiguri 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 [illegible].	**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.**
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 [illegible].	**Prescrizione dei crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2005.**

(4) Rubrica così sostituita dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (5) Comma così modificato dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (6) Comma così modificato prima dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*, poi dall'*art. 79, comma 3, D.L. 25 giugno 2008, n. 112* ed infine dal comma 1 dell'*art. 1, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*. (7) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*.	
Art. 5. ***Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico***	
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	**Dal 2008 nuovo tetto della spesa farmaceutica territoriale (farmacie, distribuzione diretta delle ASL e ticket regionali) pari al 14% del finanziamento del SSN.** **Modalità e tempi di trasmissione dei dati dalle Regioni all'AIFA, ai Ministeri dell'Economia e della Salute sia della**

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].	**distribuzione diretta che della spesa farmaceutica ospedaliera.** **Il rispetto delle disposizioni costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo.**
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	**Nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico SSN**

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 decadenze 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 incrementali 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 decadenze di brevetto che avvengono nell'anno per il quale è effettuata l'attribuzione del budget. Un ulteriore 20 per cento delle risorse incrementali, 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];	**La somma dei budget più il fondo farmaci innovativi deve essere uguale all'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica.**
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	**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.	**Ripiano dello sforamento**
3. Le regole per il ripiano dello sforamento sono così definite:	**Regole del ripiano**
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	**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 sforamento 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 [illegible]; *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 sforamento in proporzione al	**Il ripiano avviene tramite "pay back" con il versamento dell'importo direttamente alle Regioni dove si è verificato lo sforamento .**

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 sforamento; 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].	**Le Regioni che superano il tetto sono tenute ad adottare le misure di contenimento della spesa per un ammontare di almeno il 30% dello sforamento e costituiscono adempimento per l'accesso alle risorse integrative.**
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 sforamento di detto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa	**Nuovo tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera pari al 2,4% del finanziamento del SSN.** **Lo sforamento 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].	**Non è tenuta al ripiano la Regione che è in equilibrio economico complessivo.**
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].	**Per il farmaco equivalente il medico deve indicare nella ricetta il nome della specialità medicinale o il nome del generico.**
5-*quinquies*. Al comma 8 dell'*articolo* 48 *del* *decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24*	

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 sforamento 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.*	

222. (18) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (19) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (20) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (21) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (22) Vedi, anche, il comma 2-*bis* dell'*art. 9, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.	
Art. 5-bis. ***Disposizioni concernenti il funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco***	
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	**Dotazione organica dell'AIFA**

settembre 2004, n. 245. 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'*articolo 48 del citato decreto-legge n. 269 del 2003*, che rappresenta per l'AIFA un'entrata certa con carattere di continuità [23]. (23) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*.	
Art. 7-bis. ***Patto di stabilità interno 2007 per le Regioni***	
1. Dopo il comma 658 dell'*articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è inserito il seguente: «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]. (27) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007,*	

n. 222. Si tenga presente che il comma 658-*bis* dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296* è stato successivamente modificato dal comma 39 dell'*art. 2, L. 22 dicembre 2008, n. 203*.	
Art. 31. **31. *Contributi ad enti e associazioni*** [110].	
1. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 36 milioni di euro a favore dell'Istituto Gaslini di Genova [111].	**Per l'anno 2007: 36 milioni al Gaslini di Genova**
2. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 1 milione di euro a favore dell'Unione italiana ciechi.	**1 milioni all'Unione Italiana ciechi**
3. Per l'anno 2007 è concesso un contributo straordinario di 3 milioni di euro a favore della Fondazione EBRI (European Brain Research Institute).	**3 milioni alla fondazione EBRI**
3-*bis*. 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].	**1 milione all'ENS**
3-*ter*. 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	**3 milioni programmi formazione internazionale**

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 [113].	
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].	**1 milione a ANMIC, ENS; UNMS; ANMIL**
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].	**1 milione alla Lega del filo d'oro**
(110) Rubrica così sostituita dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (111) Comma così modificato dalla *legge di conversione 29 novembre*	

2007, n. 222. (112) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (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. (114) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*. (115) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 29 novembre 2007, n. 222*.	
33. ***Disposizioni a favore di soggetti danneggiati da trasfusioni infette*** (116).	
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). 2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro	**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.** **Con DM Salute di concerto con Economia sono fissati i criteri**

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 *decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917*, sono apportate le seguenti modificazioni: *a*) all'articolo 10, comma 1, la lettera *e-ter*) è sostituita dalla seguente: «*e-ter*) 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 decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, 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**

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»; *b*) all'articolo 51, comma 2, la lettera *a*) è sostituita dalla seguente: «*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*)».	**ambiti di intervento interessati anche sulla base dei contributi previdenziali e assistenziali versati dal lavatore e dal datore di lavoro.**
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*.	
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	**Norme sulla formazione e composizione del Governo** **Previsione per il successivo Governo di 12 Ministeri con**

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]. (106) Comma prima sostituito dal comma 1 dell'*art. 1, L. 13 novembre 2009, n. 172* e poi così modificato dal comma 3-*bis* dell'*art. 15, D.L. 30 dicembre 2009, n. 195*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.	**l'accorpamento Lavoro, Salute e Politiche Sociali in un unico dicastero del Welfare.**
1. 377. A far data dall'applicazione, ai sensi del comma 376, del *decreto legislativo n. 300 del 1999* sono abrogate le disposizioni non compatibili con la riduzione dei Ministeri di cui al citato comma 376, ivi comprese quelle di cui al *decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2001, n. 317*, e successive modificazioni, e al *decreto-legge 18 maggio 2006, n. 181*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 17 luglio 2006, n. 233*, 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 *decreto-legge n. 181 del 2006*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 233 del 2006*, e successive modificazioni [107]. (107) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi il comma 2 dell'*art. 1, D.L. 23 maggio 2008, n. 90*.	

Art. 2. **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**	
2. 46. In attuazione degli accordi sottoscritti tra lo Stato e le regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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. **2.** 46-*bis*. Nelle more dell'emanazione del regolamento di cui all'*articolo*	**Attuazione dei piani di rientro regionali in materia sanitaria** **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.**

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). (137) Comma aggiunto dall'*art. 17, comma 32, D.L. 1° luglio 2009, n. 78.*	
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.	**Restituzione delle somme in trenta anni.**
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 *tranche* successive, a seguito del riaccertamento definitivo e completo del debito da parte delle regioni interessate, con il supporto dell'*advisor* 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.	**Appositi contratti Ministero Economia-Regione individuano le condizioni per la restituzione.**

2. 49. In presenza della sottoscrizione dell'accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, 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.	**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.**

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.	**Condizione di accesso al Fondo di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006 (Federalismo fiscale)** **Attuazione del Dlgs 56/2000 per lo sblocco delle risorse degli anni 2005 e 2006 tramite le intese già sancite in Conferenza Stato-Regioni.**
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.	
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*.	
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».	**Edilizia scolastica, penitenziaria e sanitaria** **23 miliardi di euro per l'edilizia sanitaria.**
2. 280. All'articolo 1, comma 796, lettera *n*), della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sono apportate le seguenti modificazioni: *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	**Sono previste per il maggior importo finalizzazioni per l'ammodernamento tecnologico delle strutture :** - **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);	**150 milioni di euro per cure palliative**
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».	**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.**

(205) 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. (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*):	**Medicina penitenziaria** **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.** ***Intesa Conferenza Stato-Regioni 20 marzo 2008 e successivo DPCM 1 aprile 2008***

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 *decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309*, e successive modificazioni, e per il collocamento nelle medesime comunità dei minorenni e dei giovani di cui all'*articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272*, disposto dall'autorità giudiziaria; *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; *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	**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.**

dall'anno 2010 a valere sullo stato di previsione del Ministero della salute; *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; *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). (207) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.P.C.M. 1° aprile 2008.*	**Trasferimento di attrezzature, arredi e beni strumentali.**
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.	**Nelle more del trasferimento sono prorogati incarichi, collaborazioni e consulenze in corso alla data del 28 settembre 2007.**
2. 307. Per consentire ai centri regionali per i trapianti di cui all'*articolo 10 della legge 1° aprile 1999, n. 91*, 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	**Promozione e sicurezza della rete trapiantologia** **700.000 euro per verifiche della sicurezza della rete trapiantologia da ripartirsi fra le Regioni con DM salute di concerto con economia.**

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 *decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 maggio 2004, n. 138*.	
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 *legge 1° aprile 1999, n. 91*, 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 *legge 21 ottobre 2005, n. 219*, può: *a*) stipulare accordi di collaborazione e convenzioni con amministrazioni pubbliche, enti, istituti, associazioni ed altre persone giuridiche pubbliche o private, nazionali, comunitarie o internazionali; *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 decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, in quanto compatibile.	**Il Centro trapianti può stipulare accordi e convenzioni con enti ed istituti nazionali ed internazionali e stipulare contratti di lavoro nei limiti del finanziamento.**
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 legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è destinata ai progetti	**Disposizioni in favore dei giovani ricercatori** **Dal 2008 almeno il 10% del FIRST è destinato a progetti di ricercatori inferiori ai 40 anni.**

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'*articolo 1, comma 873, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.	
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'*articolo 5 della legge 7 marzo 1985, n. 76*, per il calcolo dell'imposta sui tabacchi lavorati destinati alla vendita al pubblico nel territorio soggetto a monopolio.	
2. 316. All'*articolo 1, comma 814, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, 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**

2. 317. All'*articolo 1, comma 815, della legge n. 296 del 2006*, le parole: «per ciascuno degli anni 2007 e 2008» sono sostituite dalla seguente: «annui».	
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 3, comma 2, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 8 aprile 1998, n. 94*, un medicinale industriale per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'*articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536*, convertito dalla *legge 23 dicembre 1996, n. 648*, qualora per tale indicazione non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda.	**Disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci** **Divieto di prescrizione da parte del medico di un medicinale sul quale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda.**
2. 349. Ai fini delle decisioni da assumere ai sensi dell'*articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536*, convertito dalla *legge 23 dicembre 1996, n. 648*, e dell'articolo 2, comma 1, ultimo periodo, del *decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 8 aprile 1998, n. 94*, 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.	**Le valutazioni sono affidate alla Commissione tecnica scientifica dell'Aifa.**
. 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,	**Disposizioni per il recupero dei medicinali** **Le confezioni di medicinali valide, integre e ben conservate in**

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.	**possesso degli ospiti delle Rsa o dei loro familiari possono essere riutilizzate negli stessi ambiti.**
. 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.	**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.**
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.	
2. 353. L'adempimento ai fini dell'accesso agli importi di cui all'*articolo 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata nell'esercizio 2007, s'intende rispettato alle seguenti condizioni: *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	**Modalità e condizioni per l'accesso alla quota premiale per l'anno 2007 (1.400 milioni di euro).** **Tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata**

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; *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.	**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.** **Soglia del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata.** **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.**
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.	**Contributo straordinario alla Lega Tumori di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.**
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	**Istituzione presso il Ministero della Salute del registro di dottori in chiropratica.**

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'*articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, dal Ministro della salute.	
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). (223) Comma così sostituito dall'*art. 11, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, come sostituito dalla relativa legge di conversione.	**Sicurezza alimentare** **L'autorità nazionale per la sicurezza alimentare si avvale di una sede referente nella città di Foggia.** **Contributo di 2,5 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 e 1,5 per il 2010.**
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	**Disposizioni relative al sistema nazionale di ECM** **L'accordo stipulato in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2007 viene recepito: la gestione amministrativa del programma di ECM**

gestione amministrativa del programma di ECM e il supporto alla Commissione nazionale per la formazione continua di cui all'*articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, sono trasferiti all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, istituita dall'*articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266*, 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.	**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 .**
2. 358. Per favorire l'attivazione dei nuovi servizi, l'Agenzia di cui al comma 357 può avvalersi, ai sensi dell'*articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127*, di personale non dirigenziale di ruolo in posizione di comando dipendente dal Ministero della salute e dalle altre pubbliche amministrazioni di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, 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'*articolo 1, comma 308, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, distacchi non rinnovabili fino a un massimo di quindici unità di personale dipendente del Ministero della salute. I contributi alle spese previsti all'*articolo 92, comma 5, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia ai fini della copertura degli oneri dalla stessa sostenuti, ivi incluse le spese di	**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.** **I contributi versati per l'accreditamento delle attività formative affluiscono nelle casse dell'Agenzia.**

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'*articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266*, come sostituito dall'*articolo 2, comma 4, del decreto-legge 19 febbraio 2001, n. 17*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 marzo 2001, n. 129*, 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'*articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, incompatibili con i commi da 357 al presente comma e le disposizioni di cui al primo periodo del comma 4 dell'*articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266*, 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*.	**Con decreto del Ministero della Salute di concerto con Ministero dell'Economia vengono fissati i criteri e le priorità.**
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*	

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*.	
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*.	**I relativi oneri saranno ricavati dalla tassazione sui tabacchi.**
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*.	
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	**Croce rossa** **I contratti di lavoro a tempo determinato sono confermati per la durata delle convenzioni.**

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.

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.	**Vaccinazione HPV** **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.**
2. 374. Per gli anni 2008 e 2009, l'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'*articolo 1, comma 806, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, 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: *a*) alla sperimentazione del modello assistenziale «case della salute»; *b*) alle malattie rare; *c*) all'implementazione della rete delle unità spinali unipolari e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi; *d*) all'attuazione del Patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro; *e*) alla promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute	**Disposizioni attuative del Piano sanitario Nazionale** **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:** - **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**

mentale e ospedali psichiatrici giudiziari; *f)* all'attuazione del documento programmatico «Guadagnare salute – rendere facili le scelte salutari», di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 maggio 2007*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007.	
2. 376. Per l'anno 2008, la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera *p)*, primo periodo, della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è abolita.	**Quota fissa di partecipazione tickets** **Abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2008.**
2. 377. Per le finalità di cui al comma 376 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 834 milioni di euro per l'anno 2008. Il predetto incremento è ripartito tra le regioni con i medesimi criteri adottati per lo stesso anno.	**Il finanziamento del SSN è incrementato di 834 milioni di euro per l'anno 2008. (Abolizione ticket specialistica ambulatoriale – Risorse ripartite nell'Intesa 14 febbraio 2008).**
2. 378. A tal fine il fondo di rotazione per l'attuazione delle politiche comunitarie di cui all'*articolo 5 della legge 16 aprile 1987, n. 183*, è ridotto di 326 milioni di euro per l'anno 2008.	

2. 379. Il Ministero della salute promuove l'adozione da parte delle regioni di programmi finalizzati ad assicurare qualità ed appropriatezza nel campo dell'assistenza protesica, sulla base di linee guida adottate con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.	**Assistenza protesica** **Linee guida con Accordo in Conferenza Stato-Regioni per promuovere l'assistenza protesica.**
2. 380. Nell'anno 2008, a livello nazionale e in ogni singola regione, la spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1 allegato al regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, non può superare il livello di spesa registrato nell'anno 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Al fine di omogeneizzare sul territorio nazionale la remunerazione delle medesime prestazioni, gli importi delle relative tariffe, fissate quali tariffe massime dall'articolo 4 del decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, sono incrementati del 9 per cento.	**Il livello di spesa non può superare il livello di spesa del 2007 incrementato del tasso di inflazione programmata. Gli importi delle tariffe massime sono incrementati del 9%.**
2. 381. Dall'applicazione dell'articolo 1, comma 409, lettera *c*), della *legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni, sono escluse le attività di informazione ed aggiornamento relative alla assistenza protesica su misura realizzate in coerenza con i programmi regionali di cui al comma 379 ovvero accreditate nei programmi di	
2. 433. Al concorso per l'accesso alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, di cui al *decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*, e successive modificazioni, possono partecipare tutti	**Scuole di specializzazione mediche** **Sono ammessi al concorso i laureati e gli iscritti al corso di laurea**

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). (244) Comma così sostituito dall'*art. 7, D.L. 1° settembre 2008, n. 137*, come modificato dalla relativa legge di conversione.	**che devono sostenere solo la prova finale.**
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). (247) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.	**Contributo di 3 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009 per il centro ricerche Ceinge Biotecnologie avanzate Scarl di Napoli**
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.	**Fondo nazionale per il risanamento degli edifici pubblici** **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.**

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.	**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.**
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).	**Dotazione del fondo 5 milioni di euro per l'anno 2008.**
(249) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.	

2. 462. All'*articolo 1, comma 1251, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sono aggiunte le seguenti lettere: «*c-bis*) 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 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, una intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, 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; *c-ter*) 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-*bis*, della *legge 3 agosto 1998, n. 269*».	**Persone non autosufficienti** **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.** **Intesa Stato-Regioni 14 febbraio 2008.**
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). (251) Comma così sostituito dall'*art. 11-bis, D.L. 31 dicembre 2007, n.*	**Telefono Azzurro** **Finanziamento per l'anno 2008 di 1,5 milioni di euro a Telefono Azzurro.**

248, aggiunto dalla relativa legge di conversione. Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.	
2. 465. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è incrementata di euro 100 milioni per l'anno 2008 e di euro 200 milioni per l'anno 2009.	**Fondo per le non autosufficienze** **Incremento di 100 milioni per l'anno 2008 (200 milioni già stanziati in finanziaria 2007) e di 200 milioni per l'anno 2009 (200 già stanziati nella finanziaria 2007).** ***Intesa sulla ripartizione di tali risorse in Conferenza Unificata del 20 marzo 2008.***
2. 532. All'articolo 1, comma 2, lettera *p*), alinea, della *legge 3 agosto 2007, n. 123*, le parole: «, da finanziare, a decorrere dall'anno 2008, per le attività di cui ai numeri 1) e 2) della presente lettera, a valere, previo atto di accertamento, su una quota delle risorse di cui all'*articolo 1, comma 780, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, accertate in sede di bilancio consuntivo per l'anno 2007 dell'INAIL,» sono soppresse.	**Sicurezza sui luoghi di lavoro**
2. 533. All'*articolo 1 della citata legge 3 agosto 2007, n. 123*, dopo il comma 7 è aggiunto, in fine, il seguente: «*7-bis*. Per l'attuazione del principio di delega di cui al comma 2, lettera *p*), è previsto uno stanziamento di 50 milioni di euro a decorrere dal 1° gennaio 2008».	**Ai progetti formativi ed investimenti in materia di sicurezza di piccole e medie imprese è dedicato un finanziamento di 50 milioni di euro a decorrere dal 2008.**
2. 534. La dotazione del fondo di cui all'*articolo 1, comma 1187, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è incrementata di 2,5 milioni di euro per	**Il Fondo per il sostegno alle famiglie delle vittime di gravi infortuni sul lavoro è incrementato di 2,5 milioni di euro per ciascuno degli**

ciascuno degli anni 2008 e 2009 e di 10 milioni di euro a decorrere dal 2010.	**anni 2008 e 2009 ed di 10 milioni a decorrere dal 2010.**
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.	**Razionalizzazione del sistema degli acquisti di beni e servizi**
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.	
2. 571. Gli indicatori ed i parametri di spesa sostenibile definiti ai sensi	

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 princìpi 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.	**Contenimento costi della amministrazioni pubbliche**
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*	

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 stanziate 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 stanziate 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 implichino 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 princìpi 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 princípi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica» desumibili dai commi da 588 a 593 dell'art. 2 della presente legge.	
Art. 3. **Disposizioni in materia di: Fondi da ripartire; Contenimento e razionalizzazione delle spese valide per tutte le missioni; Pubblico impiego; Norme finali**	
. 3. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 47, secondo comma, della legge 20 maggio 1985, n. 222*, 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). (303) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*. **3.** 4. Al comma 1237 dell'*articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, le parole: «250 milioni di euro» sono sostituite dalle seguenti: «400 milioni di euro». **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	**Destinazione della quota del cinque per mille**

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*.	**Con Decreto non regolamentare del Presidente del consiglio sono stabilite le modalità ed i soggetti ammessi al riparto.**
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).	

(308) Per l'incremento dell'autorizzazione di spesa di cui al presente comma vedi il comma 1-*ter* dell'*art. 45, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248* e il comma 5 dell'*art. 63-bis, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunti dalle relative leggi di conversione. **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. **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». **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.	
3. 79. L'*articolo 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, è sostituito dal seguente: ***stralcio articolo*** 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,	**Lavoro flessibile** **Possono avvalersi di forme contrattuali di lavoro flessibile per specifiche figure anche gli enti del SSN.**

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, 1ª 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 .**

3. 85. All'*articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66*, è aggiunto, in fine, il seguente comma: «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 princìpi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».	**Orario di lavoro - deroga** **Per il personale di ruolo del SSN in materia di orario di lavoro si fa riferimento alle disposizioni contrattuali vigenti.**
3. 115. All'*articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sono apportate le seguenti modificazioni: *a*) al numero 3) della lettera *c*), le parole: «può essere valutata» sono sostituite dalle seguenti: «è verificata»; *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 *decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483*».	**Assunzione di personale** **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.**
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.	**Rinnovi contrattuali biennio 2006-2007** **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.** **Intesa Stato-Regioni 18 settembre 2008.**

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
Sezione IV - Salute 8. ***Piani di rientro, tariffe di prestazioni sanitarie e percorsi diagnostico-terapeutici*** [(33)]. 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: *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'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, non si applicano	**Deroga alla disposizione (FIN 2007) relativa all'applicazione delle addizionali oltre i livelli massimi previsti della legislazione.**

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**

capitale, ad esclusione degli interessi e della rivalutazione monetaria, previa definitiva rinuncia da parte dei creditori ad ogni azione e pretesa. Per le finalità di cui al primo periodo è autorizzata la spesa di 250 milioni di euro per il 2008. Tale somma è trasferita su un conto vincolato della Gestione commissariale dell'azienda per l'effettuazione dei pagamenti entro il 31 dicembre 2009. Le somme non utilizzate per l'effettuazione di pagamenti entro il termine di cui al periodo precedente sono riversate al bilancio dello Stato con imputazione ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata. Agli oneri derivanti dalla presente lettera, pari a 250 milioni di euro per il 2008, si fa fronte mediante riduzione, per il medesimo anno, dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 12 dell'*articolo 15-bis del decreto-legge 2 luglio 2007, n. 81*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2007, n. 127* (34) (35).	**Autorizzazione di spesa 250 milioni per il 2008**
2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, eventualmente già sottoscritti per l'anno 2008, e seguenti, sono adeguati alla previsione normativa di cui al comma 1.	
3. All'*articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, l'ultimo periodo è sostituito dai seguenti: «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 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	**Aggiornamento delle tariffe massime** **Revisione tariffe massime per prestazioni di assistenza termale**

prestazioni di assistenza termale sono definite dall'accordo stipulato ai sensi dell'*articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323*. 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). (33) Rubrica così sostituita dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*. (34) Lettera così modificata prima dal comma 8 dell'*art. 41, D.L. 30 dicembre 2008, n. 207* e successivamente dall'*art. 23, comma 8, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*. (35) Comma prima rettificato con *Comunicato 11 gennaio 2008* (Gazz. Uff. 11 gennaio 2008, n. 9) e poi così sostituito dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*. (36) Comma così modificato dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.	**3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.**
Sezione IV - Salute **8-bis.** ***Disposizioni inerenti alla conservazione di cellule staminali***	

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, regolamenta 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*.

Sezione IV - Salute **8-ter.** ***Fondo transitorio per le regioni con elevato disavanzo sanitario.*** 1. Il fondo transitorio di cui alla lettera *b*) del comma 796 dell'*articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, è incrementato, per l'esercizio finanziario 2008, di 14 milioni di euro. 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]. (39) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*. Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente articolo vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.	**Incremento Fondo transitorio di 14 milioni di euro**
9. ***Proroghe e disposizioni in materia di farmaci.*** 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 *g*), della *legge 27 dicembre 2006, n. 296*, sono prorogati fino al 31 dicembre 2008 [40], fermo	

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*.	

10. ***Prosecuzione dell'attività della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia.*** 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'*articolo 2, comma 2, del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 20 giugno 2003, n. 141*, è autorizzata la spesa di sei milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010 (44). 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'*articolo 1, comma 5, del decreto-legge 21 febbraio 2005, n. 16*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 22 aprile 2005, n. 58*. (44) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa prevista dal presente comma vedi l'allegato al *D.L. 27 maggio 2008, n. 93*.	
. **11.** ***Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare.*** 1. Il comma 356 dell'*articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, è sostituito dal seguente: «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» (45). (45) Articolo così sostituito dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.	
11-bis. ***Finanziamento di iniziative volte alla tutela dei minori.*** 1. Il comma 464 dell'*articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, è sostituito dal seguente: «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). (46) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n.*	

31.	
Sezione VIII **Personale delle pubbliche amministrazioni** **24.** ***Proroga contratti a tempo determinato del Ministero del commercio internazionale e del Ministero della salute.*** 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. 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'*articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 27 dicembre 2004, n. 307*, 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 *legge 25 marzo 1997, n. 68*, come determinata dalla tabella C	

allegata alla *legge 24 dicembre 2007, n. 244* (88). 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*. 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*. 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). (88) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*. (89) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.	
24-ter. *Disposizioni concernenti il riposo giornaliero del personale*	

sanitario. [1. Le disposizioni di cui al comma 6-*bis* dell'*articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66*, introdotto dall'*articolo 3, comma 85, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2009] (91). --- (91) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31* e poi abrogato dall'*art. 1-ter, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.	
24-sexies. ***Equiparazione di titoli ai fini dell'accesso ai concorsi presso il Servizio sanitario nazionale e vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi.*** 1. I titoli di specializzazione rilasciati ai sensi dell'*articolo 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56*, e il riconoscimento di cui al comma 1 dell'articolo 35 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'*articolo 2, comma 3, della legge 29 dicembre 2000, n. 401*, fermi restando gli altri requisiti previsti. 2. L'*articolo 29 della legge 18 febbraio 1989, n. 56*, è sostituito dal seguente: «Art. 29. - (*Vigilanza del Ministro della salute*). - 1. Il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sull'Ordine nazionale degli	

psicologi» [94]. (94) Articolo aggiunto dalla *legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31*.	
40. ***Proroga di disposizioni in materia di dissesto finanziario degli enti locali.*** 1. Il termine del 31 dicembre 2007 per l'effettuazione dei pagamenti 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*, è rinviato al 31 dicembre 2008. 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 *legge 29 novembre 2007, n. 222*, è rinviato al 31 dicembre 2008. 3. Resta fermo il termine del 31 dicembre 2007 stabilito dall'*articolo 24 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, per l'effettuazione di pagamenti per le transazioni avvenute entro il 31 dicembre 2007 a valere sul contributo statale di 150 milioni di euro. 3-*bis*. All'*articolo 24 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, sono apportate le seguenti modificazioni:	

a) al comma 1: 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»; 2) al secondo periodo, le parole: «Detta somma sarà ripartita» sono sostituite dalle seguenti: «Dette somme saranno ripartite»; *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); *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). 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). 4. Per consentire il definitivo risanamento degli enti che si sono	

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*.	

Legge 6 agosto 2008 n. 133
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria

aggiornamento aprile 2010

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - Settori Salute e Politiche Sociali

TESTO	ASPETTI ATTUATIVI E OSSERVAZIONI
Art. 37. ***Certificazioni e prestazioni sanitarie***	
1. Al fine di garantire la riduzione degli adempimenti meramente formali e non necessari alla tutela della salute a carico di cittadini ed imprese e consentire la eliminazione di adempimenti formali connessi a pratiche sanitarie obsolete, ferme restando comunque le disposizioni vigenti in tema di sicurezza sul lavoro, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro per la semplificazione normativa, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, ai sensi dell' *articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, sono individuate le disposizioni da abrogare. (122)	Con decreto del Ministro del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro per la semplificazione normativa, previa intesa in Conferenza unificata ai sensi dell'art. 8 comma 6 l. n. 131/2003, vengono individuate le disposizioni da abrogare per consentire il successo della iniziative di miglioramento della qualità dell'assistenza, comunque operanti. *Le Regioni condividono la disposizione che ha recepito anche l'emendamento proposto di prevedere l'intesa ex l.n. 131, c.d. intesa forte.*
2. Il comma 2 dell'*articolo 1 del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286*, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: «2. Il presente testo unico non si applica ai cittadini degli Stati membri dell'Unione	

europea, salvo quanto previsto dalle norme di attuazione dell'ordinamento comunitario». (122) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*	
Art. 41 Modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro ***omissis*** 13. Al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli *articoli 4* e *7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66*. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche. (137) (137) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* ***omissis***	Le disposizioni del comma 13 prevedono per il personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale ed in ragione della qualifica posseduta e della necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico affidato, il rinvio alla contrattazione collettiva della determinazione delle modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano protezione appropriata e pieno recupero delle energie psico fisiche. *Il rinvio delle determinazioni delle modalità operative alle sedi negoziali, richiesto dalle Regioni in diverse sedi, consentirà alle stesse di garantire l'individuazione di soluzioni concordate ed equilibrate a tutela dei lavoratori-dirigenti e della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.*

Art. 61 ***Ulteriori misure di riduzione della spesa ed abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica*** [(189)] (189) Articolo così sostituito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* ***omissis*** 14. A decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi i trattamenti economici complessivi spettanti ai direttori generali, ai direttori sanitari, ai direttori amministrativi, ed i compensi spettanti ai componenti dei collegi sindacali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli istituti zooprofilattici sono rideterminati con una riduzione del 20 per cento rispetto all'ammontare risultante alla data del 30 giugno 2008 [(207)]. [(200)] 15. Fermo quanto previsto dal comma 14, le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 5 e 6 non si applicano in via diretta alle regioni, alle province autonome, agli enti, di rispettiva competenza, del Servizio sanitario nazionale ed agli enti locali [(208)]. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 5 e 6 non si applicano agli enti previdenziali privatizzati. 16. Ai fini del contenimento della spesa pubblica, le regioni, entro il 31 dicembre 2008, adottano disposizioni, normative o amministrative, finalizzate ad assicurare la riduzione degli oneri degli organismi politici e degli apparati amministrativi, con particolare riferimento	**Riduzione dei trattamenti economici personale dirigente sanitario** Il comma 14 dispone, a decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi, una riduzione del 20% delle retribuzioni spettanti ai direttori generali, ai direttori sanitari, ai direttori amministrativi dai componenti dei collegi sindacali delle aziende sanitarie. **Riduzione degli oneri di organismi politici ed apparati amministrativi regionali** Il comma 16 prevede che entro l'anno 2008 la Regione adotti disposizioni normative o amministrative finalizzate alla riduzione dei compensi e delle indennità di organismi politici nonché alla soppressione di enti inutili , fusione di società partecipate,

alla diminuzione dell'ammontare dei compensi e delle indennità dei componenti degli organi rappresentativi e del numero di questi ultimi, alla soppressione degli enti inutili, alla fusione delle società partecipate, al ridimensionamento delle strutture organizzative ed all'adozione di misure analoghe a quelle previste nel presente articolo. La disposizione di cui al presente comma costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica, ai fini del rispetto dei parametri stabiliti dal patto di stabilità e crescita dell'Unione europea. I risparmi di spesa derivanti dall'attuazione del presente comma, aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal patto di stabilità interno, concorrono alla copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 19 (209).	ridimensionamento di strutture organizzative. La disposizione costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica. **I risparmi di spesa concorrono alla copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 19.**
omissis	**Abolizione del ticket assistenza specialistica e relativa copertura**
19. Per gli anni 2009, 2010 e 2011, la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all' *articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è abolita. Resta fermo quanto previsto dal comma 21 del presente articolo (210).	Il comma 19 abolisce per gli anni 2009, 2010 e 2011 la quota di partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali .
20. Ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 19: a) il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato, di cui all' *articolo 79*, comma 1, del presente decreto, è incrementato di 400 milioni di euro su base annua per gli anni 2009, 2010 e 2011; b) le regioni (211): 1) destinano, ciascuna al proprio servizio sanitario regionale, le	Per la copertura di tali oneri il finanziamento del SSN cui concorre lo Stato è incrementato di 400 milioni di euro per ciascuno degli anni. Le Regioni destinano le risorse derivanti dall'attuazione dei commi 14 e 16 ed adottano le ulteriori misure di razionalizzazione della spesa per la copertura della parte residuale degli oneri.

risorse provenienti dalle disposizioni di cui ai commi 14 e 16; 2) adottano ulteriori misure di incremento dell'efficienza e di razionalizzazione della spesa, dirette a realizzare la parte residuale della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 19. (191)	
21. Le regioni, comunque, in luogo della completa adozione delle misure di cui ai commi 14 e 16 ed al numero 2) della lettera b) del comma 20 possono decidere di applicare, in misura integrale o ridotta, la quota di partecipazione abolita ai sensi del comma 19, ovvero altre forme di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria di effetto finanziario equivalente. Ai fini dell'attuazione di quanto previsto al comma 20, lettera b), e al primo periodo del presente comma, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, comunica alle regioni, entro il 30 settembre 2008, l'importo che ciascuna di esse deve garantire ai fini dell'equivalenza finanziaria (212). (191)	Il comma 21 dispone che le Regioni in luogo della completa adozione delle misure indicate nei commi 14 e 16 e di quelle del punto 2 della lettera b) del comma 20, possono decidere di applicare in misura integrale o ridotta la quota di compartecipazione al costo ovvero di prevedere altre forme di compartecipazione.
omissis	
27. Dopo il *comma 345 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, è inserito il seguente: «345-bis. Quota parte del fondo di cui al comma 345, stabilita con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, è destinata al finanziamento della carta acquisti, di cui all' *articolo 81, comma 32, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, finalizzata all'acquisto di beni e servizi a favore dei cittadini residenti che versano in condizione di maggior disagio economico».	Il comma 27 stabilisce che quota parte del fondo "depositi dormienti" concorra al finanziamento della social card di cui al comma 32 dell'articolo 81. *L'abolizione del ticket è condivisa dalle Regioni che hanno comunque richiesto in tutte le sedi istituzionali la copertura integrale dell'importo a carico del bilancio statale. Ciò in rispetto dell'impegno assunto dal Governo nel Patto per la salute : restano a carico delle regioni per l'anno 2009 434 milioni di euro. La copertura integrale da parte dello Stato è per le Regioni*

(207) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*.	*condizione indispensabile per ridefinire la nuova intesa di cui al comma 1 dell'art.79.* ***Nel Decreto Legge 7 ottobre 2008, n. 154*** *Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali viene disposto all'art. 1 comma 5 l'incremento del livello di finanziamento del SSN per l'anno 2009 di 434 milioni di Euro a totale copertura dell'abolizione del ticket.*

(200) La Corte costituzionale, con sentenza 16-30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui si applica alle Province autonome di Trento e di Bolzano. (208) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo	

periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*. (209) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo	

periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*. (210) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo	

periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*.

(211) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo

periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*. (191) Per l'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 5, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 2008, n. 189*. (212) La Corte costituzionale, con sentenza 16 - 30 dicembre 2009, n. 341 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2010, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalle Regioni Emilia-Romagna e Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14 e 16, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 20, lettera b), proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 21, proposta, in relazione all'art. 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione, dalla Regione Emilia-Romagna; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto; ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, commi 14, 16, 19, 20, lettera b), e 21, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione Calabria; ha	

dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 9, proposte, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, dalla Regione Piemonte; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 61, comma 15, primo periodo, proposta dalla Provincia autonoma di Trento, in relazione agli artt. 117 e 119 della Costituzione, agli artt. 8, comma 1, numero 1), 9, comma 1, numero 10), 16 e da 69 a 86 (Titolo VI) del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670*, nonché all'*art. 2 del D.Lgs. 16 marzo 1992, n. 266*. (191) Per l'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 5, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 2008, n. 189*. (192) Comma abrogato dall'*art. 1, comma 10-quater, lett. b), D.L. 23*	
Art. 63. ***Esigenze prioritarie*** ***omissis*** 7. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, relativa al Fondo da ripartire per le politiche sociali, come determinata dalla *tabella C della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, è integrata di 300 milioni di euro per l'anno 2009. ***omissis*** **Art. 63-bis.** ***Cinque per mille*** [224] 1. Per l'anno finanziario 2009, con riferimento alle dichiarazioni dei	**FNPS 2009** Il comma 7 stabilisce un'integrazione di 300 milioni di euro al FNPS. *Le Regioni, nel ribadire l'insufficienza delle risorse del Fondo e la preoccupazione per il ritardo del riparto 2008, hanno espresso condivisione alla norma, specificando che tale aumento sia destinato interamente alle Regioni.* **Destinazione del 5 per mille**

redditi relative al periodo di imposta 2008, sulla base dei criteri e delle modalità di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 gennaio 2006*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 22 del 27 gennaio 2006, fermo quanto già dovuto dai contribuenti a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche, una quota pari al cinque per mille dell'imposta stessa è destinata in base alla scelta del contribuente alle seguenti finalità: a) sostegno del volontariato e delle altre 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 e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all' *articolo 10, comma 1, lettera a), del citato decreto legislativo n. 460 del 1997*; b) finanziamento della ricerca scientifica e dell'università; c) finanziamento della ricerca sanitaria; d) sostegno delle attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente; e) sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute ai fini sportivi dal CONI a norma di legge. 2. Resta fermo il meccanismo dell'otto per mille di cui alla *legge 20 maggio 1985, n. 222*. 3. I soggetti di cui al comma 1 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	Fra le finalità il finanziamento della ricerca sanitaria

delle somme ad essi attribuite.

4. 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 del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 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 3 (226).

5. L'autorizzazione di spesa di cui all' *articolo 3, comma 8, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, è integrata di 20 milioni di euro per l'anno 2010.

6. Le disposizioni che riconoscono contributi a favore di associazioni sportive dilettantistiche a valere sulle risorse derivanti dal 5 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche hanno effetto previa adozione di un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze che disciplina le relative modalità di attuazione, prevedendo particolari modalità di accesso al contributo, di controllo e di rendicontazione, nonché la limitazione dell'incentivo nei confronti delle sole associazioni sportive che svolgono una rilevante attività di interesse sociale (225).

---

(224) Articolo inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*.

(225) In attuazione di quanto disposto dal presente comma, vedi il *D.M. 2 aprile 2009.* (226) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.P.C.M. 3 aprile 2009.*	
Art. 71. ***Assenze per malattia e per permesso retribuito dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni*** 1. Per i periodi di assenza per malattia, di qualunque durata, ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, nei primi dieci giorni di assenza è corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento accessorio. Resta fermo il trattamento più favorevole eventualmente previsto dai contratti collettivi o dalle specifiche normative di settore per le assenze per malattia dovute ad infortunio sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital, nonché per le assenze relative a patologie gravi che richiedano terapie salvavita. I risparmi derivanti dall'applicazione del presente comma costituiscono economie di bilancio per le amministrazioni dello Stato e concorrono per gli enti diversi dalle amministrazioni statali al miglioramento dei saldi di bilancio. Tali somme non possono essere utilizzate per incrementare i fondi per la contrattazione integrativa. 1-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, limitatamente alle assenze per malattia di cui al comma 1 del personale del comparto sicurezza e difesa nonché del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, gli emolumenti di carattere	**Misure dirette alla riduzione dei giorni di assenza per malattia dei dipendenti pubblici**

continuativo correlati allo specifico status e alle peculiari condizioni di impiego di tale personale sono equiparati al trattamento economico fondamentale. [270]	
[2. Nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. [273] [276]]	In caso di assenza per malattia per un periodo superiore a dieci giorni e dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, la certificazione medica deve essere rilasciata da una struttura sanitaria pubblica. *Le Regioni avevano richiesto di aggiungere "o dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta" ed al comma 3 di prevedere che l'onere fosse a carico dell'Amministrazione che dispone il controllo.*
[3. L'Amministrazione dispone il controllo in ordine alla sussistenza della malattia del dipendente anche nel caso di assenza di un solo giorno, tenuto conto delle esigenze funzionali e organizzative. [274] [276]]	
4. La contrattazione collettiva ovvero le specifiche normative di settore, fermi restando i limiti massimi delle assenze per permesso retribuito previsti dalla normativa vigente, definiscono i termini e le modalità di fruizione delle stesse, con l'obbligo di stabilire una quantificazione esclusivamente ad ore delle tipologie di permesso retribuito, per le quali la legge, i regolamenti, i contratti collettivi o gli accordi sindacali prevedano una fruizione alternativa in ore o in giorni. Nel caso di fruizione dell'intera giornata lavorativa, l'incidenza dell'assenza sul monte ore a disposizione del dipendente, per ciascuna tipologia, viene computata con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe dovuto osservare nella giornata di assenza.	
[5. Le assenze dal servizio dei dipendenti di cui al comma 1 non sono equiparate alla presenza in servizio ai fini della distribuzione delle	

somme dei fondi per la contrattazione integrativa. Fanno eccezione le assenze per congedo di maternità, compresa l'interdizione anticipata dal lavoro, e per congedo di paternità, le assenze dovute alla fruizione di permessi per lutto, per citazione a testimoniare e per l'espletamento delle funzioni di giudice popolare, nonché le assenze previste dall'*articolo 4, comma 1, della legge 8 marzo 2000, n. 53*, e per i soli dipendenti portatori di handicap grave, i permessi di cui all'*articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.* (272) (271)] 5-bis. Gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle Amministrazioni pubbliche interessate rientrano nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale; conseguentemente i relativi oneri restano comunque a carico delle aziende sanitarie locali. (275) 5-ter. A decorrere dall'anno 2010 in sede di riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è individuata una quota di finanziamento destinata agli scopi di cui al comma 5-bis, ripartita fra le regioni tenendo conto del numero dei dipendenti pubblici presenti nei rispettivi territori; gli accertamenti di cui al medesimo comma 5-bis sono effettuati nei limiti delle ordinarie risorse disponibili a tale scopo. (275) 6. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme non derogabili dai contratti o accordi collettivi. _____	

(270) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133* e, successivamente, così sostituito dall'*art. 17, comma 23, lett. a), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102.* (271) Comma abrogato dall'*art. 17, comma 23, lett. d), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102.* (272) Comma modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (273) Comma così modificato dall'*art. 17, comma 23, lett. b), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102.* (274) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133* e, successivamente, dall'*art. 17, comma 23, lett. c), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102.* (275) Comma inserito dall'*art. 17, comma 23, lett. e), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102.* (276) Comma abrogato dall'*art. 72, comma 1, lett. a), D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.*	

Art. 72. ***Personale dipendente prossimo al compimento dei limiti di età per il collocamento a riposo*** 1. Per gli anni 2009, 2010 e 2011 il personale in servizio presso le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le Agenzie fiscali, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, gli Enti pubblici non economici, le Università, le Istituzioni ed Enti di ricerca nonché gli enti di cui all'*articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, può chiedere di essere esonerato dal servizio nel corso del quinquennio antecedente la data di maturazione della anzianità massima contributiva di 40 anni. La richiesta di esonero dal servizio deve essere presentata dai soggetti interessati, improrogabilmente, entro il 1° marzo di ciascun anno a condizione che entro l'anno solare raggiungano il requisito minimo di anzianità contributivo richiesto e non è revocabile. La disposizione non si applica al personale della Scuola. 2. E' data facoltà all'amministrazione, in base alle proprie esigenze funzionali, di accogliere la richiesta dando priorità al personale interessato da processi di riorganizzazione della rete centrale e periferica o di razionalizzazione o appartenente a qualifiche di personale per le quali è prevista una riduzione di organico. 3. Durante il periodo di esonero dal servizio al dipendente spetta un trattamento temporaneo pari al cinquanta per cento di quello complessivamente goduto, per competenze fisse ed accessorie, al momento del collocamento nella nuova posizione. Ove durante tale periodo il dipendente svolga in modo continuativo ed esclusivo attività di volontariato, opportunamente documentata e certificata,	Le disposizioni, non riportando un'esplicita esclusione, si applicano anche al SSN.

presso organizzazioni non lucrative di utilità sociale, associazioni di promozione sociale, organizzazioni non governative che operano nel campo della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, ed altri soggetti da individuare con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la misura del predetto trattamento economico temporaneo è elevata dal cinquanta al settanta per cento. Fino al collocamento a riposo del personale in posizione di esonero gli importi del trattamento economico posti a carico dei fondi unici di amministrazione non possono essere utilizzati per nuove finalità [278]. [277] 4. All'atto del collocamento a riposo per raggiunti limiti di età il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e previdenza che sarebbe spettato se fosse rimasto in servizio. 5. Il trattamento economico temporaneo spettante durante il periodo di esonero dal servizio è cumulabile con altri redditi derivanti da prestazioni lavorative rese dal dipendente come lavoratore autonomo o per collaborazioni e consulenze con soggetti diversi dalle amministrazioni pubbliche di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* o società e consorzi dalle stesse partecipati. In ogni caso non è consentito l'esercizio di prestazioni lavorative da cui possa derivare un pregiudizio all'amministrazione di appartenenza. 6. Le amministrazioni di appartenenza, in relazione alle economie effettivamente derivanti dal collocamento in posizione di esonero dal servizio, certificate dai competenti organi di controllo, possono procedere, previa autorizzazione della Presidenza del Consiglio dei	

Ministri - Dipartimento della funzione pubblica e del Ministero dell'economia e delle finanze ad assunzioni di personale in via anticipata rispetto a quelle consentite dalla normativa vigente per l'anno di cessazione dal servizio per limiti di età del dipendente collocato in posizione di esonero. Tali assunzioni vengono scomputate da quelle consentite in tale anno. 7. All'*articolo 16, comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503*, e successive modificazioni, dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: «In tal caso è data facoltà all'amministrazione, in base alle proprie esigenze organizzative e funzionali, di accogliere la richiesta in relazione alla particolare esperienza professionale acquisita dal richiedente in determinati o specifici ambiti ed in funzione dell'efficiente andamento dei servizi. La domanda di trattenimento va presentata all'amministrazione di appartenenza dai ventiquattro ai dodici mesi precedenti il compimento del limite di età per il collocamento a riposo previsto dal proprio ordinamento.». 8. Sono fatti salvi i trattenimenti in servizio in essere alla data di entrata in vigore del presente decreto e quelli disposti con riferimento alle domande di trattenimento presentate nei sei mesi successivi alla data di entrata in vigore del presente decreto. (277) 9. Le amministrazioni di cui al comma 7 riconsiderano, con provvedimento motivato, tenuto conto di quanto ivi previsto, i provvedimenti di trattenimento in servizio già adottati con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 2009. 10. I trattenimenti in servizio già autorizzati con effetto a decorrere dal 1° gennaio 2010 decadono ed i dipendenti interessati al	

trattenimento sono tenuti a presentare una nuova istanza nei termini di cui al comma 7. 11. Per gli anni 2009, 2010 e 2011, le pubbliche amministrazioni di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, e successive modificazioni, possono, a decorrere dal compimento dell'anzianità massima contributiva di quaranta anni del personale dipendente, nell'esercizio dei poteri di cui all' *articolo 5 del citato decreto legislativo n. 165 del 2001*, risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro e il contratto individuale, anche del personale dirigenziale, con un preavviso di sei mesi, fermo restando quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di decorrenza dei trattamenti pensionistici. Con appositi decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, dell'interno, della difesa e degli affari esteri, sono definiti gli specifici criteri e le modalità applicative dei princìpi della disposizione di cui al presente comma relativamente al personale dei comparti sicurezza, difesa ed esteri, tenendo conto delle rispettive peculiarità ordinamentali. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche nei confronti dei soggetti che abbiano beneficiato dell' *articolo 3, comma 57, della legge 24 dicembre 2003, n. 350*, e successive modificazioni. Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai magistrati, ai professori universitari e ai dirigenti medici responsabili di struttura complessa. (277) _____	

(277) Comma modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, dall'*art. 6, comma 3, L. 4 marzo 2009, n. 15* e, successivamente, così sostituito dall'*art. 17, comma 35-novies, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102*. Vedi, anche, il comma 35-decies del medesimo *art. 17, D.L. 78/2009*. (278) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 5 novembre 2008*.	
Art. 76. ***Spese di personale per gli enti locali e delle camere di commercio*** 1. All'*articolo 1, comma 557, della legge 27 dicembre 2006, n. 296* e successive modificazioni è aggiunto alla fine il seguente periodo: «ai fini dell'applicazione della presente norma, costituiscono spese di personale anche quelle sostenute per i rapporti di collaborazione continuata e continuativa, per la somministrazione di lavoro, per il personale di cui all'*articolo 110 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*, nonché per tutti i soggetti a vario titolo utilizzati, senza estinzione del rapporto di pubblico impiego, in strutture e organismi variamente denominati partecipati o comunque facenti capo all'ente». 2. In attesa dell'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 6, le deroghe previste dall' *articolo 3, comma 121, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, sono sospese, ad eccezione dei comuni con un numero massimo di dipendenti a tempo pieno non superiore a dieci. (291) 3. L'*articolo 82, comma 11, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18*	

agosto 2000, n. 267 e successive modificazioni è sostituito dal seguente: «La corresponsione dei gettoni di presenza è comunque subordinata alla effettiva partecipazione del consigliere a consigli e commissioni; il regolamento ne stabilisce termini e modalità». 4. In caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno nell'esercizio precedente è fatto divieto agli enti di procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo, con qualsivoglia tipologia contrattuale, ivi compresi i rapporti di collaborazione continuata e continuativa e di somministrazione, anche con riferimento ai processi di stabilizzazione in atto. E' fatto altresì divieto agli enti di stipulare contratti di servizio con soggetti privati che si configurino come elusivi della presente disposizione. 5. Ai fini del concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, gli enti sottoposti al patto di stabilità interno assicurano la riduzione dell'incidenza percentuale delle spese di personale rispetto al complesso delle spese correnti, con particolare riferimento alle dinamiche di crescita della spesa per la contrattazione integrativa, tenuto anche conto delle corrispondenti disposizioni dettate per le amministrazioni statali. 6. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previo accordo tra Governo, regioni e autonomie locali da concludersi in sede di conferenza unificata, sono definiti parametri e criteri di virtuosità, con correlati obiettivi differenziati di risparmio, tenuto conto delle dimensioni demografiche degli enti, delle percentuali di incidenza delle spese di personale attualmente esistenti rispetto alla spesa corrente e dell'andamento di tale tipologia di spesa	

nel quinquennio precedente. In tale sede sono altresì definiti: [292] a) criteri e modalità per estendere la norma anche agli enti non sottoposti al patto di stabilità interno; b) criteri e parametri - con riferimento agli *articoli 90* e *110 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267* e considerando in via prioritaria il rapporto tra la popolazione dell'ente ed il numero dei dipendenti in servizio - volti alla riduzione dell'affidamento di incarichi a soggetti esterni all'ente, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali e alla fissazione di tetti retributivi non superabili in relazione ai singoli incarichi e di tetti di spesa complessivi per gli enti; [293] c) criteri e parametri - considerando quale base di riferimento il rapporto tra numero dei dirigenti e dipendenti in servizio negli enti - volti alla riduzione dell'incidenza percentuale delle posizioni dirigenziali in organico. 6-bis. Sono ridotti dell'importo di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011 i trasferimenti erariali a favore delle comunità montane. Alla riduzione si procede intervenendo prioritariamente sulle comunità che si trovano ad una altitudine media inferiore a settecentocinquanta metri sopra il livello del mare. All'attuazione del presente comma si provvede con decreto del Ministro dell'interno, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze [299]. [294] [296] [297] [298] 7. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 6 è fatto divieto agli enti nei quali l'incidenza delle spese di personale è pari o superiore al 50% delle spese correnti di procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo e con qualsivoglia tipologia contrattuale.	

(295)

8. Il personale delle aziende speciali create dalle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura non può transitare, in caso di cessazione dell'attività delle aziende medesime, alle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura di riferimento, se non previa procedura selettiva di natura concorsuale e, in ogni caso, a valere sui contingenti di assunzioni effettuabili in base alla vigente normativa. Sono disapplicate le eventuali disposizioni statutarie o regolamentari in contrasto con il presente articolo. (295)

---

(291) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

(292) Alinea così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

(293) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

(294) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

(295) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

(296) La Corte costituzionale, con sentenza 25-28 gennaio 2010, n. 27 (Gazz. Uff. 3 febbraio 2010, n. 5 - Prima serie speciale), ha

dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui prevede che «i destinatari della riduzione, prioritariamente, devono essere individuati tra le comunità che si trovano ad una altitudine media inferiore a settecentocinquanta metri sopra il livello del mare». (297) La Corte costituzionale, con sentenza 25-28 gennaio 2010, n. 27 (Gazz. Uff. 3 febbraio 2010, n. 5 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui non prevede che all'attuazione del medesimo comma si provvede con decreto del Ministro dell'interno, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze «d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'*art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281* (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali)». (298) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 3 giugno 2009*. (299) La Corte costituzionale, con ordinanza 25 - 28 gennaio 2010, n. 27 (Gazz. Uff. 3 febbraio 2010, n. 5, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 76, comma 6-bis, avente ad oggetto la riduzione dell'importo di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011, dei trasferimenti erariali a favore delle comunità montane promossa, in riferimento agli artt. 117, quarto comma, e 119 della Costituzione.	

Capo III **Patto di stabilità interno** **Art. 77.** ***Patto di stabilità interno*** 1. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, le province e i comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009/2011 nelle misure seguenti in termini di fabbisogno e indebitamento netto: a) il settore regionale per 1.500, 2.300 e 4.060 milioni, rispettivamente, per gli anni 2009, 2010 e 2011; b) il settore locale per 1.650, 2.900 e 5.140 milioni, rispettivamente, per gli anni 2009, 2010 e 2011 (302). 2. Nel caso in cui non fossero approvate entro il 31 luglio 2008 le disposizioni legislative per la disciplina del nuovo patto di stabilità interno, volta a conseguire gli effetti finanziari di cui al comma 1, gli stanziamenti relativi agli interventi individuati nell'elenco 2 annesso al presente decreto sono accantonati e possono essere utilizzati solo dopo l'approvazione delle predette disposizioni legislative. (300) 2-bis. Al fine di pervenire alla successiva sostituzione dei trasferimenti statali in coerenza con l' *articolo 119, secondo comma, della Costituzione*, è istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze un fondo unico in cui far confluire tutti i trasferimenti erariali attribuiti alle regioni per finanziare funzioni di competenza regionale.	**Fondo unico regionale** E' istituito un Fondo unico presso il Ministero dell'Economia in cui far confluire tutti i trasferimenti per le funzioni di competenza regionale. *Le Regioni avevano proposto tale Fondo nel documento di parere al DPEF quale passo propedeutico alla fiscalizzazione di queste risorse e quindi l'avvio del processo di Federalismo fiscale.*

(301)

2-ter. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro per i rapporti con le regioni, con il Ministro dell'economia e delle finanze e con i Ministri interessati, procede all'individuazione dei trasferimenti di cui al comma 2-bis. Il fondo è costituito nell'anno 2010 e i criteri di ripartizione sono stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per i rapporti con le regioni, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all' *articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, e successive modificazioni. Lo schema di decreto è trasmesso al Parlamento per l'espressione del parere delle Commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari. Il parere deve essere espresso entro trenta giorni dalla data di trasmissione. (301)

2-quater. Il Ministro dell'economia e delle finanze provvede, con propri decreti, ad apportare le occorrenti variazioni di bilancio. (301)

---

(300) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*.

(301) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*.

(302) La Corte costituzionale, con sentenza 2 - 6 novembre 2009, n. 284 (Gazz. Uff. 11 novembre 2009, n. 45, 1ª Serie speciale), ha

dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 77, comma 1, e 77-ter, commi 1, 3 e 19, promosse in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 della Costituzione, al principio di leale collaborazione, al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli *artt. 32 e seguenti, 104, 158 e 159 del Trattato 25 marzo 1957*, al Protocollo n. 20 del 1992 sulla procedura per i disavanzi eccessivi, alla risoluzione CE 17 giugno 1997, al *regolamento CE 25 giugno 1996, n. 2223/96*, al *regolamento CE 21 giugno 1999, n. 1260/1999*, al *regolamento CE 21 giugno 2005, n. 1290/2005*, ed al *regolamento CE 11 luglio 2006, n. 1083/2006*; ha inoltre dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 77-ter, comma 5-bis, introdotto dall'*art. 2, comma 42, della legge n. 203 del 2008*, promossa in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 Cost., al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli artt. 158 e 159 del Trattato istitutivo della Comunità europea, al *regolamento CE n. 1260/1999* ed al *regolamento CE n. 1083/2006*; ha infine dichiarato cessata la materia del contendere in ordine alla questione di legittimità costituzionale dell'art. 77-ter, comma 4, promossa dalla Regione Calabria con il ricorso indicato in epigrafe, in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 Cost., al principio di leale collaborazione, al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli artt. 32 e seguenti, 104, 158 e 159 del Trattato istitutivo della Comunità europea, al Protocollo n. 20 del 1992 sulla procedura per i disavanzi eccessivi, alla risoluzione CE 17 giugno 1997, al *regolamento CE n. 2223/96*, al *regolamento CE n. 1260/1999*, al *regolamento CE n. 1290/2005* ed al *regolamento CE n. 1083/2006*.	

Art. 77-ter. ***Patto di stabilità interno delle regioni e delle province autonome*** [320]

(320) Articolo inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.*

1. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 con il rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 2 a 19, che costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli *articoli 117*, terzo comma, e *119, secondo comma, della Costituzione.*

2. Continua ad applicarsi la sperimentazione sui saldi di cui all' *articolo 1, comma 656, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.*

3. In attesa dei risultati della sperimentazione di cui al comma 2, per gli anni 2009-2011, il complesso delle spese finali di ciascuna regione a statuto ordinario, determinato ai sensi del comma 4, non può essere superiore, per l'anno 2009, al corrispondente complesso di spese finali determinate sulla base dell'obiettivo programmatico per l'anno 2008 diminuito dello 0,6 per cento, e per gli anni 2010 e 2011, non può essere rispettivamente superiore al complesso delle corrispondenti spese finali dell'anno precedente, calcolato assumendo il pieno rispetto del patto di stabilità interno, aumentato dell'1,0 per cento per l'anno 2010 e diminuito dello 0,9 per cento per l'anno 2011. L'obiettivo programmatico per l'anno 2008 è quello risultante

dall'applicazione dell' *articolo 1, comma 657, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.* 4. Il complesso delle spese finali è determinato dalla somma delle spese correnti ed in conto capitale, al netto delle: a) spese per la sanità, cui si applica la specifica disciplina di settore; b) spese per la concessione di crediti. 5. Le spese finali sono determinate sia in termini di competenza sia in termini di cassa. 6. Per gli esercizi 2009, 2010 e 2011, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano concordano, entro il 31 dicembre di ciascun anno precedente, con il Ministro dell'economia e delle finanze il livello complessivo delle spese correnti e in conto capitale, nonché dei relativi pagamenti, in coerenza con gli obiettivi di finanza pubblica per il periodo 2009-2011; a tale fine, entro il 31 ottobre di ciascun anno precedente, il presidente dell'ente trasmette la proposta di accordo al Ministro dell'economia e delle finanze. In caso di mancato accordo si applicano le disposizioni stabilite per le regioni a statuto ordinario. Per gli enti locali dei rispettivi territori provvedono alle finalità correlate al patto di stabilità interno le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, esercitando le competenze alle stesse attribuite dai rispettivi statuti di autonomia e dalle relative norme di attuazione. Qualora le predette regioni e province autonome non provvedano entro il 31 dicembre di ciascun anno precedente, si applicano, per gli enti locali dei rispettivi territori, le disposizioni previste per gli altri enti locali in materia di	Dal complesso delle spese finali sono escluse quelle per la sanità

patto di stabilità interno. 7. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano concorrono al riequilibrio della finanza pubblica, oltre che nei modi stabiliti dal comma 6, anche con misure finalizzate a produrre un risparmio per il bilancio dello Stato, mediante l'assunzione dell'esercizio di funzioni statali, attraverso l'emanazione, con le modalità stabilite dai rispettivi statuti, di specifiche norme di attuazione statutaria; tali norme di attuazione precisano le modalità e l'entità dei risparmi per il bilancio dello Stato da ottenere in modo permanente o comunque per annualità definite. 8. Sulla base degli esiti della sperimentazione di cui al comma 2, le norme di attuazione devono altresì prevedere le disposizioni per assicurare in via permanente il coordinamento tra le misure di finanza pubblica previste dalle leggi costituenti la manovra finanziaria dello Stato e l'ordinamento della finanza regionale previsto da ciascuno statuto speciale e dalle relative norme di attuazione. 9. Sulla base degli esiti della sperimentazione di cui al comma 2 si procede, anche nei confronti di una sola o più regioni, a ridefinire con legge le regole del patto di stabilità interno e l'anno di prima applicazione delle regole. Le nuove regole devono comunque tenere conto del saldo in termini di competenza mista calcolato quale somma algebrica degli importi risultanti dalla differenza tra accertamenti e impegni, per la parte corrente, e dalla differenza tra incassi e pagamenti, per la parte in conto capitale. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano può essere assunto a riferimento, con l'accordo di cui al comma 6, il saldo finanziario anche prima della conclusione del procedimento e della	

approvazione del decreto previsto dall' *articolo 1, comma 656, della legge n. 296 del 2006* a condizione che la sperimentazione effettuata secondo le regole stabilite dal presente comma abbia con seguito esiti positivi per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica. 10. Resta ferma la facoltà delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano di estendere le regole del patto di stabilità interno nei confronti dei loro enti ed organismi strumentali, nonché degli enti ad ordinamento regionale o provinciale. 11. Al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi riferiti ai saldi di finanza pubblica, la regione, sulla base di criteri stabiliti in sede di consiglio delle autonomie locali, può adattare per gli enti locali del proprio territorio le regole e i vincoli posti dal legislatore nazionale, in relazione alla diversità delle situazioni finanziarie esistenti nelle regioni stesse, fermo restando l'obiettivo complessivamente determinato in applicazione dell'articolo 77-bis per gli enti della regione e risultante dalla comunicazione effettuata dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato alla regione interessata [323]. 12. Per il monitoraggio degli adempimenti relativi al patto di stabilità interno e per acquisire elementi informativi utili per la finanza pubblica anche relativamente alla propria situazione debitoria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono trimestralmente al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, entro trenta giorni dalla fine del periodo di riferimento, utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno nel sito "www.pattostabilita.rgs.tesoro.it" le informazioni riguardanti sia la	

gestione di competenza sia quella di cassa, attraverso un prospetto e con le modalità definiti con decreto del predetto Ministero, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. (324) 13. Ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno, ciascuna regione e provincia autonoma è tenuta ad inviare, entro il termine perentorio del 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, al Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario secondo un prospetto e con le modalità definite dal decreto di cui al comma 12. La mancata trasmissione della certificazione entro il termine perentorio del 31 marzo costituisce inadempimento al patto di stabilità interno. Nel caso in cui la certificazione, sebbene trasmessa in ritardo, attesti il rispetto del patto, non si applicano le disposizioni di cui al comma 15 del presente articolo, ma si applicano solo quelle di cui al comma 4 dell' *articolo 76*. 14. Ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno, ciascuna regione a statuto speciale e provincia autonoma è tenuta ad osservare quanto previsto dalle norme di attuazione statutaria emanate ai sensi del comma 8. Fino alla emanazione delle predette norme di attuazione statutaria si provvede secondo quanto disposto dall'accordo concluso ai sensi del comma 6. 15. In caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo agli anni 2008-2011 la regione o la provincia autonoma inadempiente	

non può nell'anno successivo a quello dell'inadempienza: a) impegnare spese correnti, al netto delle spese per la sanità, in misura superiore all'importo annuale minimo dei corrispondenti impegni effettuati nell'ultimo triennio; b) ricorrere all'indebitamento per gli investimenti. I mutui e i prestiti obbligazionari posti in essere con istituzioni creditizie e finanziarie per il finanziamento degli investimenti devono essere corredati da apposita attestazione da cui risulti il conseguimento degli obiettivi del patto di stabilità interno per l'anno precedente. L'istituto finanziatore o l'intermediario finanziario non può procedere al finanziamento o al collocamento del prestito in assenza della predetta attestazione. 16. Restano altresì ferme per gli enti inadempienti al patto di stabilità interno le disposizioni recate dal comma 4 dell' *articolo 76*. 17. Continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all' *articolo 1, comma 664, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e all' *articolo 6, comma 1-bis, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, introdotto dall' *articolo 1, comma 675, della legge n. 296 del 2006.*	
18. Le disposizioni recate dal presente articolo sono aggiornate anche sulla base dei nuovi criteri che vengono adottati in sede europea ai fini della verifica del rispetto del patto di stabilità e crescita. 19. Resta confermata per il triennio 2009-2011, ovvero sino all'attuazione del federalismo fiscale se precedente all'anno 2011, la sospensione del potere delle regioni di deliberare aumenti dei tributi, delle addizionali, delle aliquote ovvero delle maggiorazioni di	Prosegue l'applicazione delle disposizioni concernenti il limite alla possibilità di contrarre mutui per le strutture sanitarie disposto in finanziaria 2007 (art. 1 comma 664) e di quelle sulla determinazione definitiva delle aliquote per il finanziamento delle Regioni.

aliquote di tributi ad esse attribuiti con legge dello Stato di cui all' *articolo 1, comma 7, del decreto-legge 27 maggio 2008, n. 93*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 luglio 2008, n. 126*.

20. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano per il periodo rispettivamente previsto fino alla definizione dei contenuti del nuovo patto di stabilità interno nel rispetto dei saldi fissati [325].

---

(321) Comma inserito dall'*art. 2, comma 42, L. 22 dicembre 2008, n. 203*, a decorrere dal 1° gennaio 2009.

(322) Comma inserito dall'*art. 4, comma 4-octies, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 marzo 2010, n. 42*.

(323) Vedi, anche, l'*art. 7-quater, comma 7, D.L. 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 9 aprile 2009, n. 33*.

(324) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *Decr. 16 dicembre 2009*.

(325) La Corte costituzionale, con sentenza 2 - 6 novembre 2009, n. 284 (Gazz. Uff. 11 novembre 2009, n. 45, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 77, comma 1, e 77-ter, commi 1, 3 e 19, promosse in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 della Costituzione, al principio di leale collaborazione, al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli *artt. 32 e seguenti, 104, 158 e 159 del Trattato 25 marzo 1957*, al

Protocollo n. 20 del 1992 sulla procedura per i disavanzi eccessivi, alla risoluzione CE 17 giugno 1997, al *regolamento CE 25 giugno 1996, n. 2223/96*, al *regolamento CE 21 giugno 1999, n. 1260/1999*, al *regolamento CE 21 giugno 2005, n. 1290/2005*, ed al *regolamento CE 11 luglio 2006, n. 1083/2006*; ha inoltre dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 77-ter, comma 5-bis, introdotto dall'*art. 2, comma 42, della legge n. 203 del 2008*, promossa in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 Cost., al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli artt. 158 e 159 del Trattato istitutivo della Comunità europea, al *regolamento CE n. 1260/1999* ed al *regolamento CE n. 1083/2006*; ha infine dichiarato cessata la materia del contendere in ordine alla questione di legittimità costituzionale dell'art. 77-ter, comma 4, promossa dalla Regione Calabria con il ricorso indicato in epigrafe, in riferimento agli artt. 3, 11, 117 e 119 Cost., al principio di leale collaborazione, al «generale canone di ragionevolezza delle leggi», agli artt. 32 e seguenti, 104, 158 e 159 del Trattato istitutivo della Comunità europea, al Protocollo n. 20 del 1992 sulla procedura per i disavanzi eccessivi, alla risoluzione CE 17 giugno 1997, al *regolamento CE n. 2223/96*, al *regolamento CE n. 1260/1999*, al *regolamento CE n. 1290/2005* ed al *regolamento CE n. 1083/2006*.	Le disposizioni tendono a razionalizzare ed a uniformare la disciplina della tesoreria unica.
Art. 77-quater. ***Modifiche della tesoreria unica ed eliminazione della rilevazione dei flussi trimestrali di cassa*** (326) (326) Articolo inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*. 1. A decorrere dal 1° gennaio 2009 l'applicazione delle disposizioni	Estensione del regime alle Aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere comprese quelle universitarie, policlinici universitari IRCCS di diritto pubblico, Istituti zooprofilattici ed Agenzie sanitarie regionali.

di cui all' *articolo 7 del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279*, come modificato dal comma 7 del presente articolo, è estesa: a) alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le disposizioni statutarie e con quelle di cui all'articolo 77-ter; b) a tutti gli enti locali di cui al testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali di cui al *decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*, assoggettati al sistema di tesoreria unica; c) alle Aziende sanitarie locali, alle Aziende ospedaliere, comprese le Aziende ospedaliero-universitarie di cui all' *articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517*, e i Policlinici universitari a gestione diretta, agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, agli Istituti zooprofilattici sperimentali e alle Agenzie sanitarie regionali. 2. Le somme che affluiscono mensilmente a titolo di imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) ai conti correnti di tesoreria di cui all' *articolo 40, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446*, intestati alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, sono accreditate, entro il quinto giorno lavorativo del mese successivo, presso il tesoriere regionale o provinciale. Resta ferma per le regioni a statuto ordinario, fino alla determinazione definitiva della quota di compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (IVA), l'applicazione delle disposizioni di cui all' *articolo 13, comma 3, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, e all' *articolo 1, comma 321, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni. Conseguentemente le eventuali eccedenze di gettito IRAP e	I commi 3 e 4 disciplinano l'accreditamento alle Regioni di somme in acconto su quelle che spettano loro in base alle assegnazioni del Fondo sanitario Nazionale.

addizionale regionale all'IRPEF - con esclusione degli effetti derivanti dalle manovre eventualmente disposte dalla regione - rispetto alle previsioni delle imposte medesime effettuate ai fini del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato sono riversate all'entrata statale in sede di conguaglio. Resta altresì ferma, per la Regione siciliana, l'applicazione delle disposizioni di cui all' *articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446.* 3. L'anticipazione mensile per il finanziamento della spesa sanitaria, di cui all' *articolo 1, comma 796, lettera d), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, a favore delle regioni a statuto ordinario e della Regione siciliana, è accreditata sulle contabilità speciali infruttifere al netto delle somme cumulativamente trasferite a titolo di IRAP e di addizionale regionale all'IRPEF e delle somme trasferite ai sensi del comma 4 del presente articolo per le regioni a statuto ordinario e del comma 5 per la Regione siciliana. In caso di necessità i recuperi delle anticipazioni sono effettuati anche a valere sulle somme affluite nell'esercizio successivo sui conti correnti di cui all' *articolo 40, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446*, ovvero sulle somme da erogare a qualsiasi titolo a carico del bilancio statale. 4. Nelle more del perfezionamento del riparto delle somme di cui al l' *articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, la compartecipazione IVA è corrisposta alle regioni a statuto ordinario nella misura risultante dall'ultimo riparto effettuato, previo accantonamento di un importo corrispondente alla quota del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, ai sensi della legislazione	

vigente. 5. Alla Regione siciliana sono erogate le somme spettanti a titolo di Fondo sanitario nazionale, quale risulta dall'Intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti fra 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, previo accantonamento di un importo corrispondente alla quota del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, ai sensi della legislazione vigente. 6. Al fine di assicurare un'ordinata gestione degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui al comma 2 del presente articolo, in funzione dell'applicazione delle disposizioni di cui all' *articolo 13, comma 3, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, e successive modificazioni, all' *articolo 1, comma 321, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e all' *articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446*, le regioni possono accantonare le somme relative all'IRAP e all'addizionale regionale all'IRPEF accertate in eccesso rispetto agli importi delle medesime imposte spettanti a titolo di finanziamento del fabbisogno sanitario dell'anno di riferimento, quale risulta dall'Intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti fra 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, e rispetto agli importi delle medesime imposte derivanti dall'attivazione della leva fiscale regionale per il medesimo anno. A tal fine, con riferimento alle manovre fiscali	

regionali sull'IRAP e sull'addizionale regionale all'IRPEF, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento delle finanze quantifica annualmente i gettiti relativi all'ultimo anno consuntivabile indicando contestualmente una stima dei gettiti relativi a ciascuno degli anni compresi nel quadriennio successivo all'anno di consuntivazione e ne dà comunicazione alle regioni. 7. Il comma 2 dell' *articolo 7 del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279*, è sostituito dal seguente: «2. Le entrate costituite da assegnazioni, contributi e quanto altro proveniente direttamente dal bilancio dello Stato devono essere versate per le regioni, le province autonome e gli enti locali nelle contabilità speciali infruttifere ad essi intestate presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato. Tra le predette entrate sono comprese quelle provenienti da operazioni di indebitamento assistite, in tutto o in parte, da interventi finanziari dello Stato sia in conto capitale che in conto interessi, nonché quelle connesse alla devoluzione di tributi erariali alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano» (328). (327) 8. Le risorse trasferite alle strutture sanitarie di cui al comma 1, lettera c), a carico diretto del bilancio statale sono accreditate in apposita contabilità speciale infruttifera, da aprire presso la sezione di tesoreria provinciale. Le somme giacenti alla data del 31 dicembre 2008 sulle preesistenti contabilità speciali per spese correnti e per spese in conto capitale, intestate alle stesse strutture sanitarie, possono essere prelevate in quote annuali costanti del venti per cento. Su richiesta della regione competente, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, possono essere concesse deroghe al limite del prelievo	

annuale del 20 per cento, da riassorbire negli esercizi successivi [330].

9. A decorrere dal 1° gennaio 2009 cessano di avere efficacia le disposizioni relative alle sperimentazioni per il superamento della tesoreria unica, attuate con i decreti del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica n. 31855 del 4 settembre 1998 e n. 152772 del 3 giugno 1999 e con i decreti del Ministro dell'economia e delle finanze n. 59453 del 19 giugno 2003 e n. 83361 dell'8 luglio 2005, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 18 luglio 2005.

10. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano per il periodo rispettivamente previsto fino alla definizione dei contenuti del nuovo patto di stabilità interno nel rispetto dei saldi fissati.

11. Gli enti pubblici soggetti al Sistema Informativo delle Operazioni degli Enti pubblici (SIOPE), istituito ai sensi dell' *articolo 28, commi 3, 4 e 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, e successive modificazioni, e i rispettivi tesorieri o cassieri non sono tenuti agli adempimenti relativi alla trasmissione dei dati periodici di cassa, di cui all' *articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni. I prospetti dei dati SIOPE e delle disponibilità liquide costituiscono un allegato obbligatorio del rendiconto o del bilancio di esercizio. Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, sono stabilite, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le relative modalità di attuazione. Le sanzioni previste dagli *articoli 30* e *32 della legge n. 468 del 1978* per il mancato invio dei prospetti di cassa operano per gli enti

inadempienti al SIOPE [329].	
(327) La Corte costituzionale, con sentenza 14-18 dicembre 2009, n. 334 (Gazz. Uff. 23 dicembre 2009, n. 51 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui esso si applica alle Province autonome di Trento e Bolzano. (328) La Corte costituzionale, con sentenza 14 - 18 dicembre 2009, n. 334 (Gazz. Uff. 23 dicembre 2009, n. 51, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 77-quater, comma 7, e dell'art. 83, commi 21 e 22, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 133 del 2008*, promosse, in riferimento al combinato disposto degli artt. 36 dello statuto regionale e 2 del *D.P.R. 26 luglio 1965, n. 1074*. (329) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *Decr. 23 dicembre 2009*. (330) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi, per gli enti del comparto sanitario della regione Puglia, il *D.P.C.M. 20 marzo 2009*; per l'Istituto zooprofilattico sperimentale del Mezzogiorno, il *D.P.C.M. 2 luglio 2009*; per l'Istituto nazionale dei tumori Fondazione «G. Pascale», il *D.P.C.M. 28 dicembre 2009*; per le strutture sanitarie della regione Lazio, il *D.P.C.M. 30 dicembre 2009*; per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, il *D.P.C.M. 10 dicembre 2009*; per le strutture sanitarie della regione autonoma della Sardegna, il *D.P.C.M. 25 febbraio 2010*; per l'azienda sanitaria della	**Disposizioni in materia di spesa sanitaria** Il comma 1 dispone il finanziamento del SSN cui concorre lo Stato per il triennio 2009-2010: conferma di 102.683 milioni di euro per l'anno 2009 determina in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 determina in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente e quelli derivanti dagli Accordi di Intesa.

regione Molise, il *D.P.C.M. 25 febbraio 2010.*	
Capo IV **Spesa sanitaria e per invalidità** **Art. 79.** ***Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria*** 1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, ai sensi delle disposizioni di cui all' *articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, e all' *articolo 3, comma 139, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, ed è determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonché quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. (337) (341)	
1-bis. Per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell' *articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, da sottoscrivere entro il 15 ottobre 2009, che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-	L'accesso al finanziamento integrativo per gli anni 2010 e 2011 è subordinato alla stipula di specifica **Intesa** ai sensi dell'art. 8 comma 6 l. n.131/2003 da sottoscriversi entro il 31 ottobre 2008 che preveda:

regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 e dell'intesa Stato-regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, di cui al *provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006, contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi, nonché al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale:	
a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale [(345)];	Riduzione dello standard dei posti letto
b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall' *articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:	Impegno delle Regioni alla riduzione delle spese per il personale attraverso:
1) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;	Misure di riduzione stabile della consistenza organica.
2) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto	Fissazione di parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse.

comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1; c) l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa [(346) (347)]. [(342)]	Impegno delle Regioni nei casi di squilibrio di bilancio sanitario ad attivare forme di compartecipazione dei cittadini
1-ter. Qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 15 ottobre 2009, si applicano comunque l' *articolo 120 della Costituzione*, nonché le norme statali di attuazione e di applicazione dello stesso, e la *legge 5 maggio 2009, n. 42*, in materia di federalismo fiscale; inoltre, con la procedura di cui all' *articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b), del presente articolo [(348)]. [(343)]	In caso di mancato raggiungimento della nuova Intesa, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, vengono fissati gli standard di cui ai commi precedenti. *Le disposizioni sul finanziamento determinano un incremento medio nel triennio 2009-2011 dell'1,57% a fronte di un incremento medio del triennio 2006-2008 del 4,77%, comportando un taglio rispetto alla programmazione tendenziale prevista nel Patto per la salute pari a 7,5 miliardi di euro per gli anni 2010 e 2011.* *Le Regioni hanno sottolineato con forza nelle sedi istituzionali – vedi parere al DPEF – il mancato rispetto del Patto per l'anno 2009 e insostenibilità del sistema conseguente i tagli operati. In tale situazione - che ha portato ad esprimere un parere negativo sulla manovra - appare difficile trovare una convergenza sulla Nuova Intesa.*
1-quater. All' *articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre*	**I commi da 1 quater a 1 septies apportano modifiche alla**

1996, n. 662, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al primo periodo, le parole: «di criteri e parametri fissati dal Piano stesso» sono sostituite dalle seguenti: «di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»; b) il terzo periodo è sostituito dai seguenti: «La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza per manente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei	**normativa vigente in materia di programmazione, tariffe ed accreditamento.** 1 quater - Le lettere a) e b) si riferiscono ai progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e definiscono le modalità del riparto e le relative procedure di erogazione, prevedendo: la sostituzione dello strumento di identificazione dei parametri di indirizzo della programmazione regionale, attualmente previsto nel PSN con linee guida del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali approvate con accordo in sede di Conferenza Stato – regioni; 'unificazione del provvedimento di l'assegnazione della quota di risorse vincolate con quello previsto per l'attribuzione della quota indistinta di parte corrente, l'erogazione da parte del ministero dell'Economia e delle finanze (MEF) di un acconto pari al 70% della quota di competenza, subordinando l'erogazione del saldo dei progetti regionali di utilizzo delle predette somme e ed duna rendicontazione sui risultati raggiunti; la mancata approvazione dei progetti come causa di mancata erogazione del

progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata». (338)	saldo e di recupero dell'anticipazione del 70%.
1-quinquies. Al *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all' *articolo 8-sexies*, comma 5: 1) al primo periodo, le parole da: «in base ai costi standard» fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: «tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome»;	Il comma 1 quinques modifica le disposizioni per la determinazione delle tariffe massime per l'assistenza specialistica ed il ricovero ospedaliero da parte del Governo e per la determinazione e l'applicazione del sistema tariffario da parte delle regioni, prevedendo la semplificazione delle modalità di determinazione delle tariffe con possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffari già disponibili presso le Regioni e le PPAA;
2) il secondo periodo è sostituito dai seguenti: «Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole	la funzionalità del sistema tariffario regionale alle caratteristiche organizzative e di attività delle strutture, verificate in sede di accreditamento;

regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il *decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994*, recante "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994»; b) all' *articolo 1*, comma 18, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.»; c) all' *articolo 8-quater*, al comma 3, lettera b), dopo le parole: «delle strutture al fabbisogno» sono inserite le seguenti: «, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie,»; d) all' *articolo 8-quinquies*: 1) al comma 2, alinea, le parole: «accordi con le strutture pubbliche ed equiparate» sono sostituite dalle seguenti: «accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie,»;	
2) al comma 2, lettera b), dopo le parole: «distinto per tipologia e per modalità di assistenza» è aggiunto il seguente periodo: «Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati»; 3) dopo il comma 2-ter sono aggiunti i seguenti:	l'assoggettamento anche per le istituzioni pubbliche e private assimilate alle aziende sanitarie regionali ai sensi dell'articolo 4, comma 12, del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modificazioni (IRCCS, istituti di enti di ricerca ed ospedali classificati ai sensi degli articoli 41 e 43 delle legge 833 del 1978), al regime degli accordi con gli altri soggetti pubblici e privati accreditati, ivi comprese le aziende ospedaliero universitarie, alla remunerazione

«2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all' *articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli *articoli 41* e *43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell' *articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).	tariffaria all'interno dei tetti finanziari e di attività predeterminati in sede di negoziazione e di contrattazione, alla determinazione di funzioni specifiche riconosciute dalle regioni, sulla base infine di tutte le altre previsioni in materia di autorizzazione ed accreditamento stabilite dalle regioni nell'ambito delle normative nazionali e regionali vigenti;
2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso». (338)	la mancata stipula degli accordi comporta la sospensione dell'accreditamento istituzionale dei professionisti e delle strutture;
1-sexies. Al fine di garantire il pieno rispetto degli obiettivi finanziari programmatici di cui al comma 1:	Il comma 1 sexies modifica le disposizione in materia di controlli nell'erogazione di prestazioni a carico del SSN, prevedendo:
a) sono potenziati i procedimenti di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN). A tal fine, con decreto del Ministro	il potenziamento dei procedimenti di verifica delle esenzioni in base al reddito, mediante una disciplina di collaborazione tra Agenzia delle entrate e SSN nell'ambito del sistema della tessera sanitaria, del sistema di autocertificazione da parte del cittadino, di

dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da adottare entro il 30 settembre 2008, sono individuate le modalità con le quali entro il 15 marzo di ogni anno l'Agenzia delle entrate, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e l'INPS mettono a disposizione del SSN, tramite il sistema della tessera sanitaria, attuativo dell' *articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, e successive modificazioni, le informazioni utili a consentire la verifica della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito del cittadino in base ai livelli di reddito di cui all' *articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, e successive modificazioni ed integrazioni, individuando l'ultimo reddito complessivo del nucleo familiare, in quanto disponibile al sistema informativo dell'anagrafe tributaria. Per nucleo familiare si intende quello previsto dall' *articolo 1 del decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze, del 22 gennaio 1993*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 21 del 27 gennaio 1993, e successive modificazioni; (340) (344) b) con il medesimo decreto di cui alla lettera a) sono definite le modalità con cui il cittadino è tenuto ad autocertificare presso l'azienda sanitaria locale di competenza la sussistenza del diritto all'esenzione per reddito in difformità dalle predette informazioni, prevedendo verifiche obbligatorie da parte delle aziende sanitarie locali delle informazioni rese da gli assistiti in contrasto con le informazioni rese disponibili al SSN e, in caso di accertata dichiarazione mendace, il recupero delle somme dovute dall'assistito, pena l'esclusione dello stesso dalla successiva prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN; c) per le regioni che, ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, hanno	verifica da parte del SSN con eventuale recupero delle somme dovute dal cittadino pena l'esclusione dall'ammissibilità di ulteriori prestazioni a carico del servizio; una disposizione che per le regioni interessate dai piani di rientro prevede che una quota delle risorse per investimenti, disponibili

sotto scritto l'Accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico nel settore sanitario, una quota delle risorse di cui all' *articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67*, e successive modificazioni, come da ultimo rideterminate dall' *articolo 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e dall' *articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, può essere destinata alla realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sulla assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all' *articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni, e con i modelli dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS). (338)	per le predette nell'ambito di quelle ex art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni, possa essere utilizzata per il potenziamento degli strumenti di verifica e controllo gestionale;
1-septies. All' *articolo 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di	Il comma 1 septies dispone un potenziamento del sistema di controllo delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione mediante la previsione che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore delle prestazioni un controllo di almeno il 10 % delle cartelle cliniche .

inappropriatezza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze». (338)	
2. Al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006-2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, è incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*. (339)	Il comma 2 prevede l'incremento del finanziamento cui concorre lo Stato in relazione agli oneri per il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato per il biennio 2006-2007 di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dal 2010, anche per l'attuazione del Progetto della Tessera sanitaria finalizzato al collegamento dei medici ed alla ricerca elettronica.
3. All'*articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, il secondo periodo è soppresso.	Il comma 3 sopprime la previsione di incompatibilità con le cariche istituzionali del commissario ad acta per le Regioni con i Piani di rientro.
(337) Comma sostituito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133* e, successivamente, così modificato dall'*art. 22, comma 6, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102*.	
(338) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, che ha sostituito l'originario comma 1, con gli attuali commi 1,	

1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies. (339) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*. (340) Lettera così modificata dall'*art. 41, comma 6-ter, D.L. 30 dicembre 2008, n. 207*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 27 febbraio 2009, n. 14*. (341) Per la rideterminazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al presente comma, vedi l'*art. 13, comma 5, D.L. 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 24 giugno 2009, n. 77* e, successivamente, l'*art. 22, comma 6, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102*. (342) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'*art. 22, comma 1, lett. a), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102*. (343) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'*art. 22, comma 1, lett. b), D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102*.	

(344) Vedi, anche, il *D.M. 11 dicembre 2009*.

(345) La Corte costituzionale, con sentenza 8 - 11 febbraio 2010, n. 40 (Gazz. Uff. 17 febbraio 2010, n. 7, 1ª Serie speciale), ha dichiarato, fra l'altro, inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 79, comma 1-bis, lettere a) e b), nel testo modificato dall'*art. 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n. 102*, promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli artt. 32 e 97 Cost.

(346) La Corte costituzionale, con sentenza 8 - 11 febbraio 2010, n. 40 (Gazz. Uff. 17 febbraio 2010, n. 7, 1ª Serie speciale), ha dichiarato, fra l'altro, inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 79, comma 1-bis, lettere a) e b), nel testo modificato dall'*art. 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n. 102*, promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli artt. 32 e 97 Cost.

(347) La Corte costituzionale, con sentenza 8 - 11 febbraio 2010, n. 40 (Gazz. Uff. 17 febbraio 2010, n. 7, 1ª Serie speciale), ha dichiarato, fra l'altro, inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 79, comma 1-bis, lettera c), nel testo modificato dall'*art. 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge n. 102 del 2009*, promossa dalla Regione Veneto, in riferimento all'art. 32 Cost.; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 79, comma 1-bis, nel testo modificato dall'*art. 22, comma 1, lettera a), del decreto-*

legge n. 78 del 2009, convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge n. 102 del 2009*, promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost. (348) La Corte costituzionale, con sentenza 8 - 11 febbraio 2010, n. 40 (Gazz. Uff. 17 febbraio 2010, n. 7, 1ª Serie speciale), ha dichiarato, fra l'altro, cessata la materia del contendere sulle questioni di legittimità costituzionale dell'art. 79, comma 1-ter, nel testo modificato, limitatamente alle parole «entro il 15 ottobre 2009», dall'*art. 22, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 78 del 2009*, convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, della legge n. 102 del 2009*, promosse dalla Regione Veneto, in riferimento agli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost.	
Art. 80. ***Piano straordinario di verifica delle invalidità civili*** 1. L'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) attua, dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2009, un piano straordinario di 200.000 accertamenti di verifica nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile. (349) 2. Nel caso di accertata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applica l'*articolo 5, comma 5, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698*. (349) 3. Nei procedimenti di verifica, compresi quelli in corso, finalizzati ad accertare, nei confronti di titolari di trattamenti economici di invalidità civile, la permanenza dei requisiti sanitari necessari per continuare a fruire dei benefici stessi, l'I.N.P.S. dispone la sospensione dei relativi pagamenti qualora l'interessato, a cui sia stata	

notificata la convocazione, non si presenti a visita medica senza giustificato motivo. Se l'invalido, entro novanta giorni dalla data di notifica della sospensione ovvero della richiesta di giustificazione nel caso in cui tale sospensione sia stata già disposta, non fornisce idonee motivazioni circa la mancata presentazione a visita, l'I.N.P.S. provvede alla revoca della provvidenza a decorrere dalla data della sospensione medesima. Ove, invece, siano ritenute valide le giustificazioni addotte, verrà comunicata la nuova data di visita medica alla quale l'interessato non potrà sottrarsi, pena la revoca del beneficio economico dalla data di sospensione, salvo i casi di visite domiciliari richieste dagli interessati o disposte dall'amministrazione. Sono esclusi dalle disposizioni di cui al primo e al secondo periodo del presente comma i soggetti ultrasettantenni, i minori nati affetti da patologie e per i quali è stata determinata una invalidità pari al 100 per cento ed i soggetti affetti da patologie irreversibili per i quali, in luogo della automatica sospensione dei pagamenti, si procede obbligatoriamente alla visita domiciliare volta ad accertare la persistenza dei requisiti di invalidità necessari per il godimento dei benefici economici.

4. Qualora l'invalido non si sottoponga agli ulteriori accertamenti specialistici, eventualmente richiesti nel corso della procedura di verifica, la sospensione dei pagamenti e la revoca del beneficio economico verranno disposte con le medesime modalità di cui al comma 3. (349)

5. Ai titolari di patente di guida speciale chiamati a visita per il rinnovo della patente stessa, gli uffici della motorizzazione civile sono autorizzati a rilasciare un permesso di guida provvisorio, valido

sino all'esito finale delle procedure di rinnovo.

6. Nei procedimenti giurisdizionali relativi ai verbali di visita emessi dalle commissioni mediche di verifica, finalizzati all'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, nonché ai provvedimenti di revoca emessi dall'I.N.P.S. nella materia di cui al presente articolo la legittimazione passiva spetta all'I.N.P.S. medesimo.

7. Con decreto del ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono stabiliti termini e modalità di attuazione del piano straordinario di cui al presente articolo, avuto riguardo, in particolare, alla definizione di criteri selettivi in ragione dell'incidenza territoriale dei beneficiari di prestazioni rispetto alla popolazione residente nonché alle sinergie con le diverse banche dati presenti nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, tra le quali quelle con l'amministrazione finanziaria e la motorizzazione civile. (349) (350)

---

(349) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*.

(350) In attuazione di quanto disposto dal presente articolo, vedi il *D.M. 29 gennaio 2009*.

Titolo IV **PEREQUAZIONE TRIBUTARIA** **Capo I - Misure fiscali** **PEREQUAZIONE TRIBUTARIA** **Art. 81.** ***Settori petrolifero e del gas*** ***omissis***	
29. E' istituito un Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche e sanitarie dei cittadini meno abbienti (366). (352) (357) (361)	Istituzione di un Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche e sanitarie dei cittadini meno abbienti.
omissis	
32. In considerazione delle straordinarie tensioni cui sono sottoposti i prezzi dei generi alimentari e il costo delle bollette energetiche, nonché il costo per la fornitura di gas da privati, al fine di soccorrere le fasce deboli di popolazione in stato di particolare bisogno e su domanda di queste, è concessa ai residenti di cittadinanza italiana che versano in condizione di maggior disagio economico, individuati ai sensi del comma 33, una carta acquisti finalizzata all'acquisto di tali beni e servizi, con onere a carico dello Stato (363) (368). (352)	Previsione di una carta acquisti (social card) con oneri a carico dello stato. Viene disciplinata la procedura di individuazione dei titolari della social card, di determinazione dell'ammontare del beneficio, le modalità ed i limiti di utilizzo del fondo e di fruizione del beneficio.
33. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente	

decreto, con decreto interdipartimentale del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sono disciplinati, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente: a) i criteri e le modalità di individuazione dei titolari del beneficio di cui al comma 32, tenendo conto dell'età dei cittadini, dei trattamenti pensionistici e di altre forme di sussidi e trasferimenti già ricevuti dallo Stato, della situazione economica del nucleo familiare, dei redditi conseguiti, nonché di eventuali ulteriori elementi atti a escludere soggetti non in stato di effettivo bisogno; b) l'ammontare del beneficio unitario; c) le modalità e i limiti di utilizzo del Fondo di cui al comma 29 e di fruizione del beneficio di cui al comma 32 (369). (352) (362) 33-bis. Per favorire la diffusione della carta acquisti tra le fasce più deboli della popolazione, possono essere avviate idonee iniziative di comunicazione (370). (353) 34. Ai fini dell'attuazione dei commi 32 e 33, che in ogni caso deve essere conseguita entro il 30 settembre 2008, il Ministero dell'economia e delle finanze può avvalersi di altre amministrazioni, di enti pubblici, di Poste italiane Spa, di SOGEI Spa o di CONSIP Spa (371). (352) 35. Il Ministero dell'economia e delle finanze, ovvero uno dei soggetti di cui questo si avvale ai sensi del comma 34, individua: a) i titolari del beneficio di cui al comma 32, in conformità alla disciplina di cui al comma 33;	

b) il gestore del servizio integrato di gestione delle carte acquisti e dei relativi rapporti amministrativi, tenendo conto della disponibilità di una rete distributiva diffusa in maniera capillare sul territorio della Repubblica, che possa fornire funzioni di sportello relative all'attivazione della carta e alla gestione dei rapporti amministrativi, al fine di minimizzare gli oneri, anche di spostamento, dei titolari del beneficio, e tenendo conto altresì di precedenti esperienze in iniziative di erogazione di contributi pubblici (372).

36. Le pubbliche amministrazioni e gli enti pubblici che detengono informazioni funzionali all'individuazione dei titolari del beneficio di cui al comma 32 o all'accertamento delle dichiarazioni da questi effettuate per l'ottenimento dello stesso, forniscono, in conformità alle leggi che disciplinano i rispettivi ordinamenti, dati, notizie, documenti e ogni ulteriore collaborazione richiesta dal Ministero dell'economia e delle finanze o dalle amministrazioni o enti di cui questo si avvale, secondo gli indirizzi da questo impartiti (364) (373).

37. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con apposite convenzioni, promuove il concorso del settore privato al supporto economico in favore dei titolari delle carte acquisti (374).

omissis

---

(351) Comma soppresso dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*.

(352) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (353) Comma inserito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (354) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (355) Lettera inserita dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (356) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133.* (357) Per l'integrazione del fondo, di cui al presente comma, vedi l'*art. 24, comma 29, L. 7 luglio 2009, n. 88* e, successivamente, l'*art. 24, comma 1, L. 23 luglio 2009, n. 99.* (358) Comma così modificato dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133* e, successivamente, dall'*art. 27, comma 15, L. 23 luglio 2009, n. 99.* Vedi, anche, il comma 32 del suddetto *art. 27, L. 99/2009.* (359) Comma sostituito dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133* e, successivamente, così modificato dall'*art. 56, comma 3, L. 23 luglio 2009, n. 99.* (360) Con *Del. 4 luglio 2008*, n. ARG/com 91/08 (Gazz. Uff. 14 luglio 2008, n. 163) sono state emanate disposizioni urgenti in	

materia di vigilanza sul rispetto del divieto di traslazione della maggiorazione d'imposta di cui al presente comma. Vedi, anche, la *Del. 11 dicembre 2008*, n. VIS 109/08.

(361) Vedi, anche, il *D. Dirett. 16 settembre 2008* e il comma 18 dell'*art. 19, D.L. 29 novembre 2008, n. 185*, convertito con modificazioni, dalla *L. 28 gennaio 2009, n. 2*.

(362) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.Dirett. 16 settembre 2008*, il *D.M. 11 dicembre 2008* e il *D.M. 2 settembre 2009*.

(363) Vedi, anche, il comma 345–duodecies dell'*art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266*, aggiunto dal comma 1–bis dell'*art. 4, D.L. 9 ottobre 2008, n. 155*, convertito in legge, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 2008, n. 190*.

(364) Vedi, anche, il comma 345–duodecies dell'*art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266*, aggiunto dal comma 1–bis dell'*art. 4, D.L. 9 ottobre 2008, n. 155*, convertito in legge, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 2008, n. 190*.

(365) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche

introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (366) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (367) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (368) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato	

inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (369) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (370) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche	

introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (371) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (372) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (373) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato	

inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (374) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (375) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche	

introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione. (376) La Corte costituzionale, con sentenza 11 - 15 gennaio 2010, n. 10 (Gazz. Uff. 20 gennaio 2010, n. 3, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 81, comma 38-ter, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promossa in riferimento all'art. 117, quarto comma, della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 81, commi 29, 30 e dal 32 al 38-bis, nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla *legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133*, promosse in riferimento agli artt. 117, quarto e sesto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione.	

L. 4 dicembre 2008, n. 189 [1].

Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, recante disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali

---

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 6 dicembre 2008, n. 286.

testo aggiornato marzo 2010

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - Settori Salute e Politiche Sociali

TESTO	ASPETTI ATTUATIVI E OSSERVAZIONI
Art. 1. **Disposizioni in materia di attuazione dei piani di rientro dai deficit sanitari**	
1. Al comma 2 dell'*articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, sono apportate le seguenti modificazioni: [3]	
a) nel primo periodo le parole da: «, con la facoltà» fino a: «delle aziende ospedaliere» sono soppresse;	Viene soppressa la facoltà del Commissario ad acta nominato nelle Regioni con i Piani di rientro di proporre alla Regione la sostituzione dei Direttori Generali. **(vedi lett. b)**
b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: «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	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 Direttori generali di ASL, AO, IRCCS e Aziende ospedaliere

anche quali soggetti 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.»;	universitarie la sospensione dalle funzioni, fermo restando il trattamento economico.
c) l'ultimo periodo è sostituito dai seguenti: «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.». (4)	Gli oneri della gestione commissariale sono a carico delle Regioni.
2. In favore delle regioni che hanno sottoscritto accordi in applicazione dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, e nelle quali, ai sensi dell'*articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, è stato nominato il commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro, può essere autorizzata, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, l'erogazione, in tutto o in parte, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 8 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, e dallo specifico accordo sottoscritto fra lo Stato e la singola regione. L'autorizzazione può essere deliberata qualora si	Per le Regioni con i piani di rientro e con Commissario ad acta può essere autorizzata dal Consiglio dei Ministri l'erogazione totale o parziale del maggior finanziamento condizionato alla verifica degli adempimenti . E ciò:

siano verificate le seguenti condizioni: [3] a) si sia manifestata, in conseguenza della mancata erogazione del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, una situazione di emergenza finanziaria regionale tale da compromettere gli impegni finanziari assunti dalla regione stessa, nonché l'ordinato svolgimento del sistema dei pagamenti regionale, con possibili gravi ripercussioni sistemiche; b) siano stati adottati, da parte del commissario ad acta, entro il termine indicato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, provvedimenti significativi in termini di effettiva e strutturale correzione degli andamenti della spesa, da verificarsi da parte del tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 della citata intesa del 23 marzo 2005 [5].	- quando si sia manifestata, in conseguenza della mancata erogazione, una situazione di emergenza finanziaria; - quando siano stati adottati dal Commissario ad acta provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa, da monitorare nel Tavolo di verifica adempimenti congiuntamente al Comitato permanente per la verifica dei LEA. *In merito a tali disposizioni, si riporta lo stralcio del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome recante il Parere espresso in Conferenza Stato-Regioni del 20 novembre 2008 sul Dl 154 in corso di conversione:* "La norma, di fatto attraverso le deroghe supera il Tavolo tecnico di monitoraggio, quello che monitora gli adempimenti delle Regioni in disavanzo e trova fondamento nel richiamo "all'ordinato svolgimento del sistema dei pagamenti" che è principio valido per tutte le regioni in materia sanitaria e non solo per le regioni commissariate. Non da ultimo, da sottolineare che i provvedimenti non contengono mai norme in favore degli enti virtuosi ma, anzi, ad essi vengono chiesti ulteriori sacrifici a salvaguardia del sistema generale. Si tratta pertanto di attuare le norme già in vigore per premiare le regioni virtuose, come ad esempio la possibilità di incremento della percentuale di erogazione dell'anticipazione sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario, dal 97% al 100%, per le regioni che abbiano superato tutti gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal Tavolo tecnico, (L.296/2006, art.1, comma 796, lett.d), punto 3)."

3. Le somme erogate alla regione ai sensi del comma 2 si intendono erogate a titolo di anticipazione e sono oggetto di recupero, a valere su somme spettanti a qualsiasi titolo, qualora la regione non attui il piano di rientro nella dimensione finanziaria stabilita nello stesso. Con deliberazione del Consiglio dei Ministri sono stabiliti l'entità, la tempistica e le modalità del predetto recupero, in relazione ai mancati obiettivi regionali.	Le somme erogate sono a titolo di anticipazione e sono soggette a recupero se la Regione non attua il Piano.
4. Al *decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'*articolo 2*, il comma 4 è abrogato; b) all'*articolo 5*, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: «1-bis. Restano ferme le funzioni e la composizione del consiglio di amministrazione dell'istituto "Giannina Gaslini" di Genova, di cui all'*articolo 7, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269*.».	Consiglio di Amministrazione dell''Istituto Gaslini di Genova
5. Limitatamente all'anno 2009, ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'*articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 434 milioni di euro; conseguentemente le misure indicate ai commi 20 e 21 del medesimo *articolo 61* operano con effetto dall'anno 2010.	Incremento per l'anno 2009 di 434 milioni di euro al finanziamento del SSN cui concorre lo Stato a totale copertura dell'abolizione del ticket di 10 euro per le prescrizioni di specialistica ambulatoriale. Pertanto le misure previste nelle L. n. 133 e relativa alle riduzioni dei compensi dei Direttori generali, degli organi politici e di altre forme di compartecipazione alla spesa operano con effetto dal 2010. *Le Regioni, sempre nel citato documento di parere al DL 154, hanno comunque sottolineato che:* "Per quanto la norma sia stata fortemente voluta dalle Regioni perché già prevista negli Accordi sul patto della salute dell'anno scorso, occorre sottolineare che le risorse per la copertura di questa spesa sono state trovate riducendo il Fondo per le Aree sottoutilizzate prevalentemente destinate alle Regioni, ovvero con un "giroconto" di risorse che di fatto creerà
(3) Alinea così modificato dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189*. (4) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 4 dicembre*	

2008, n. 189. (5) Sull'applicabilità delle disposizioni contenute nel presente comma vedi l'art. 6–bis, *D.L. 29 novembre 2008, n. 185*, convertito in legge, con modificazioni, con *L. 28 gennaio 2009, n. 2.*	altri problemi finanziari alle Regioni su altro fronte."
Art. 1-bis. *Modifica alla legge 3 agosto 2007, n. 120* (6) 1. All'*articolo 1, comma 2, della legge 3 agosto 2007, n. 120*, le parole da: «L'adozione delle iniziative» fino a: «e agli ambiti» sono sostituite dalle seguenti: «L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata entro il 31 dicembre 2012. Fino al 31 gennaio 2010 negli ambiti».	Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria E' stato reso necessario prorogare il termine del 31 gennaio 2009 previsto nella legge n. 120/2007 al **31 dicembre 2012** per tutti gli interventi al fine di ricondurre a regime l'attività libero-professionale intramuraria.
(6) Articolo inserito dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189.*	
Art. 1-ter. *Abrogazione dell'articolo 24-ter del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31* (7) 1. L'*articolo 24-ter del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248*, convertito con modificazioni, dalla *legge 28 febbraio 2008, n. 31*, è abrogato.	L'articolo 24 ter che viene abrogato prevedeva l'applicazione dal gennaio 2009 delle disposizioni sul riposo giornaliero del personale sanitario.
(7) Articolo inserito dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189.*	

Art. 6. *Disposizioni finanziarie e finali* 1. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, relativo al Fondo per le aree sottoutilizzate, è ridotta di 781,779 milioni di euro per l'anno 2008 e di 528 milioni di euro per l'anno 2009. (19) 1-bis. Le risorse rivenienti dalla riduzione delle dotazioni di spesa previste dal comma 1 sono iscritte 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*. (20) 1-ter. Alla copertura dell'onere derivante dall'attuazione degli *articoli 1*, comma 5, *2*, comma 8, e *5-bis*, pari, rispettivamente, a 260,593 milioni di euro per l'anno 2008 e 436,593 milioni di euro per l'anno 2009, si provvede mediante riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 1-bis per gli importi, al fine di compensare gli effetti in termini di indebitamento netto, di cui al comma 1. (20) 1-quater. Una quota delle risorse iscritte nel Fondo per interventi strutturali di politica economica ai sensi del comma 1-bis, pari rispettivamente a 521,186 milioni di euro per l'anno 2008 e 91,407 milioni di euro per l'anno 2009, è versata all'entrata del bilancio dello Stato per i medesimi anni. (20) 2. Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito, con una dotazione, in termini di sola cassa, di 435 milioni di euro per l'anno 2010 e di 175 milioni di euro per l'anno 2011, un Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, ai sensi del *comma 177-bis dell'articolo 4*	Copertura di 434 milioni di euro per l'anno 2009 con riduzione dell'autorizzazione di spesa relativa ai FAS.

della legge 24 dicembre 2003, n. 350, introdotto dall'*articolo 1, comma 512, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*. All'utilizzo del Fondo per le finalità di cui al primo periodo si provvede con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da trasmettere al Parlamento, per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, nonché alla Corte dei conti [21]. [18]

---

(18) Per la rideterminazione della dotazione del fondo di cui al presente comma, vedi gli *artt. 1, comma 11* e *3, comma 2, D.L. 23 ottobre 2008, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 22 dicembre 2008, n. 201*, l'*art. 14, comma 5, D.L. 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni dalla *L. 24 giugno 2009, n. 77*, l'*art. 25, comma 4, D.L. 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 3 agosto 2009, n. 102* e l'*art. 18, comma 1, lett. a), D.L. 30 dicembre 2009, n. 195*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2010, n. 26*.

(19) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi da 1 a 1-quater.

(20) Comma inserito dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi da 1 a 1-quater.

(21) Vedi, anche, il comma 3 dell'*art. 21, D.L. 29 novembre 2008, n. 185* e il comma 23 dell'*art. 1, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194*.

Art. 7. *Entrata in vigore* 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. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.	

Elenco n.1
(Articolo 5-bis) (22)

Disposizione normativa	Codice UPB	Denominazione CAP	Capitolo	Descrizione UPB	Integrazione	
					2008	2009
MINISTERO DELL'INTERNO						
Legge 23 settembre 1993, n. 379	5.1.2	Contributo ordinario a favore dell'Unione italiana Ciechi	2316/1	Protezione e assistenza sociale	289.128	289.128
Legge 12 gennaio 1996, n. 24	5.1.2	Contributo Compensativo	2316/2	Protezione e assistenza sociale	259.688	259.688
Legge 28 agosto 1997, n. 284	5.1.2	Contributo a favore della Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi	2316/6	Protezione e assistenza sociale	43.995	43.995
				Totale parziale	592.811	592.811

(22) Elenco implicitamente aggiunto ai sensi dell'*art. 5-bis del presente provvedimento*, come inserito dalla *legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189*.

Legge 28 gennaio 2009 n. 2

conversione in legge con modificazioni del decreto legge 29 novembre 2008 n. 185 "**Misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale**"

Art. 6-bis *Disposizioni in materia di disavanzi sanitari* [41]

1. L'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*, trova applicazione, su richiesta delle regioni interessate, alle condizioni ivi previste, anche nei confronti delle regioni che hanno sottoscritto accordi in applicazione dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, e nelle quali non è stato nominato il commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro. L'autorizzazione di cui al presente comma può essere deliberata a condizione che la regione interessata abbia provveduto alla copertura del disavanzo sanitario residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato.

2. Le somme erogate alla regione ai sensi del comma 1 si intendono erogate a titolo di anticipazione e sono oggetto di recupero, a valere su somme spettanti a qualsiasi titolo, qualora la regione interessata non attui il piano di rientro nella dimensione finanziaria stabilita nello stesso. Con deliberazione del Consiglio dei ministri sono stabiliti l'entità, i termini e le modalità del predetto recupero, in relazione ai mancati obiettivi regionali.

3. Ai fini del rispetto degli obiettivi di finanza pubblica e di programmazione sanitaria connessi anche all'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, con riferimento all'anno 2008, 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'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, non si applicano le misure previste 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 2008, misure di copertura di bilancio 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*, e successive modificazioni.

---

(41) Articolo inserito dalla *legge di conversione 28 gennaio 2009, n. 2.*

L. 24 giugno 2009, n. 77

Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile

---

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

TESTO	OSSERVAZIONI e Proposte delle Regioni
Art. 13. - *Spesa farmaceutica ed altre misure in materia di spesa sanitaria*	
1. Al fine di conseguire una razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale: (70)	La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato nella riunione dell'11 giugno 2009 un documento di parere al DL e in merito all'art. 13 si riporta lo stralcio del documento e la relativa proposta di emendamento.
a) il prezzo al pubblico dei medicinali equivalenti di cui all'*articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, e successive modificazioni, è ridotto del 12 per cento a decorrere dal trentesimo giorno successivo a quello della data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2009. La riduzione non si applica ai medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto, nè ai medicinali il cui prezzo sia stato negoziato successivamente al 30 settembre 2008. Per un periodo di dodici mesi a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto e ferma restando l'applicazione delle ulteriori trattenute previste dalle norme vigenti, il Servizio sanitario nazionale	**Utilizzo delle risorse del FSN derivanti dall'accordo sulla spesa farmaceutica.** La norma era stata in parte concordata con le Regioni e le aziende farmaceutiche, con l'impegno che i risparmi sarebbero rimasti al FSN. A seguito degli eventi sismici in Abruzzo l'accordo è stato applicato solo in parte, infatti a fronte di questi risparmi è stato ridotto il Fondo SSN per 380 milioni per coprire interventi a seguito del sisma mentre 40 ml sono destinati, sempre

nel procedere alla corresponsione alle farmacie di quanto dovuto per l'erogazione di farmaci trattiene, a titolo di recupero del valore degli extra sconti praticati dalle aziende farmaceutiche nel corso dell'anno 2008, una quota pari all'1,4 per cento calcolata sull'importo al lordo delle eventuali quote di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito e delle trattenute convenzionali e di legge. Tale trattenuta è effettuata nell'anno 2009 in due rate annuali e non si applica alle farmacie rurali con fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, inferiore a 258.228,45 euro. A tale fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano le necessarie disposizioni entro il 30 giugno 2009; (71)

b) per i medicinali equivalenti di cui all'*articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, e successive modificazioni, con esclusione dei medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto, le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto, stabilite dal primo periodo del *comma 40 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, sono così rideterminate: per le aziende farmaceutiche 58,65 per cento, per i grossisti 6,65 per cento e per i farmacisti 26,7 per cento. La rimanente quota dell'8 per cento è ridistribuita fra i farmacisti ed i grossisti secondo le regole di mercato ferma restando la quota minima per la farmacia del 26,7 per cento. Per la fornitura dei medicinali equivalenti di cui all'*articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, il mancato rispetto delle quote di spettanza previste dal primo periodo della presente lettera, anche mediante cessione di quantitativi gratuiti di farmaci o altra utilità economica, comporta, con modalità da stabilirsi con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle

all'Abruzzo, per la copertura del Piano di rientro dai disavanzi sanitari per il 2009. Conseguentemente il fondo è in sostanza ridotto di 420 ml.

È la prima volta che c'è un uso formale delle risorse del FSN per il ripiano dei disavanzi sanitari solitamente erano utilizzate le risorse del Fondo transitorio appostate ad hoc dallo Stato. (art.13).

Le Regioni segnalano l'uso improprio del FSN per il ripiano disavanzi e la propria contrarietà alla riduzione del FSN di 380 milioni di euro, ferma restando la necessità di far fronte alle esigenze finanziarie conseguenti all'evento sismico e propongono l'allegato emendamento (*allegato 1*) che sostituisce quello inviato il 21 maggio scorso.

Allegato 1

All'articolo 13, comma 3, del Decreto legge 28 aprile 2009, n. 39, è aggiunto il seguente **comma 6**:

"6. Alla copertura del contributo straordinario delle Regioni di cui al comma 3 ed al conseguente reintegro della riduzione

politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze: 1) per l'azienda farmaceutica, la riduzione, mediante determinazione dell'AIFA, del 20 per cento del prezzo al pubblico dei farmaci interessati dalla violazione, ovvero, in caso di reiterazione della violazione, la riduzione del 50 per cento di tale prezzo; 2) per il grossista, l'obbligo di versare al Servizio sanitario regionale una somma pari al doppio dell'importo dello sconto non dovuto, ovvero, in caso di reiterazione della violazione, pari al quintuplo di tale importo; 3) per la farmacia, l'applicazione della sanzione pecuniaria amministrativa da cinquecento euro a tremila euro. In caso di reiterazione della violazione l'autorità amministrativa competente può ordinare la chiusura della farmacia per un periodo di tempo non inferiore a 15 giorni; (69) c) il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, è rideterminato nella misura del 13,6 per cento per l'anno 2009. 2. Le economie derivanti dall'attuazione del presente articolo a favore delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, valutate in 30 milioni di euro, sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere destinate agli interventi di cui al comma 3, lettera a). 3. Le complessive economie derivanti per l'anno 2009 dalle disposizioni di cui al comma 1 sono finalizzate: a) alla copertura degli oneri derivanti dagli interventi urgenti	**di cui al comma 5, si provvede a carico del bilancio dello Stato per gli esercizi finanziari 2010 e 2011 con utilizzo delle entrate superiori alla quota di 500 milioni di Euro annui di cui all'articolo 12, comma 1, fino alla concorrenza di 380 milioni di Euro."** Conseguentemente a tale disposizione, **il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali ha elaborato la nuova proposta di riparto del FSN 2009 che, sulla scorta di quanto previsto al comma 5, ha trasmesso al CIPE con nota del 28 luglio 2009. In particolare nella Tabella A e' stata effettuata la decurtazione sulla quota indistinta del fabbisogno di 420 milioni di euro. Nuova Intesa sul Riparto FSN 2009 in Conferenza Stato-Regioni del 26 novembre 2009.** **Rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,6% per l'anno 2009.**

conseguenti agli eccezionali eventi sismici che hanno interessato la regione Abruzzo di cui all'*ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3754 del 9 aprile 2009*, per un importo pari a 380 milioni di euro;

b) fino ad un importo massimo di 40 milioni di euro all'incremento del fondo transitorio di accompagnamento di cui all'*articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, in funzione delle emergenti difficoltà per il completamento ed il consolidamento del Piano di rientro dai disavanzi sanitari della regione Abruzzo a causa dei citati eventi sismici, da operarsi da parte del Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'*articolo 4, comma 2 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*.

4. L'azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale di cui è scaduto il brevetto, ovvero di un medicinale che ha usufruito di una licenza del brevetto scaduto, può, nei nove mesi successivi alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'autorizzazione all'immissione in commercio del primo medicinale equivalente, ridurre il prezzo al pubblico del proprio farmaco, purché la differenza tra il nuovo prezzo e quello del corrispondente medicinale equivalente sia superiore a 0,50 euro per i farmaci il cui costo sia inferiore o pari a 5 euro, o se si tratti di medicinali in confezione monodose, sia superiore a 1 euro per i farmaci il cui costo sia superiore ai 5 euro e inferiore o pari a 10 euro, sia superiore a 1,50 euro per i farmaci il cui costo sia superiore a 10 euro.

5. Per gli effetti recati dalle disposizioni di cui al comma 1, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre

ordinariamente lo Stato, di cui all'*articolo 79, comma 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, è rideterminato in diminuzione dell'importo di 380 milioni di euro per l'anno 2009. Conseguentemente, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) nell'adozione del provvedimento deliberativo di ripartizione delle risorse finanziarie per il Servizio sanitario nazionale relativo all'anno 2009 a seguito della relativa Intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 26 febbraio 2009, provvede, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ad apportare le conseguenti variazioni alle tabelle allegate alla proposta di riparto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 6 marzo 2009. (69) Lettera così corretta da *Comunicato 5 maggio 2009*, pubblicato nella G.U. 5 maggio 2009, n. 102. (70) Alinea così corretto da *Comunicato 5 maggio 2009*, pubblicato nella G.U. 5 maggio 2009, n. 102. (71) Lettera così corretta da *Comunicato 5 maggio 2009*, pubblicato nella G.U. 5 maggio 2009, n. 102 e, successivamente, modificata dalla *legge di conversione 24 giugno 2009, n. 77*.	

L. 3 agosto 2009, n. 102

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali

---

aggiornamento aprile 2010

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

TESTO	Osservazioni e Proposte delle Regioni
Art. 1-*ter* Dichiarazione di attivita' di assistenza e di sostegno alle famiglie *stralcio articolo* 17. In funzione degli effetti derivanti dall'attuazione del presente articolo, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 67 milioni di euro per l'anno 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010. Con decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 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, i predetti importi sono ripartiti tra le regioni in relazione alla presenza dei	**La disposizione incrementa il FSN di 67 milioni di euro per il 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dal 2010.** Con decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia, tali risorse sono ripartite fra le Regioni **sentita** la Conferenza Stato-Regioni – si evidenzia che è richiesto un parere e non l'intesa come per tutti i riparti in Sanità – sulla base delle presenze dei lavoratori extracomunitari emersi.

lavoratori extracomunitari emersi ai sensi del presente articolo.	
Art. 9. Tempestivita' dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni ***stralcio articolo*** 1-bis. Le somme dovute da una regione commissariata ai sensi dell' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, nei confronti di un'amministrazione pubblica di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, e successive modificazioni, sono regolate mediante intervento del tesoriere con delegazione di pagamento ai sensi degli articoli 1268 e seguenti del codice civile, che si determina automaticamente al momento del riconoscimento del debito da parte dell'amministrazione debitrice, da effettuare entro trenta giorni dall'istanza dell'amministrazione creditrice. Decorso tale termine senza contestazioni puntuali da parte della pubblica amministrazione debitrice, il debito si intende comunque riconosciuto nei termini di cui all'istanza. (50) (50) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*.	La disposizione prevede che le somme dovute nei confronti di un'amministrazione pubblica da una Regione commissariata sono regolate mediante intervento del tesoriere con delegazione di pagamento ex artt. 1268 e seguenti del codice civile che si determina automaticamente al momento del riconoscimento del debito, da effettuarsi entro 30 giorni. Decorso tale termine senza contestazioni puntuali dell'amministrazione debitrice, il debito si intende comunque riconosciuto.

Art. 9-bis Patto di stabilita' interno per gli enti locali ***stralcio articolo*** 5. Sono esclusi dal patto di stabilità interno delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano i pagamenti che vengono effettuati a valere sui residui passivi di parte corrente a fronte di corrispondenti residui attivi degli enti locali. In funzione di anticipazione dell'attuazione delle misure connesse alla realizzazione di un sistema di federalismo fiscale, secondo quanto previsto dalla *legge 5 maggio 2009, n. 42*, e allo scopo di assicurare la tutela dei diritti e delle prestazioni sociali fondamentali su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell' *articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione*, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e acquisito il parere espresso in sede di tavolo di confronto di cui all' *articolo 27, comma 7, della citata legge n. 42 del 2009*, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono fissati i criteri per la rideterminazione, a decorrere dall'anno 2009, dell'ammontare dei proventi spettanti a regioni e province autonome, compatibilmente con gli statuti di autonomia delle regioni ad autonomia speciale e delle citate province autonome, ivi compresi quelli afferenti alla compartecipazione ai tributi erariali statali, in misura tale da garantire disponibilità finanziarie complessivamente non inferiori a 300 milioni di euro annui e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Tali risorse sono assegnate ad un fondo da istituire nello stato di previsione	Si prevede dall'ammontare dei proventi spettanti a Regioni e Province autonome ivi compresi quelli afferenti alla compartecipazione ai tributi erariali statali, **l'istituzione di un "fondino" non ben definito di 300 milioni di euro** annui di

della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze per le attività di carattere sociale di pertinenza regionale. In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono stabiliti, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al secondo periodo del presente comma, criteri e modalità per la distribuzione delle risorse di cui al presente comma tra le singole regioni e province autonome, che il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, provvede ad attuare con proprio decreto. (53) (53) Comma così modificato dall'*art. 2, comma 152, L. 23 dicembre 2009, n. 191*, a decorrere dal 1° gennaio 2010	carattere sociale e di pertinenza regionale che verrà ripartito fra le Regioni e le Province autonome sulla base di criteri e modalità stabiliti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Si evidenzia che l'entità del fondino corrisponde al taglio operato al FNPS per l'anno 2009.
Art. 11. Analisi e studi economico-sociali 1. I sistemi informativi del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali nonché dei soggetti ad essi collegati o da essi vigilati o controllati, sono, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato, utilizzabili in modo coordinato ed integrato al fine di poter disporre di una base unitaria di dati funzionale ad analisi e studi mirati alla elaborazione delle politiche economiche e sociali. La formazione e l'utilizzo della base unitaria avviene nel rispetto dei principi vigenti in materia di trattamento dei dati nell'ambito del sistema statistico nazionale, e in particolare del *regolamento n. 223/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'11 marzo 2009*, e della normativa sulla protezione dei dati personali. (59) _____	Ai fini di elaborare politiche economico-sociali, i sistemi informativi dei Ministeri dell'Economia e del Lavoro, della salute e delle politiche sociali saranno coordinati ed integrati per disporre di **una base unitaria di dati.**

(59) Comma così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*.	
Art. 17. Enti pubblici: economie, controlli, Corte dei conti ***stralcio articolo*** 23. All'*articolo 71 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, sono apportate le seguenti modificazioni: a) il comma 1-bis è sostituito dal seguente: «1-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, limitatamente alle assenze per malattia di cui al comma 1 del personale del comparto sicurezza e difesa nonché del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, gli emolumenti di carattere continuativo correlati allo specifico status e alle peculiari condizioni di impiego di tale personale sono equiparati al trattamento economico fondamentale»; (92) b) al comma 2 dopo le parole: «mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica» sono aggiunte le seguenti: «o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale»; c) al comma 3 è soppresso il secondo periodo; d) il comma 5 è abrogato. Gli effetti di tale abrogazione concernono le assenze effettuate successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto; e) dopo il comma 5, sono inseriti i seguenti: «5-bis. Gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle Amministrazioni pubbliche interessate rientrano nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale; conseguentemente i	La disposizione estende ai medici convenzionati con il SSN la certificazione delle assenze. Le visite fiscali rientrano nei compiti del SSN ed i relativi oneri restano a carico delle Aziende sanitarie locali.

relativi oneri restano comunque a carico delle aziende sanitarie locali. **5-ter.** A decorrere dall'anno 2010 in sede di riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è individuata una quota di finanziamento destinata agli scopi di cui al comma 5-bis, ripartita fra le regioni tenendo conto del numero dei dipendenti pubblici presenti nei rispettivi territori; gli accertamenti di cui al medesimo comma 5-bis sono effettuati nei limiti delle ordinarie risorse disponibili a tale scopo.». (92) (92) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102.*	E' prevista **una quota non precisata del FSN 2010** per gli accertamenti medico legali sui dipendenti assenti per malattia effettuati dalle Aziende sanitarie su richiesta delle amministrazioni pubbliche. Al riguardo si ricorda che in sede di discussione sui nuovi LEA le Regioni hanno richiesto l'eliminazione di tale prestazioni da quelle comprese nei livelli di assistenza; inoltre, considerato che gli accertamenti dovrebbero essere effettuati nei limiti delle risorse assicurate, si prefigurano comportamenti diversificati.
stralcio articolo 35-novies. Il comma 11 dell' *articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: «11. Per gli anni 2009, 2010 e 2011, le pubbliche amministrazioni di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, e successive modificazioni, possono, a decorrere dal compimento dell'anzianità massima contributiva di quaranta anni del personale dipendente, nell'esercizio dei poteri di cui all' *articolo 5 del citato decreto legislativo n. 165 del 2001*, risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro e il contratto individuale, anche del personale dirigenziale, con un preavviso di sei mesi, fermo restando quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di decorrenza dei trattamenti pensionistici. Con appositi decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, di concerto con i Ministri	La disposizione introduce la possibilità per le Amministrazioni pubbliche di risolvere il rapporto di lavoro al compimento dei 40 anni contributivi anche per i dirigenti con un preavviso di sei mesi.

dell'economia e delle finanze, dell'interno, della difesa e degli affari esteri, sono definiti gli specifici criteri e le modalità applicative dei princìpi della disposizione di cui al presente comma relativamente al personale dei comparti sicurezza, difesa ed esteri, tenendo conto delle rispettive peculiarità ordinamentali. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche nei confronti dei soggetti che abbiano beneficiato dell' *articolo 3, comma 57, della legge 24 dicembre 2003, n. 350*, e successive modificazioni. Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai magistrati, ai professori universitari e ai dirigenti medici responsabili di struttura complessa». (97) (97) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*.	E' prevista **una deroga** a tali disposizioni per i magistrati, professori universitari e per i dirigenti medici responsabili di struttura complessa.
Art. 20. Contrasto alle frodi in materia di invalidita' civile 1. A decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS. Ai fini dell'attuazione del presente articolo l'INPS medesimo si avvale delle proprie risorse umane, finanziarie e strumentali, anche attraverso una razionalizzazione delle stesse, come integrate ai sensi del *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 marzo 2007*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 121 del 26 maggio 2007, concernente il trasferimento delle competenze residue dal Ministero dell'economia e delle finanze all'INPS. (117) 2. L'INPS accerta altresì la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile,	E' previsto che le Commissioni mediche presso le Aziende Sanitarie locali siano integrate da un medico dell'INPS che effettuerà anche l'accertamento definitivo. L'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari viene effettuata dall'INPS;

handicap e disabilità. In caso di comprovata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applica l'*articolo 5, comma 5 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698*. Per l'anno 2010 l'INPS effettua, con le risorse umane e finanziarie previste a legislazione vigente, in via aggiuntiva all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, un programma di 100.000 verifiche nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile. (120) 3. A decorrere dal 1° gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalità stabilite dall'ente medesimo. L'Istituto trasmette, in tempo reale e in via telematica, le domande alle Aziende Sanitarie Locali. (117) 4. Con accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da concludere entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono disciplinate le modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Nei sessanta giorni successivi, le regioni stipulano con l'INPS apposita convenzione che regola gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità civile. (117) 5. All'*articolo 10, comma 6, del decreto-legge 30 settembre 2005, n.*	Le domande volte ad ottenere benefici in materia di invalidità civile sono presentante all'INPS; A tale riguardo le Regioni, in sede di Commissione Politiche sociali, hanno evidenziato come tale normativa modifichi profondamente il procedimento per l'accertamento ed il riconoscimento dell'invalidità civile attribuendo nuove competenze all'INPS ed estromettendo le Regioni dall'intero iter dell'invalidità, determinandosi in tal modo una forte contraddizione nell'attuale contesto di dibattito sull'autonomia regionale e sul federalismo fiscale. La Commissione ha proposto nel corso dell'iter di conversione anche specifici emendamenti al testo. Con Accordo quadro - entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge - in sede di Conferenza Stato-Regioni verranno disciplinate le modalità con le quali l'INPS svolgerà le attività relative alle funzioni concessorie. Seguiranno apposite convenzioni Regioni-INPS. L'accordo, pur non essendo esplicitato in legge, dovrà prendere in considerazione elementi di facilitazione ai cittadini sulla presentazione delle domande di invalidità, soprattutto nel periodo transitorio di entrata a regime delle nuove norme. l'Accordo è stato sancito nella Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2009.

203, convertito, con modificazioni, dalla *legge 2 dicembre 2005, n. 248*, sono apportate le seguenti modificazioni: a) nel primo periodo è soppressa la parola «anche»; b) nel secondo periodo sono soppresse le parole «sia presso gli uffici dell'Avvocatura dello Stato, ai sensi dell'*articolo 11 del regio decreto 30 ottobre 1933, n. 1611*, sia»; c) nel terzo periodo sono soppresse le parole «è litisconsorte necessario ai sensi dell'articolo 102 del codice di procedura civile e». (118) 5-bis. Dopo il comma 6 dell' *articolo 10 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 2 dicembre 2005, n. 248*, come modificato dal comma 5 del presente articolo, è inserito il seguente: «6-bis. Nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali, nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'ente, su richiesta, formulata, a pena di nullità, del consulente nominato dal giudice, il quale provvede ad inviare apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'INPS competente. Al predetto componente competono le facoltà indicate nel secondo comma dell'articolo 194 del codice di procedura civile. Nell'ipotesi di sentenze di condanna relative a ricorsi depositati a far data dal 1° aprile 2007 a carico del Ministero dell'Economia e delle Finanze o del medesimo in solido con l'INPS, all'onere delle spese legali, di consulenza tecnica o del beneficio assistenziale provvede comunque l'INPS.». (119)	
6. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle presenti disposizioni,	Istituzione di una Commissione del Ministero del Lavoro, della

è nominata dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze una Commissione con il compito di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, già approvate con *decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992, e successive modificazioni. Lo schema di decreto che apporta le eventuali modifiche alle tabelle in attuazione del presente comma è trasmesso alle Camere per il parere delle Commissioni competenti per materia. Dalla attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. (117) (117) Comma così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102.* (118) Comma così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102.* Per effetto di tali modifiche, è stata, tra le altre, eliminata la lettera d) del presente comma e le disposizioni in essa contenute sono state trasfuse nel comma 5-bis del presente articolo, contestualmente inserito. (119) Comma inserito dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*, che ha trasfuso nel presente comma le disposizioni precedentemente contenute nella lettera d) del comma 5 del presente articolo ed ha contestualmente eliminato tale lettera. (120) Comma così modificato dall'*art. 2, comma 159, L. 23 dicembre 2009, n. 191*, a decorrere dal 1° gennaio 2010.	Salute e delle Politiche Sociali che aggiorna le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile. In proposito è stato più volte sottolineata dalle Regioni, la inadeguatezza delle tabelle per le disabilità gravi (si tratta di tabelle mutuate dalle assicurazioni che male interpretano disabilità fisiche, psichiche e psico-organiche). I controlli effettuati annualmente dal Ministero dell'Economia di cui alla rubrica del presente articolo, confermano la inadeguatezza del sistema di valutazione. Va rappresentata al Ministro, la posizione delle Regioni.

Art. 22. Settore sanitario 1. All'*articolo 79, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, sono apportate le seguenti modifiche:	
a) al comma 1-bis le parole: «entro il 31 ottobre 2008» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 15 ottobre 2009»; (123) b) al comma 1-ter le parole «entro il 31 ottobre 2008» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 15 ottobre 2009, si applicano comunque l' *articolo 120 della Costituzione*, nonché le norme statali di attuazione e di applicazione dello stesso, e la *legge 5 maggio 2009, n. 42*, in materia di federalismo fiscale; inoltre». (123)	Il termine per la stipula dell'Intesa sul nuovo Patto per la Salute è previsto per il **15 ottobre 2009**.
2. E' istituito un fondo con dotazione pari a 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, destinato ad interventi relativi al settore sanitario, da definirsi con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 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. Con intesa da stipulare, ai sensi dell' *articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, a valere sulle risorse del fondo di cui al presente comma, sono definiti gli importi, in misura non inferiore a 50 milioni di euro, da destinare a programmi dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti. A valere sul fondo di cui al presente comma un importo, in misura non inferiore a 2 milioni di euro annui, è destinato al Centro nazionale trapianti, al fine dell'attuazione delle disposizioni in materia di cellule riproduttive,	Istituzione di **un fondino di 800 milioni di euro** dal 2010 per interventi nel settore sanitario definiti da un decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali di concerto con il Ministero dell' Economia, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Al riguardo le Regioni, in sede di Commissione Salute, hanno evidenziato che la previsione di un mero parere esclude di poter considerare tali risorse nel novero dei finanziamenti disponibili per le Regioni previa intesa con il Governo e quindi non sarebbe corretto computarli nelle disponibilità. Con intesa Stato-Regioni saranno invece definiti gli importi da destinare in misura non inferiore a 50 milioni di euro alle cure palliative.

di cui al *decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191*, nonché in materia di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani, di cui alle direttive 2006/17/CE della Commissione, dell'8 febbraio 2006, e 2006/86/CE della Commissione, del 24 ottobre 2006, in corso di recepimento. (127)	
3. Il fondo di cui al comma 2 è alimentato dalle economie conseguenti alle disposizioni di cui all'*articolo 13, comma 1, lettera b), del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, e all'attività amministrativa dell'Agenzia italiana del farmaco nella determinazione del prezzo dei medicinali equivalenti di cui all'*articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405* e successive modificazioni. A tal fine il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, è rideterminato in riduzione in valore assoluto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 e in termini percentuali nella misura del 13,3 per cento a decorrere dal medesimo anno 2010. Conseguentemente il livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato è ridotto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010. In sede di stipula del Patto per la salute è determinata la quota che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano riversano all'entrata del bilancio dello Stato per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. (124)	Tale Fondo è costituito dalle economie derivanti dalle disposizioni dell'art. 13 del DL n. 39/2009 convertito con modificazioni nella l. n. 77/2009 in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica per cui il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è rideterminato in riduzione di 800 milioni di euro ed in termini percentuali del 13,3%, a decorrere dal 2010.
3-bis. All' *articolo 5, comma 3, lettera a), primo periodo, del decreto-*	La quota di sforamento relativa alla spesa dei farmaci acquistati

legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, le parole da: «tenendo conto» fino a: «spesa complessiva» sono sostituite dalle seguenti: «con l'eccezione della quota di sforamento imputabile alla spesa per farmaci acquistati presso le aziende farmaceutiche dalle aziende sanitarie locali e da 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». (125)	dalle aziende sanitarie locali e distribuiti direttamente ai cittadini verrà imputata unicamente alle aziende farmaceutiche.
4. Attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell' *articolo 120 della Costituzione*, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, relativamente agli anni 2007 e 2008, si applicano le seguenti disposizioni: (126) a) 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 del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, diffida la regione a predisporre entro settanta giorni un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscriversi con	La norma stabilisce la procedura di diffida alla **Regione Calabria** - attesa la necessità di tutelare l'erogazione dei LEA e di assicurare il risanamento ed il riequilibro economico-finanziario del servizio sanitario regionale – a predisporre entro 70 giorni un Piano di rientro che definisca le misure di riorganizzazione e di riqualificazione del SSR.

l'Accordo di cui all' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, nonché a provvedere a quanto previsto dall'*articolo 1, comma 174* della medesima legge; (123) b) decorso inutilmente tale termine, ovvero ove il Piano presentato sia valutato non congruo a seguito di istruttoria congiunta del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulle cui conclusioni è sentita la regione in apposita riunione, 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, nomina un Commissario per la predisposizione di un Piano triennale di rientro dai disavanzi, recante indicazione dei necessari interventi di contenimento strutturale della spesa, da redigere all'esito del riaccertamento dei debiti pregressi nonché dell'attivazione delle procedure amministrativo-contabili minime necessarie per valutare positivamente l'attendibilità degli stessi conti. Alla riunione del Consiglio dei Ministri partecipa il Presidente della giunta regionale ai sensi dell'*articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131*; (123) c) il Piano triennale di rientro dai disavanzi di cui alla lettera b) è approvato dal Consiglio dei Ministri, che ne affida contestualmente l'attuazione al Commissario nominato ai sensi della medesima lettera b). Nello svolgimento dei compiti affidatigli e per tutto il periodo di vigenza del Piano di rientro, il Commissario sostituisce gli organi della regione nell'esercizio delle attribuzioni necessarie all'attuazione del Piano stesso; contestualmente a tale nomina, il Commissario delegato di cui all'*ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 dicembre 2007, n. 3635*, cessa dal suo incarico; (123) d) ai crediti interessati dalle procedure di accertamento e	Decorso tale termine o nel caso in cui tale Piano non sia ritenuto congruo dai Ministeri interessati viene nominato dal Consiglio dei Ministri un Commissario per la predisposizione di un piano triennale, da approvarsi in Consiglio dei Ministri. Il commissario sostituisce gli organi della Regione per l'attuazione del Piano.

riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2008 si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 4, comma 2-bis del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*. Si applicano inoltre le disposizioni di cui all'*articolo 4, comma 2, del citato decreto-legge n. 159 del 2007*, che non siano in contrasto con le disposizioni del presente comma.	
5. In sede di verifica sull'attuazione dei Piani di rientro, al fine di prevenire situazioni di conflitto di interesse e di assicurare piena indipendenza e imparzialità di giudizio, i componenti designati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, appartenenti alla regione assoggettata alla valutazione, non possono partecipare alle relative riunioni del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 della citata Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. In tali casi, la predetta Conferenza provvede alla tempestiva designazione di altrettanti componenti supplenti, fermo restando che nelle more di tale designazione, allo scopo di non ritardare le necessarie azioni di contrasto alle situazioni di criticità in essere, Comitato e Tavolo possono proseguire e concludere i propri lavori. Restano salvi gli atti e le attività già espletati da Comitato e Tavolo anteriormente all'entrata in vigore della presente disposizione. (124)	La disposizione prevede che al fine di prevenire situazioni di conflitto di interesse in sede di **verifica dei Piani di rientro**, i rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome al Tavolo di verifica e al Comitato appartenenti alla Regione oggetto di verifica, non possono partecipare alle riunioni e la Conferenza dovrà provvedere alla sostituzione degli stessi. Nelle more dei tali designazioni, le attività di Tavolo e comitato possono proseguire e gli atti già espletati restano validi.
6. Per la specificità che assume la struttura indicata dall'*articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, nell'ambito del sistema sanitario nazionale ed internazionale e per le riconosciute caratteristiche di specificità ed innovatività dell'assistenza, a valere su apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo di 50 milioni di euro a decorrere dall'anno 2009 per l'erogazione, a favore della medesima struttura sanitaria, di un contributo annuo fisso di 50 milioni di euro.	A decorrere dal 2009 per le specificità della struttura è istituito un

Conseguentemente, per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui all' *articolo 79, comma 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, è rideterminato in diminuzione dell'importo di 50 milioni di euro. Al medesimo *articolo 79, comma 1, del decreto-legge n. 112 del 2008*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 133 del 2008*, le parole da: «, comprensivi» fino a: «15 febbraio 1995» sono soppresse. (124)	fondo di 50 milioni di euro quale contributo annuo per l'Ospedale Bambino Gesù per cui il FSN è decurtato di 50 milioni.
7. L'importo di 50 milioni di euro previsto per gli anni 2007 e 2008 dall'*articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, come modificato dall'*articolo 43, comma 1-bis, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 febbraio 2008, n. 31*, è erogato alla struttura sanitaria di cui al comma 6 per le medesime finalità di cui al comma 6.	
8. Ai fini della verifica degli adempimenti in materia di acquisto di beni e servizi, di cui all'Allegato 1, comma 2, lettera b) della citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della medesima Intesa procede alla valutazione sentita la CONSIP. (124)	In sede di verifica degli adempimenti di beni e servizi il Tavolo di verifica procede sentita la CONSIP.
(123) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*. (124) Comma così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*.	

(125) Comma inserito dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102.* (126) Alinea così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102.* (127) Comma così modificato dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102* e, successivamente, dall'*art. 8-bis, comma 1, D.L. 25 settembre 2009, n. 135*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 20 novembre 2009, n. 166.*	
	Per quanto attiene alle disposizioni del settore sanitario dell'art. 22, durante l'iter di conversione del DL, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nelle diverse sedi istituzionali e con specifiche note al Presidente del Consiglio dei Ministri ha chiesto, sulla scorta dell'Accordo sottoscritto nel mese di ottobre 2008, di concertare i fabbisogni -riconosciuti sottostimati dalle Regioni - le norme e le regole del nuovo patto. Si riporta lo stralcio della lettera del 2 luglio al Presidente del Consiglio: "*.....come nel caso del nuovo Patto della Salute per il quale le Regioni chiedono da oltre un anno l'apertura del tavolo, consapevoli della necessità di costruire un sistema equilibrato e responsabile, mentre il Governo unilateralmente introduce misure che precostituiscono la cornice istituzionale e finanziaria del futuro accordo. Ci si riferisce in particolare alla definizione degli stanziamenti per gli anni 2010, 2011 e 2012 in materia di spesa sanitaria, alla riduzione del tetto sulla farmaceutica, alla disciplina per la remunerazione delle visite fiscali che pone a carico del fondo tali oneri di fatto riducendone le disponibilità finanziarie; alle regole per i commissariamenti - ad esempio la procedura abnorme per la Regione Calabria e la necessità di*

	definire la situazione relativa alla Regione Campania - e per la regolazione dei piani di rientro a fronte dei quali le Regioni perdono sovranità." Conseguentemente, in attesa di riscontro da parte del Governo anche su criticità relative ad altri settori, sono stati sospesi tutti gli incontri anche tecnici con il Governo. Da ultimo, nell'incontro svoltosi fra la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed il Governo con il Presidente del Consiglio il 5 agosto scorso, il Presidente della Conferenza ha ribadito la richiesta di ritirare tutte le disposizioni sanitarie contenute nel provvedimento, la rideterminazione dei fabbisogni e la piena concertazione delle regole del Patto. In sede di Commissione Salute sono stati predisposti due specifici documenti da rappresentare alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Il primo attiene agli aspetti economico-finanziari e ricostruisce il quadro dei finanziamenti e della spesa per il nuovo Patto, evidenziando come per la prima volta si avrebbe per l'anno 2010 una riduzione in termini assoluti del finanziamento. Il secondo documento avanza una proposta di riorganizzazione delle procedure e delle regole per l'istruttoria, la verifica ed il monitoraggio degli adempimenti economici e sanitari dei servizi sanitari regionali volta a definire in maniera paritetica ruolo e funzioni delle Regioni in tali procedimenti.

Art. 22-ter ***Disposizioni in materia di accesso al pensionamento*** *(130)* 1. In attuazione della sentenza della Corte di giustizia delle Comunità europee 13 novembre 2008 nella causa C-46/07, all' *articolo 2, comma 21, della legge 8 agosto 1995, n. 335*, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «A decorrere dal 1° gennaio 2010, per le predette lavoratrici il requisito anagrafico di sessanta anni di cui al primo periodo del presente comma e il requisito anagrafico di sessanta anni di cui all' *articolo 1, comma 6, lettera b), della legge 23 agosto 2004, n. 243*, e successive modificazioni, sono incrementati di un anno. Tali requisiti anagrafici sono ulteriormente incrementati di un anno, a decorrere dal 1° gennaio 2012, nonché di un ulteriore anno per ogni biennio successivo, fino al raggiungimento dell'età di sessantacinque anni. Restano ferme la disciplina vigente in materia di decorrenza del trattamento pensionistico e le disposizioni vigenti relative a specifici ordinamenti che prevedono requisiti anagrafici più elevati, nonché le disposizioni di cui all' *articolo 2 del decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 165*. Le lavoratrici di cui al presente comma, che abbiano maturato entro il 31 dicembre 2009 i requisiti di età e di anzianità contributiva previsti dalla normativa vigente prima della data di entrata in vigore della presente disposizione ai fini del diritto all'accesso al trattamento pensionistico di vecchiaia, conseguono il diritto alla prestazione pensionistica secondo la predetta normativa e possono chiedere all'ente di appartenenza la certificazione di tale diritto». 2. A decorrere dal 1° gennaio 2015, i requisiti di età anagrafica per l'accesso al sistema pensionistico italiano sono adeguati all'incremento della speranza di vita accertato dall'Istituto nazionale di statistica e	

validato dall'Eurostat, con riferimento al quinquennio precedente. Con regolamento da emanare entro il 31 dicembre 2014, ai sensi dell' *articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, e successive modificazioni, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, è emanata la normativa tecnica di attuazione. In sede di prima attuazione, l'incremento dell'età pensionabile riferito al primo quinquennio antecedente non può comunque superare i tre mesi. Lo schema di regolamento di cui al presente comma, corredato di relazione tecnica, è trasmesso alle Camere per il parere delle Commissioni competenti per materia e per i profili di carattere finanziario.	
3. Le economie derivanti dall'attuazione del comma 1 confluiscono nel Fondo strategico per il Paese a sostegno dell'economia reale, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui all' *articolo 18, comma 1, lettera b-bis), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, e successive modificazioni, per interventi dedicati a politiche sociali e familiari con particolare attenzione alla non autosufficienza; a tale fine la dotazione del predetto Fondo è incrementata di 120 milioni di euro per l'anno 2010 e di 242 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2011.	E' istituito un **"Fondo strategico per il paese a sostegno dell'economia reale"** presso al Presidenza del Consiglio dei Ministri per interventi dedicati alle politiche della famiglia con particolare riferimento alla non autosufficienza: a tale fine il fondo è incrementato di 120 milioni di euro per l'anno 2010 e 242 mln a decorrere dal 2011.
(130) Articolo inserito dalla *legge di conversione 3 agosto 2009, n. 102*.	

TETTI SPESA FARMACEUTICA

Legge 16 Novembre 2001 n. 405

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"

TESTO	TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA %
Art. 5. **Tetti di spesa** 1.A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola regione, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tale fine le regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui al presente articolo.	Determinazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale nella misura del **13% della spesa sanitaria complessiva a decorrere dall'anno 2002**.

Legge 24 Novembre 2003 n. 326

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici"

TESTO	TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA %
Art. 48. ***Tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica*** ***Stralcio articolo*** " 1.A decorrere dall'anno 2004, fermo restando quanto già previsto dall'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, in materia di assistenza farmaceutica territoriale, l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica complessiva, compresa quella relativa al trattamento dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero, e' fissata, in sede di prima applicazione, al 16 per cento come valore di riferimento, a livello nazionale ed in ogni singola regione. Tale percentuale può essere rideterminata 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, tenuto conto di uno specifico flusso informativo sull'assistenza farmaceutica relativa ai farmaci a distribuzione diretta, a quelli impiegati nelle varie forme di assistenza distrettuale e residenziale nonché a quelli utilizzati nel corso di ricoveri ospedalieri, attivato a decorrere dal 1° gennaio 2004 sulla base di accordo definito in sede di Conferenza	Fermo restando il tetto della spesa farmaceutica territoriale, si determina il tetto della spesa farmaceutica complessiva (territoriale ed ospedaliera) nella **misura del 16%, quale valore di riferimento a livello nazionale ed in ogni singola regione, a decorrere dall'anno 2004.**

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il decreto, da emanarsi entro il 30 giugno 2004, tiene conto dei risultati derivanti dal flusso informativo dei dati." *(estratto dell'art. 48: Tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica)*	

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'equità sociale"

TESTO	TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA %
Art. 5. ***Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico*** ***Stralcio articolo*** "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."	A decorrere dal 2008 nuovo tetto della spesa farmaceutica territoriale (farmacie, distribuzione diretta delle ASL e ticket regionali) **pari al 14% del finanziamento del SSN.**

(estratto dell'art. 5 Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico)	
"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 sforamento di detto valore e' recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa 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 e' tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo." *(estratto dell'art. 5 Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico)*	**A decorrere dal 2008 nuovo tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera pari al 2,4% del finanziamento del SSN.** Lo sforamento è recuperato dalla Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Legge 24 Giugno 2009 n. 77

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile"

TESTO	TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA %
Art. 13. **Spesa farmaceutica ed altre misure in materia di spesa sanitaria** **Stralcio articolo** "1) Al fine di conseguire una razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale: c) il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e' rideterminato nella misura del 13,6 per cento per l'anno 2009." *(estratto dell'art. 13: Spesa farmaceutica ed altre misure in materia di spesa sanitaria)*	Rideterminazione **del tetto della spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,6% per l'anno 2009.**

Legge 3 Agosto 2009 n. 102

"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali"

TESTO	TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA %
Art. 22. **Settore sanitario** **Stralcio articolo** "3. Il fondo di cui al comma 2 e' alimentato dalle economie conseguenti alle disposizioni di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b), del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2009, n. 77, e all'attività amministrativa dell'Agenzia italiana del farmaco nella determinazione del prezzo dei medicinali equivalenti di cui all'articolo 7, comma 1, del *decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e successive modificazioni.* A tal fine il tetto di spesa per *l'assistenza farmaceutica territoriale* di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, *e' rideterminato* in riduzione in valore assoluto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 e in termini percentuali *nella misura del 13,3 per cento a decorrere dal medesimo anno 2010.* Conseguentemente il livello del finanziamento a cui concorre	Rideterminazione del tetto di spesa per **l'assistenza farmaceutica territoriale nella misura del 13,3% a decorrere dall'anno 2010.**

ordinariamente lo Stato e' ridotto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010. *In sede di stipula del Patto per la salute e' determinata la quota che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano riversano all'entrata del bilancio dello Stato per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale."* *(estratto art. 22: settore sanitario)*	

PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

TESTO	OSSERVAZIONI
Articolo 8 **(Assistenza farmaceutica e dispositivi medici)** 1. Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'AIFA ed uno dell'AGENAS che formuli una organica proposta, entro 30 giorni, sulla base dei seguenti principi, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica: *a*) definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera; b) garantire da parte dell'AIFA la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa; c) revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci off label; d) monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati. 2. Si conviene di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, AIFA, AGENAS, ISS) valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA. E' altresì costituito a livello nazionale apposito tavolo di lavoro con la partecipazione delle Regioni, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle Agenzie nazionali (AIFA, AGENAS e ISS) con il compito di: a) definire procedure di condivisione delle esperienze in atto; b) individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto;	**Il Tavolo istituito presso il Ministero della Salute il 10 febbraio 2010, dovrà formulare proposte sul governo della spesa farmaceutica.**

c) proporre un'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da approvarsi, in sede di Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 dicembre 2010.	

23 ottobre 2009

SANITA': Nuovo Patto per la salute

1. Le Regioni devono assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza.

2. Lo Stato si impegna ad assicurare in relazione al livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011; per l'anno 2012, lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello di finanziamento rispetto all'anno 2011 del 2,8%. A tali risorse aggiuntive concorrono:

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

Lo Stato si impegna inoltre:
- ad adottare nel corso del 2010 ulteriori misure dirette a garantire un ulteriore finanziamento qualora al personale dipendente e convenzionato del SSN vengano riconosciuti con riferimento alla competenza 2010 incrementi da rinnovo contrattuale superiori a quelli derivanti dal riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale;
- a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria *ex* art. 20 l. n. 67/88, in aggiunta ai 1.174 milioni di euro relativi all'anno 2009, 4.715 milioni di euro;
- ad ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti dal predetto art. 20 l. n. 67/88 elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Sull'edilizia sanitaria Stato e regioni convengono sulla possibilità di utilizzare anche le risorse FAS di competenza regionale;
- a garantire, per l'anno 2010: a) un finanziamento pari a 400 milioni di euro per il Fondo per la non autosufficienza *ex* art. 1, comma 1264, l. n. 296/06; b) un incremento di 30 milioni di euro del Fondo nazionale per le politiche sociali nonché la separazione delle risorse assegnate all'Inps per la garanzia dei diritti soggettivi da quelle di competenza delle regioni.

Stato e regioni convengono che eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale, effettuati dalle regioni, rimangano nella disponibilità delle regioni stesse.

3. Occorre rivisitare, potenziare e semplificare il meccanismo di "commissariamento" delle Regioni in disavanzo, ferme restando le funzioni del

Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato per la verifica dei LEA in materia di monitoraggio trimestrali e annuali e di verifica dell'attuazione dei Piani di rientro secondo un nuovo regolamento condiviso tra Stato e regioni.

4. All'esito della verifica relativa all'anno precedente, nel caso di disavanzo non coperto (in tutto o in parte), occorre confermare i vigenti automatismi (innalzamento aliquote IRPEF e IRAP), da potenziare con il blocco del *turn-over* e il divieto di effettuazione di spese non obbligatorie. Se lo scostamento (calcolato rispetto al finanziamento ordinario integrato delle entrate proprie effettive) è superiore al 5 per cento, ovvero inferiore al 5 per cento se gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscono con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, scatta comunque l'obbligo di presentare un piano di rientro.

5. La regione ha l'obbligo di presentare entro il 30 giugno il piano di rientro. Il piano, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS, è valutato da una Struttura tecnica di monitoraggio a composizione paritetica, presieduta da un ulteriore componente scelto di comune accordo, e dalla Conferenza Stato-regioni entro termini perentori. Il Consiglio dei Ministri accerta (anche nell'ipotesi in cui la Conferenza e la Struttura non abbiano trasmesso le proprie valutazioni) l'adeguatezza del piano di rientro:
- in caso di riscontro positivo, approva il piano e la regione inizia ad attuarlo;
- in caso di mancata presentazione o insufficienza del piano, la regione viene commissariata (il presidente della regione assume il ruolo di commissario *ad acta* per la redazione e per l'attuazione del piano) e scattano, oltre gli automatismi anzidetti (innalzamento aliquote IRPEF e IRAP, blocco del *turn-over* e divieto di effettuazione di spese non obbligatorie), ulteriori automatismi (sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio; decadenza dei direttori generali delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere).

6. Nell'ipotesi di inadempimento del piano da parte della regione tenuta ad attuarlo, il Consiglio dei Ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio di 15 giorni, diffida la regione interessata ad attuare il piano; in caso di perdurante inottemperanza, la regione viene commissariata (il presidente della regione assume le funzioni di commissario *ad acta*) e scattano tutti gli automatismi anzidetti.

7. Per i vigenti piani di rientro relativi alle regioni già commissariate resta fermo l'assetto della gestione commissariale vigente, salva la possibilità della Regione di presentare un nuovo piano ai sensi della nuova disciplina nonché la cessazione del commissariamento a seguito dell'approvazione del nuovo piano.

8. Nell'ambito dei piani di rientro, le regioni interessate da disavanzo possono utilizzare nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, d'intesa con il Governo, a copertura del debito, le risorse del FAS preordinate alla programmazione regionale o altri eventuali strumenti di ristrutturazione del debito compatibili con le esigenze di finanza pubblica. In particolare la singola Regione, d'intesa con lo Stato, può utilizzare una parte delle risorse originariamente destinate ai PAR del proprio territorio.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - Articolo 79, comma 1bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n. 102 - , tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009

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

Nell'odierna seduta del 3 dicembre 2009:

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

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

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

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176,

anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

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

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

VISTO l'articolo 8 della richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con la quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- al comma 1-ter, che qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 15 ottobre 2009 si applicano comunque l'articolo 120 della Costituzione, nonché le norme statali di attuazione e di applicazione dello stesso, e la legge 5 maggio 2009, n.42, in

materia di federalismo fiscale; inoltre prevede che con la procedura di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b), del presente articolo.

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

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

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

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

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

mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza";

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SANCISCE INTESA

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

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

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

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

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

4. A tali risorse aggiuntive concorrono:

a) il riconoscimento con riferimento alla competenza 2010 di incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale con economie pari a 466 milioni di euro annui;

b) il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011;

c) le ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 dirette ad assicurare l'intero importo delle predette risorse aggiuntive.

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

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

7. Le risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani.

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

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

Articolo 2
(Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa)

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

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

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

a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale (allegato 1);
b) indicatori sui costi medi (allegato 2);
c) standard dei posti letto ospedalieri, come definito dalla vigente legislazione e dalla presente Intesa;
d) standard del tasso di ospedalizzazione;
e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale), superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza ;
f) standard della numerosità del personale:
   1) con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
   2) con riferimento alle aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (Allegato 3).

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

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

Articolo 3
(Organismi di monitoraggio)

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

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

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

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

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

Articolo 4
(Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale)

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

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

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

Articolo 5
(Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie)

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

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

a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);
b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

2. Le misure di cui al presente articolo sono oggetto di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e gli esiti sono comunicati alla Struttura di monitoraggio.

Articolo 6
(Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

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

2. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono

prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.

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

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

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

Articolo 7
(Accreditamento e remunerazione)

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

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

3. Nelle more della revisione normativa, per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con intesa Stato Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, vengono definiti gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali

previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.

Articolo 8
(Assistenza farmaceutica e dispositivi medici)

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

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

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

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

Articolo 9
(Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti)

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

a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità

l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;

b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali . La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati;

c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

Articolo 10
(Monitoraggio e verifica dei LEA)

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

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

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

Articolo 11
(Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività)

1. In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del

federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

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

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

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

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

Articolo 12
(Personale del servizio sanitario regionale)

1. Ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, Stato e Regioni concordano che i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti

del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliero universitaria a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:

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

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

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

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

Articolo 13
(Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario)

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

2. All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e per gli effetti dell' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre le vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del *turn-over* del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare

spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli; le modalità di verifica del presente adempimento sono definite nell'ambito del regolamento di cui all'articolo 3, comma 4, della presente Intesa.

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

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

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

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dalla presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché

dell'assessorato regionale competente. Con DPCM, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio;

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

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

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

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

all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

9. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al precedente comma 7 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio, rispettivamente, di 10 e 20 giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata da Tavolo e Comitato, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione quale commissario *ad acta* per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano di rientro. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario:

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

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

acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

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

12. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 6 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 9, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 14
(Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio)

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

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

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

cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 154/2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del citato decreto legge 185/2008.

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

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

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

Articolo 15
(Piano nazionale della prevenzione)

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

2. Le Regioni e le Province autonome convengono di confermare per gli anni 2010- 2012, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli

obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.

Articolo 16
(Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute)

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

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

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

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

Articolo 17
(Nuovo Sistema informativo sanitario)

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

Articolo 18
(Livello delle anticipazioni del finanziamento del SSN)

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

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

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

4. Nelle more dell'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il livello provvisorio delle erogazioni del finanziamento effettuato in via anticipata è pari al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento dell'Intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento.

Articolo 19
(Mobilità interregionale)

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

a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;

c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

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

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

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. dott. Raffaele Fitto

ALLEGATO 1

Indicatori del rispetto della programmazione nazionale	
finanziamento pro capite	
finanziamento pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
finanziamento percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	5% prevenzione 51% distrettuale 44% ospedaliero
risultato di gestione (come definito all'articolo 2, commi 3 e 4) per gli ultimi tre anni e relative coperture;	
spesa pro-capite	
spesa pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
spesa percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero).	

ALLEGATO 2

Gli indicatori di cui al presente allegato vanno intesi come da rapportarsi agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlate a valutazioni sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Assistenza distrettuale

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	standard
spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa farmaceutica pro-capite (da integrare con altri indicatori Osmed);	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa procapite per assistenza specialistica – attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica- attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4

Assistenza ospedaliera

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	Standard
Costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri per acuti in DH/DS	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri in riabilitazione (ordinari+diurni)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri in lungodegenza	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in DH/DS	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per la riabilitazione (ordinari + diurni)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Costo pro-capite per i ricoveri per la lungodegenza	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

ALLEGATO 3

Indicatori di appropriatezza organizzativa	Standard
Degenza media pre-operatoria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (ord+dh)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) sul totale dei ricoveri (esclusi DRG 006,039,119)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 giorni) sul totale dei ricoveri medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Percentuale di casi medici con degenza oltre-soglia per pazienti con età >= 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

ALLEGATO A ***(cfr. Articolo 6, comma 5)***

Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S

ALLEGATO A

NOTA	CODICE	Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04,44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION 0 ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO 0 INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION 0 ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO 0 INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON 0 SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO(in occhio fachico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
H R	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA 0 INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO 0 PROTESI DIRETTA 0 INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO 0 PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.41	RIPARAZIONE Di ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	77.56	RIPARAZIONE Di DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

H R	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.1.1	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incuso: visita anestesiologica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

ALLEGATO *B (cfr. Articolo 6, comma 5)*

DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

ALLEGATO B

DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

DR	MD	Tip	Descrizione DRG
006	1		Decompressione del tunnel carpale
008		C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
013			Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042		C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino *(eccetto trapianti di .comea)*
047		M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3		Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
065		M	Alterazioni dell'equilibrio *(eccetto urgenze)*
070		M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4		Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	5		Legatura e stipping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto *urgenze)*
133	5	M	Aterosclerosi senza CC *(eccetto urgenze)*
134	5	M	Ipertensione *(eccetto urgenze)*
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto *urgenze)*
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160		C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC *(eccetto ricoveri 0-1 giorno)*
162		C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC *(eccetto ricoveri 0-1 giorni)*
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto *ricoveri 0-1 giorno)*
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni *(eccetto urgenze)*

187		M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC *(eccetto urgenze)*
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228		C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229		C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232		C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso *(eccetto urgenze)*
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto
251			Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256		M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262		C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne *(codici intervento 85.20 e 85.21)*
266		C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268			Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
281		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC*(eccetto urgenze)*
282		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni *(eccetto urgenze)*
283		M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni *(eccetto urgenze)*
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11		Ricovero per dialisi renale
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC *(eccetto urgenze)*
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC *(eccetto urgenze)*
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne

349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto *urgenze)*
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17		Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto *urgenze)*
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive *(eccetto urgenze)*
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23		Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute *(eccetto urgenze)*
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503		C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564			Cefalea, età > 17 anni

Legge 23 dicembre 2009, n. 191 [1].

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010).

---

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 30 dicembre 2009, n. 302, S.O.

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

LEGGE FINANZIARIA 2010	ASPETTI ATTUATIVI
omissis Art. 2. *(Disposizioni diverse)* [3]	
66. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012 e in attuazione dell'intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, nonché in funzione dell'esigenza di assicurare, da parte regionale, l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 67 a 105.	**Recepimento** dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012 sancita in Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.
67. Per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all' *articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466	**Finanziamento SSN - Art. 1 Intesa sul Patto per la Salute** **Anno 2010: 106.214 mln di euro. Il Patto per la salute prevede risorse aggiuntive pari a 1.600 euro, comprensivi di 466 mln relativi all'indennità di vacanza contrattuale. Le risorse disponibili da ripartire subito ammontano a 104.564 incrementate di 584 mnl: 105.148 mln di euro.** **Le restanti risorse verranno disposte con successivi provvedimenti legislativi.**

milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'articolo 1, comma 4, lettera a), della citata intesa Stato-regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all' *articolo 22, comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 102 del 2009*, nonché dell'importo di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all' *articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*. Con successivi provvedimenti legislativi è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento. (31)	**Anno 2011: 108.653 mln di euro. Il Patto per la salute prevede risorse aggiuntive pari a 1.719 mnl, comprensivi di 466 mln relativi all'indennità di vacanza contrattuale. Risorse aggiuntive già stanziate 419 mln. Le restanti risorse verranno disposte con successivi provvedimenti legislativi.** **La legge 220/2010 – Legge di stabilità 2011 all'art. 1 comma 49 prevede un incremento del livello di finanziamento del SSN di 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell' anno 2011. L'incremento copre una quota (cinque dodicesimi) delle risorse residue (pari a 834 milioni), che, relativamente al prossimo esercizio, lo Stato si è impegnato ad assicurare alle Regioni con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Intesa sancita dalla relativa Conferenza permanente il 3 dicembre 2009).** **Anno 2012. Risorse corrispondenti a quelle del 2011 incrementate del 2,8%.**
68. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, per gli anni 2010, 2011 e 2012: a) in deroga a quanto stabilito dall' *articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario e alla Regione siciliana anticipazioni, con riferimento al livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, da accreditare sulle contabilità speciali di cui al comma 6 dell' *articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, fermo restando quanto previsto dall' *articolo 77-quater, commi da 2 a 6, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*; b) la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensiva	**Livello delle anticipazioni - Art. 18 Intesa sul Patto salute.**

di eventuali anticipazioni di cui alla lettera a), è fissata al livello del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e, per la Regione siciliana, della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, 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. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è fissata al livello del 98 per cento; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica;	**Viene fissato al 97% delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie, come da Intesa della Conferenza Stato-Regioni sul riparto del FONDO.** **Premialità per le Regioni adempienti nell'ultimo triennio: il livello viene fissato al 98% con possibilità di aumento compatibilmente agli obblighi di finanza pubblica.**
c) la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge;	**Quota di finanziamento condizionata alla verifica degli adempimenti: rispettivamente 3% e 2%.**
d) nelle more dell'espressione dell'intesa, ai sensi delle norme vigenti, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'erogazione delle risorse in via anticipata provvisoria è commisurata al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento della citata intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento; e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi necessari, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per	**Nelle more dell'intesa l'erogazione anticipata è commisurata al livello delle erogazioni in via anticipata relativo al secondo anno precedente a quello di riferimento.**

gli esercizi successivi;	
f) 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 d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.	**Autorizzati eventuali recuperi su somme spettanti alle Regioni.** **Compensazioni connesse alla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale con Intesa in Conferenza Stato-Regioni.**
69. 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, rideterminato in 23 miliardi di euro dall' *articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, è elevato a 24 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. L'incremento di cui al presente comma è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro.	**Ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico art. 20 l.n. 67/88 - Art. 1 comma 8 Intesa sul Patto per la Salute** **Innalzamento dell'importo da 23 a 24 miliardi.** **Priorità alle Regioni che hanno esaurito la loro disponibilità tramite sottoscrizione di accordi a valere sui 23 mld.**
70. Per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all' *articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*.	**Per consentire le attività di cui all'art. 11 dell'Intesa sul Patto per la Salute - impegno delle Regioni a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili, a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza – si applicano le disposizioni dell'art. 79 comma 1 sexies lett. c) della l.n. 133/2008 che prevede che una quota delle risorse disponibili per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento possa essere utilizzata per il potenziamento degli strumenti di verifica e controllo gestionale.**

71. Fermo restando quanto previsto dall' *articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, per il triennio 2007-2009, gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 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. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, 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.	**Spese per il Personale– Art 12 Intesa sul Patto per la Salute** **Anche per il triennio 2010 2012 le spese per il personale non devono superare l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.** **Si considerano anche le spese per il personale a tempo determinato, con contratto di collaborazione o con convenzioni.** **Sono escluse le spese di personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e quelle dei contratti per l'attuazione di progetti di ricerca.**
72. Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma:	**Nell'ambito dei processi di riorganizzazione e per la razionalizzazione della rete ospedaliera sono previste:**
a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta	**Adozione di misure di riduzione degli organici e di ridimensionamento**

servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall' *articolo 1, commi 189, 191* e *194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni;	**dei fondi per la contrattazione integrativa**
b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente; delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma.	**Fissazione di parametri standard per individuazione di strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del comparto.**
73. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, 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 ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.	**La verifica è affidata al Tavolo di verifica art 12 Intesa 23 marzo 2005 presso il MEF.** **La Regione è adempiente se consegue tali obiettivi o se abbia assicurato l'equilibrio economico.**
74. Ai fini dell'applicazione, nel triennio 2010-2012, delle disposizioni recate dall' *articolo 17, commi da 10 a 13, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, i vincoli finanziari ivi previsti sono da intendersi riferiti, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, alle misure di contenimento delle	**I commi da 10 a 13 dell'art. 17 l.n. 102/2009 prevedono le misure di autorizzazione per i concorsi pubblici.**

spese di cui ai commi 71, 72 e 73 del presente articolo.	
75. Per le regioni che risultano in squilibrio economico si applicano le disposizioni di cui ai commi da 76 a 91.	**Disposizioni per le Regioni in squilibrio economico - Art. 13 Intesa sul Patto per la Salute – comma 2**
76. All' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:	**Il comma 174 l. finanziaria 2005 dispone le procedure di diffida ad adempiere per la Regione e del Presidente della Regione quale commissario ad acta per l'adozione di provvedimenti per il ripiano del disavanzo.**
a) al quinto periodo:	
1) dopo le parole: «si applicano comunque» sono inserite le seguenti: «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»;	**Oltre ai meccanismi già previsti di automatismo della misura massima aliquota Irap e addizionale Irpef si prevedono: blocco automatico del turn over del personale SSN fino al 31 dicembre del secondo anno successivo; divieto spese non obbligatorie per lo stesso periodo**
2) le parole: «scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto» sono sostituite dalle seguenti: «scaduto il termine del 31 maggio, la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto»;	
b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «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».	**Gli atti emanati in violazione delle predette norme sono nulli:** **in sede di verifica la Regione deve inviare certificazione attestante il rispetto dei vincoli.**
	Comma 3 Intesa sul Patto per la salute
77. È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la	**Lo standard dimensionale del disavanzo sanitario - rispetto al finanziamento ordinario ed alle maggiori entrate proprie – è definito nel 5% ovvero inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio non garantiscono la copertura totale del disavanzo. In caso di raggiungimento o superamento del suddetto standard Scatta il PIANO DI RIENTRO TRIENNALE.**

regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.	**La Regione deve presentare entro il 10 giugno dell'anno successivo il Piano di Rientro elaborato con ausilio di AIFA ed AGENAS che contenga sia misure di riequilibrio dell'erogazione dei LEA sia misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario.**
78. Il piano di rientro, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni dalla data di approvazione da parte della regione. La citata Conferenza, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della citata Struttura tecnica, ove espresso.	**COMMA 4 Intesa sul Patto per la salute** **Il Piano di rientro approvato dalla Regione è valutato dalla STEM – Struttura tecnica paritetica di monitoraggio prevista all'art. 3 dell' Intesa sul Patto per la Salute di supporto alla Conferenza Stato-Regioni – e dalla Conferenza Stato-Regioni nei termini perentori di 30 e 45 giorni dall'approvazione della Regione del Piano.**
79. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 78, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell' *articolo 120 della Costituzione*, nomina il presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua	**COMMA 5 Intesa sul Patto per la Salute** **Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del Piano:** **SE positivo è approvato dal CdM ed è efficace ed esecutivo** **SE negativo - o in caso di NON presentazione del Piano – il CdM nomina il Presidente della Regione Commissario ad acta per la predisposizione del Piano entro 30 giorni e per la sua attuazione per l'intera durata del Piano.** **A seguito della nomina a Commissario ad acta:**

attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario ad acta: a) oltre all'applicazione delle misure previste dall' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio; b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dal citato *articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. 80. Per la regione sottoposta al piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall' *articolo 1, comma 796,*	**Oltre all'applicazione delle misure di cui al comma 76 innalzamento automatico leve fiscali; blocco del turn over e delle spese non obbligatorie:** **in via automatica sospensione trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio;** **in via automatica decadenza direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SS regionale nonché dell'assessorato regionale** **incremento automatico in aggiunta a quanto previsto nel comma successivo, nelle misure di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali l'addizionale IRPEF.** **COMMA 6 Intesa sul Patto per la Salute** **Obbligo per la Regione con Piano di Rientro del mantenimento per la durata del Piano delle maggiorazioni aliquote fiscali ove scattate automaticamente.** **Gli interventi previsti dal Piano sono vincolanti per la Regione con obbligo di rimozione e non adozione di provvedimenti di ostacolo all'attuazione del Piano.** **In caso di rispetto degli obiettivi intermedi con risultati quantitativamente migliori si possono ridurre le aliquote fiscali**

lettera b), ottavo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.	**nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al maggior risultato. Analogamente si può applicare misura di attenuazione del blocco turn over e del divieto spese non obbligatorie.**
81. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.	**COMMA 7 Intesa sul Patto per la salute** **Verifica attuazione Piano** **Periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando possibilità verifiche straordinarie** **Trasmissione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e di tutti i provvedimenti aventi impatto sul SS regionale ed indicati in apposito paragrafo del Piano alla piattaforma informatica del Ministero della Salute a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'art. 3 dell'Intesa sul Patto per la Salute – Tavolo verifica presso MEF, Comitato Lea e STEM.** **Il Min Salute di concerto con il MEF esprime un parere preventivo solo sui provvedimenti indicati nel Piano.**
82. L'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40 per cento a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva	**COMMA 8 Intesa sul Patto per la Salute** **L'approvazione del Piano e la sua attuazione sono presupposti per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano.** **L'erogazione del maggior finanziamento – quote premiali ed eventuali ulteriori risorse non erogate in conseguenza di inadempienze – avviene per** **Una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del Piano.** **Le restanti somme a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano secondo le procedure dell'art. 1 comma 2 l. n. 189/2008 -**

dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all' *articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008*, e all' *articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*.	**autorizzazione all'erogazione in presenza di situazione di emergenza finanziaria; adozione da parte del commissario ad acta di provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa -.** **Per l'erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni dell'art 1 commi 2 e 3 della suddetta l.n. 189/2008 e dell'art. 6 bis commi 1 e 2 l.n. 2/2009 – copertura del disavanzo residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato, le somme sono soggette a recupero qualora la Regione non attui il Piano nella dimensione finanziaria stabilita -.**
83. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al comma 81 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che esprimono il proprio parere entro i termini perentori, rispettivamente, di dieci e di venti giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 della citata 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, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell' *articolo 120 della Costituzione* nomina il presidente della regione commissario ad acta per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi	**COMMA 9 Intesa sul Patto per la Salute** **Esito delle verifiche** **Se emerge inadempienza della Regione – su proposta del MEF di concerto con MIN SAL e sentito Ministro per le Regioni, sentite la STEM e la Conferenza Stato-Regioni – il Consiglio dei Ministri DIFFIDA la Regione ad attuare il Piano.** **In caso di perdurante inadempienza accertata dal Tavolo tecnico di verifica e dal Comitato per la verifica dei LEA il Consiglio dei Ministri, su proposta del MEF di concerto con MIN Salute e sentito il Ministro per le Regioni, nomina il Presidente della Regione quale Commissario ad acta per tutta la durata del Piano.** **Il commissario adotta tutte le misure indicate nel Piano e ne verifica la**

e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario:	**piena ed esatta attuazione.**
a) oltre all'applicazione delle misure previste dall' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, da individuare a seguito del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 79, lettera a), e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;	**Gestione commissariale** **Oltre all'applicazione delle misure di cui al comma 76 – sono** **Sospesi in via automatica i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio** **Decadono in via automatica i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SS regionale nonché dell'assessorato regionale**
b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo.	**Con riferimento all'esercizio in corso dalla data di nomina sono incrementate in via automatica - in aggiunta a quanto previsto dal comma 80 -- di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF.**
84. Qualora il presidente della regione, nominato commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano ai sensi dei commi 79 o 83, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell' *articolo 120 della Costituzione*, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'*articolo 120 della Costituzione*,	**COMMA 10 Intesa sul Patto per la Salute** **Qualora il Presidente della Regione quale Commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del Piano non adempie in tutto o in parte agli obblighi di redazione o derivanti dal Piano, il Consiglio dei Ministri adotta tutti gli atti necessari alla predisposizione e all'attuazione del Piano.** **Nomina da parte del CdM, sentita la Regione interessata, di uno o più**

sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.	**commissari ad acta per l'attuazione di atti indicati nel Piano e non realizzati.**
85. Si applicano le disposizioni di cui all' *articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, e successive modificazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo.	**COMMA 11 Intesa sul Patto per la Salute** **Gli oneri della gestione commissariale sono a carico della regione.**
86. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo.	**COMMA 12 Intesa sul Patto per la Salute** **Il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano in sede di verifica annuale comporta l'applicazione delle misure previste dal comma 80, le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83 e l'incremento di 0,15 punti percentuali dell'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale IRPEF.**
87. Le disposizioni di cui ai commi 80, 82, ultimo periodo, e da 83 a 86 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro.	**COMMA 13 Intesa sul Patto per la Salute** **Le disposizioni del comma 80, 82 ultimo periodo e da 83 a 86 si applicano anche alle Regioni che abbiano avviato il Piano di rientro.**
88. Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le	**COMMA 14 Intesa sul Patto per la salute** **Per le Regioni con i Piani di rientro e già commissariate restano fermi l'assetto della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano -**

relative azioni di supporto contabile e gestionale. È fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui all' *articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, e ai commi da 80 a 86 del presente articolo [(54)] .	**mediante Programmi operativi del Commissario - e le relative azioni di supporto contabile e gestionale.** **Possibilità per la Regione di presentare un Nuovo Piano ed a seguito dell'approvazione cessano i commissariamenti secondo le modalità stabilite nel Piano.** **Si applicano comunque le disposizioni del comma 174 l.n. 311/2004 modificato dal comma 76 e dei commi da 80 a 86.**
89. Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi piani, per un periodo di due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesorieri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di due mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedono tassi di interesse inferiori. [(10)]	**Attuazione del COMMA 15 Intesa del Patto per la salute** **Nelle Regioni con i Piani di rientro non possono essere intraprese o proseguite per 12 mesi azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere.** **La Legge n. 194/2009 c.d. Milleproroghe ha ridotto tale periodo a due mesi.** **La Legge 122/2010 all'art. 11 comma 2 proroga il periodo in cui non possono essere intraprese o proseguite nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere al 31 dicembre 2010.** **Successivamente la Legge 220/2010 – "Legge di stabilità" proroga ulteriormente la scadenza al 31 dicembre 2011.**
90. Le regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla *delibera del CIPE n. 1/2009 del 6 marzo 2009*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 137 del 16 giugno 2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE.	**Le Regioni con i Piani di rientro possono utilizzare limitatamente a copertura dei debiti sanitari le risorse FAS.**

91. Limitatamente ai risultati d'esercizio dell'anno 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico piano di rientro dai disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni:	**Solo per l'anno 2009 nelle Regioni con i Piani di rientro in cui si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi di risanamento e di riequilibrio economico:**
a) è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009;	**È consentito coprire il disavanzo con risorse di bilancio regionale adottate entro il 31 dicembre 2009;** **La Legge 220/2010 – "Legge di stabilità" all'art. 1 comma 50 proroga il termine al 31 dicembre 2010.**
b) si applicano, secondo le procedure previste dall' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, le disposizioni di cui al comma 86 del presente articolo, in deroga a quanto stabilito dall' articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.	**Si applicano le disposizioni del comma 86**
92. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97.	**Disposizioni per le Regioni inadempienti per motivi diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio - Art 14 Intesa sul Patto per la salute.**
93. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato accordo, il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori, rispettivamente, di quindici e di trenta giorni dall'invio. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere	**Sottoscrizione di un Accordo con Piano di rientro approvato dalla Regione:** **la valutazione del Piano è affidata alla STEM ed alla Conferenza Stato-Regioni**

della citata Struttura tecnica, ove reso. Alla sottoscrizione del citato accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di trenta giorni.	**Costituisce presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza**
94. La sottoscrizione dell'accordo di cui al comma 93 e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all' *articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008* e all' *articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*.	**L'erogazione avviene nella misura dell'80% a seguito della sottoscrizione dell'Accordo e le restanti somme a seguito della verifica con le procedure dell'art. 1 comma 2 l. n. 189/2008 - autorizzazione all'erogazione in presenza di situazione di emergenza finanziaria; adozione da parte del commissario ad acta di provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa -** **Per l'erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni dell'art 1 commi 2 e 3 della suddetta l. n. 189/2008 e dell'art. 6 bis commi 1 e 2 l. n. 2/2009 – copertura del disavanzo residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato, le somme sono soggette a recupero qualora la Regione non attui il Piano nella dimensione finanziaria stabilita -.**
95. Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.	**Gli interventi previsti dal Piano sono vincolanti per la Regione con obbligo di rimozione e non adozione di provvedimenti di ostacolo all'attuazione del Piano.**
96. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della	**Verifica con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando possibilità verifiche straordinarie.** **Trasmissione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e di tutti i provvedimenti aventi impatto sul SS regionale ed indicati in apposito paragrafo del Piano alla piattaforma informatica del Ministero della Salute a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'art. 3 dell'intesa sul Patto per la Salute – Tavolo verifica presso MEF, Comitato LEA e STEM-.**

salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.	**Il Min Salute di concerto con il MEF esprime un parere preventivo solo sui provvedimenti indicati nel Piano.**
97. Le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell' *articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata. (36)	**Per le Regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere l'Accordo con il Piano di rientro entro l'anno 2009, il termine ultimo è il 31 aprile 2010 ed in caso di mancata sottoscrizione entro i successivi 90 giorni la quota di maggior finanziamento viene sottratta alla competenza della Regione.**
98. Lo Stato è autorizzato ad anticipare alle regioni interessate dai piani di rientro dai disavanzi sanitari per squilibrio economico, fino a un massimo di 1.000 milioni di euro, la liquidità necessaria per l'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati fino al 31 dicembre 2005 anche a seguito di accertamenti in sede contenziosa, con contestuale estinzione entro il 31 maggio 2010 dei relativi procedimenti pendenti. All'erogazione si provvede, fermi restando gli equilibri programmati dei trasferimenti di cassa al settore sanitario, anche in tranche successive, a seguito dell'accertamento definitivo e completo del debito sanitario non coperto da parte della regione, con il supporto dell'advisor contabile, in attuazione del citato piano di rientro, e della predisposizione, da parte regionale, di misure legislative di copertura dell'ammortamento della predetta liquidità, idonee e congrue. La regione interessata è tenuta, in funzione delle risorse trasferite dallo Stato, alla relativa restituzione, comprensiva di interessi, in un periodo non superiore a trent'anni. Gli importi così determinati sono acquisiti in appositi capitoli del bilancio dello Stato. Con apposito contratto tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la regione interessata sono definite le modalità di erogazione e	**Anticipazione da parte dello Stato alle Regioni con i Piani di rientro fino ad un massimo di 1000 milioni per l'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati fini al 31 dicembre 2005. L'erogazione avverrà anche in tranche successive a seguito dell'accertamento definitivo del debito non coperto e delle predisposizione di misure legislative di copertura dell'ammortamento della liquidità.** **Restituzione in 30 anni.**

di restituzione delle somme, prevedendo, qualora la regione non adempia nei termini ivi stabiliti al versamento delle rate di ammortamento dovute, sia le modalità di recupero delle medesime somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, sia l'applicazione di interessi moratori. Si applicano le disposizioni di cui all' *articolo 1, comma 796, lettera e), della legge 27 dicembre 2006, n. 296.* (9)	**Si applicano le disposizioni art. 1 comma 796 lett. e) l. n.296/2006 relative all'idoneità di criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.**
99. Le disposizioni recate dal comma 1, lettere a) e b), e dal comma 4 dell' *articolo 13 del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, concernenti la materia del prezzo dei farmaci e delle quote di spettanza si interpretano nel senso che il termine «brevetto» deve intendersi riferito al brevetto sul principio attivo.	**Brevetto è da interdensi sul principio attivo**
100. All' *articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, le parole: «1° gennaio 2010» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2011».	**Proroga di un anno dei termini per l'accreditamento**
101. Al comma 8-bis dell' *articolo 66 del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82*, introdotto dall' *articolo 37, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69*, le parole: «Fino al 31 dicembre 2010» sono sostituite dalle seguenti: «Fino al 31 dicembre 2011».	**Proroga di un anno dei termini per il rilascio della carta nazionale dei servizi ed altre carte elettroniche**
102. Il Fondo per le non autosufficienze di cui all' *articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è incrementato di euro 400 milioni per l'anno 2010.	**POLITICHE SOCIALI**
103. A decorrere dall'anno 2010, gli oneri relativi ai diritti soggettivi di cui alle seguenti disposizioni non sono più finanziati a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all' *articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, bensì mediante appositi capitoli di spese obbligatorie iscritti nello stato di previsione del Ministero del lavoro e	**Il Fondo per la non autosufficienza - istituito con la finanziaria 2007 300, 400 e 400 nel 2009 – è stato rifinanziato per l'anno 2010 di 400 milioni di euro. Ciò a seguito dell'Accordo sul Patto per la Salute del 23 ottobre 2009 fra il Ministro dell' Economia ed il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Pa.**

delle politiche sociali: a) *articolo 65 della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, e successive modificazioni; b) *articoli 33, 74* e *75 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151*; c) *articolo 39 della legge 28 dicembre 2001, n. 448*, e successive modificazioni; d) *articolo 3, comma 131, della legge 24 dicembre 2003, n. 350.* 104. In applicazione di quanto disposto dal comma 103, a decorrere dall'anno 2010 lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all' *articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, è corrispondentemente ridotto. 105. All' *articolo 51, comma 1, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 febbraio 2008, n. 31*, dopo le parole: «destinate al finanziamento degli interventi di cui all'elenco 1 della medesima legge» sono inserite le seguenti: «, nonché quelle decorrenti dall'anno 2010». 109. A decorrere dal 1° gennaio 2010 sono abrogati gli *articoli 5* e *6 della legge 30 novembre 1989, n. 386*; in conformità con quanto disposto dall' *articolo 8, comma 1, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42*, sono comunque fatti salvi i contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento di mutui e prestiti obbligazionari accesi dalle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché i rapporti giuridici già definiti.	**Sempre sulla scorta del suddetto Accordo, dal 2010 i diritti soggettivi vengono scorporati dal Fondo Nazionale Politiche Sociali.** **Il suddetto Accordo prevedeva un aumento del FNPS 2010 di 30 milioni di euro. La tabella C della Finanziaria stanzia per il 2010 1.174.944 di euro onnicomprensivi delle risorse per i diritti soggettivi.** **Cessazione dei trasferimenti statali alle due province autonome di Trento e di Bolzano.**

(3) L'*art. 4, comma 4, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2* aveva inserito il comma 23-bis; successivamente, tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (*L. 26 marzo 2010, n. 42*).

(9) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 23-septiesdecies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2010, n. 25*.

(10) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 23-vicies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2010, n. 25*.

(31) Per la rideterminazione del finanziamento, di cui al presente comma, vedi l'*art. 9, comma 16*, l'*art. 11, commi 5, lett. a) e 12, D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122* e l'*art. 1, comma 49, L. 13 dicembre 2010, n. 220*.

(36) Per la regione Puglia, vedi, anche, l'*art. 2, comma 2, D.L. 5 agosto 2010, n. 125*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 1° ottobre 2010, n. 163*.

(54) Vedi, anche, il comma 1 dell'*art. 11, D.L. 31 maggio 2010, n. 78*.

STRALCIO TABELLA C

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI	2010	2011	2012
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia Programmazione sociale, trasferimenti assistenziali e finanziamento nazionale della spesa sociale			
Legge n. 285 del 1997: Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza:			
- *Art. 1*: Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (3.1.2 - Interventi - cap. 3527)	39.964	39.960	39.960
Legge n. 328 del 2000: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali:			
- *Art. 20*, comma 8: Fondo da ripartire per le politiche sociali (3.1.3 - Oneri comuni di parte corrente - cap. 3671)	1.174.944	913.719	913.719
Totale missione	**1.214.908**	**953.679**	**953.679**

Nota: la cifra è onnicomprensiva dei diritti soggettivi. Nel capitolo 3671 del Ministero dell'Economia nella Legge di Bilancio dello Stato del 23 dicembre 2009 n. 192 le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche sociali ammontano a circa 435 milioni di euro (380 milioni circa per le Regini; 55 milioni circa al Ministero).

- *Art. 19*, comma 2: Fondo per le politiche giovanili (22.2.3 - Oneri comuni di parte corrente - cap. 2106)	2010	2011	2012
	81.087	**61.725**	**61.725**

Sostegno alla famiglia	2010	2011	2012
Decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 248 del 2006*: Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale:			
- *Art. 19*, comma 1: Fondo per le politiche della famiglia (17.3.3 - Oneri comuni di parte corrente - cap. 2102)	185.289	136.716	136.716

Promozione dei diritti e delle pari opportunità	2010	2011	2012
Decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 248 del 2006*: Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale:			

- *Art. 19*, comma 3: Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità (17.4.3 - Oneri comuni di parte corrente - cap. 2108)	3.309	2.442	2.442
Totale missione	**221.111**	**164.334**	**164.334**

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	2010	2011	2012
Organi costituzionali, a rilevanza costituzionale e Presidenza del Consiglio dei ministri			
Presidenza del Consiglio dei ministri			
Legge n. 230 del 1998: Nuove norme in materia di obiezione di coscienza:			
- *Art. 19*: Fondo nazionale per il servizio civile (21.3.3 - Oneri comuni di parte corrente - cap. 2185)	**170.261**	**125.627**	**125.627**

MINISTERO DELLA SALUTE			
Ricerca e innovazione **Ricerca per il settore della sanità pubblica e zooprofilattico**	2010	2011	2012
Decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 1980: Contributo alla Croce rossa italiana (2.1.2 - Interventi - cap. 3453)	28.748	28.744	28.744
Decreto legislativo n. 502 del 1992: Riordino della disciplina in materia			

sanitaria:			
- *Art. 12*: Fondo da destinare ad attività di ricerca e sperimentazione (2.1.2 - Interventi - cap. 3392)	306.276	306.242	306.242
Decreto legislativo n. 267 del 1993: Riordinamento dell'Istituto superiore di sanità (2.1.2 - Interventi - cap. 3443)	97.957	97.946	97.946
Decreto legislativo n. 268 del 1993: Riordinamento dell'Istituto superiore di prevenzione e sicurezza del lavoro (2.1.2 - Interventi - cap. 3447)	61.684	61.678	61.678
Legge n. 549 del 1995: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica:			
- *Art. 1*, comma 43: Contributi ad enti, istituti, associazioni, fondazioni ed altri organismi (2.1.2 - Interventi - cap. 3412)	3.789	2.895	2.895
Decreto-legge n. 17 del 2001, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 129 del 2001*: Interventi per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale al 31 dicembre 1999, nonché per garantire la funzionalità dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali:			
- *Art. 2*, comma 4: Agenzia per i servizi sanitari regionali (2.1.2 - Interventi - cap. 3457)	4.450	3.958	3.958
Totale missione	**502.904**	**501.463**	**501.463**

Tutela della salute			
Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana	2010	2011	2012
Decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 1068 del 1947: Approvazione del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946 (1.1.2 - Interventi - cap. 4321)	17.626	17.624	17.624
Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria			
Legge n. 434 del 1998: Finanziamento degli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo:			
- *Art. 1*, comma 2: Finanziamento degli interventi in materia di animali di affezione e per la prevenzione del randagismo (1.2.2 - Interventi - cap. 5340)	3.395	2.582	2.582
Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano			
Decreto-legge n. 269 del 2003, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 326 del 2003*: Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici:			
- *Art. 48*, comma 9: Agenzia italiana del farmaco (1.4.2 -	35.789	31.849	31.849

Interventi - cap. 3458; 1.4.6 - Investimenti - cap. 7230)			
Totale missione	**56.810**	**52.055**	**52.055**
Totale ministero	**559.714**	**553.518**	**553.518**
Totale generale	**16.368.551**	**13.946.282**	**13.855.448**

STRALCIO TABELLA D

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	2010	2011	2012
Legge n. 448 del 1998: Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo:	-	-200.000	1.800.000
- *Art. 50*, comma 1, lettera c): Edilizia sanitaria pubblica (10.1.6 - Investimenti - cap. 7464) (Settore n. 17)			
Totale missione	**-**	**-200.000**	**1.800.000**

TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2009 , n. 194 c.d. Milleproroghe

Testo del decreto-legge 30 dicembre 2009, n. 194 (in Gazzetta Ufficiale serie generale - n. 302 del 30 dicembre 2009), coordinato con la legge di conversione 26 febbraio 2010, n. 25 (in questo stesso supplemento ordinario, alla pag. 1), recante: «Proroga di termini previsti da disposizioni legislative»

(GU n. 48 del 27-2-2010 - Suppl. Ordinario n.39)

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

TESTO	OSSERVAZIONI ED ASPETTI ATTUATIVI
Art. 1 **Proroga di termini tributari, nonche' in materia economico-finanziaria** *stralcio articolo* **23-septiesdecies.** All'articolo 2, comma 98, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dopo le parole: «fino al 31 dicembre 2005» sono inserite le seguenti: «anche a seguito di accertamenti in sede contenziosa, con contestuale estinzione entro il 31 maggio 2010 dei relativi procedimenti pendenti».	**Il comma 98 dell'art. 2 della l. n.191/2009 - Finanziaria 2010- stabilisce un'anticipazione da parte dello Stato alle Regioni con i Piani di rientro fino ad un massimo di 1000 milioni per l'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati fini al 31 dicembre 2005. LA DISPOSIZIONE aggiunge:" *anche a seguito di accertamenti in sede contenziosa, con contestuale estinzione entro il 31 maggio 2010 dei relativi procedimenti pendenti".***
stralcio articolo **23-vicies.** Alla legge 23 dicembre 2009, n. 191, all'articolo 2, comma 89, la parola: «dodici», ovunque ricorre, e' sostituita dalla seguente: «due».))	**Il comma 89 dell'art. 2 della l. n.191/2009 - Finanziaria 2010- in attuazione del COMMA 15 Intesa del Patto per la salute ha previsto che nelle Regioni con i Piani di rientro non possono essere intraprese o proseguite per 12 mesi azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere. LA DISPOSIZIONE LIMITA IL PERIODO DEL BLOCCO DEI PIGNORAMENTI A DUE MESI.**

Art. 3 **Proroga di termini in materia di amministrazione dell'interno** *stralcio articolo* ((**8-bis**. All'articolo 3 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, dopo il secondo comma e' inserito il seguente: «La carta d'identita' puo' altresi' contenere l'indicazione del consenso ovvero del diniego della persona cui si riferisce a donare i propri organi in caso di morte».))	**Previsione dell'inserimento sulla carta di identità dell'indicazione del consenso o del diniego della persona a donare i propri organi in caso di morte.**
Art. 6 **Proroga di termini in materia sanitaria** 1. All'articolo 1, comma 2, secondo periodo, della legge 3 agosto 2007, n. 120, le parole: «Fino al 31 gennaio 2010» sono sostituite dalle seguenti: «Fino al 31 gennaio 2011». 2. Il termine per procedere alle assunzioni di personale, secondo le modalita' di cui all'articolo 1, commi 523 e 527, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, previsto dall'articolo 1, comma 8, secondo periodo, della legge 13 novembre 2009, n. 172, e' prorogato al 31 dicembre 2010. 3. All'articolo 24, ((comma 1,)) del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, e successive modificazioni, le parole: «31 dicembre 2009» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 2011».	**Proroga attività professionale intramuraria** **1.La legge n. 120/2007 prevede una serie di adempimenti a carico delle ASL e delle Regioni finalizzati a consentire ai medici dipendenti del SSN di esercitare la libera professione intramuraria in strutture di proprietà delle aziende e le relative modalità. Il termine per il passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale intramuraria scadeva il 31 gennaio 2010. LA DISPOSIZIONE PROPOGA TALE TERMINE AL 31 GENNAIO 2011.** **2. Proroga dei termini per le assunzioni autorizzate** **La legge istitutiva del Ministero salute l. n. 172/2009 ha fissato il termine per procedere alle assunzioni di personale già autorizzate per l'anno 2008 al 31 dicembre 2009. LA DISPOSIZIONE PROROGA TALE TERMINE AL 31 DICEMBRE 2010.** **3.Commercializzazione di medicinali veterinari omeopatici** **L'art. 24 del Dlgs n. 193/2006 stabilisce che i medicinali omeopatici in commercio possono continuare ad essere commercializzati fino al 31 dicembre 2009. LA DISPOSIZIONE PROROGA TALE TERMINE AL 31 DICEMBRE 2011.**

4. All'articolo 54, comma 3-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni, le parole: «dal 1° gennaio 2010» sono sostituite dalle seguenti: «dal 1° gennaio 2012».	**4. Proroga dei termini in materia di sostanze attive utilizzate come materia prima per la produzione di medicinali** **L'art. 54 comma 3 del Dlgs n. 219/2006 al fine di dare maggiore tutela alla salute pubblica per la produzione di materie prime anche in Paesi extra Unione europea ha previsto per le sostanze attive utilizzate come materie prime il rilascio di un certificato di conformità alle norme di buona fabbricazione. LA DISPOSIZIONE PROROGA IL TERMINE FINO AL 1° GENNAIO 2012.**
5. La disposizione di cui all'articolo 9, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31, e successive modificazioni, e' prorogata fino al 31 dicembre 2010. 6. La disposizione di cui all'articolo 64 della legge 23 luglio2009, n. 99, conseguentemente a quanto disposto al comma 5 ((del presente articolo,)) e' prorogata fino al 31 dicembre 2010.	**5. e 6. Proroga dei termini in materia di commercio dei prodotti medicinali** **I commi 5 e 6 stabiliscono la PROROGA FINO AL 31 DICEMBRE 2010 di due disposizioni in merito al cosiddetto *pay back*, la prima per i prodotti medicinali immessi in commercio prima del 31 dicembre 2006, la seconda per quelli immessi successivamente. L'opzione *pay back* introdotta dalla l. n. 296/2006 dà la possibilità alle aziende farmaceutiche di sostituire la riduzione del 5% del prezzo al pubblico di un farmaco prevista nella stessa legge, con un assegno di importo corrispondente pagato direttamente alle singole Regioni in tre rate in corso d'anno.**
7. Il termine per lo svolgimento delle attivita' di cui all'articolo 92, comma 7, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e' prorogato al 31 dicembre 2010.	**7. Proroga dei termini attività Istituto Superiore di Sanità** **LA DISPOSIZIONE PROROGA IL TERMINE FINO AL 31 DICEMBRE 2010 per consentire all'Istituto Superiore di Sanità la prosecuzione delle attività concernenti il coordinamento delle attività di ricerca per la tutela della salute pubblica, di sorveglianza dei fattori critici e di gestione dei registri nazionali.**
8. Per lo svolgimento delle attivita' di cui al comma 7 e' autorizzato il finanziamento di 8 milioni di euro a favore dell'Istituto superiore di sanita', per l'anno 2010. 9. Agli oneri di cui al comma 8 si provvede mediante riduzione dell'autorizzazione di spesa ((del Fondo di riserva per le autorizzazioni di spesa delle leggi permanenti di natura corrente,)) come determinata dalla tabella C allegata alla legge finanziaria 2010.	**Per il completamento di tale attività viene autorizzato uno stanziamento di 8 milioni di euro.**

((9-bis. E' consentita, fino al 30 giugno 2010, la presentazione del curriculum professionale di cui all'articolo 2, comma 4, lettera c), del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12marzo 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 110 del 12 maggio 2008. A tali fini, l'articolo 1, comma 20, della legge 24 dicembre 2007, n. 247, si interpreta nel senso che gli atti di indirizzo ministeriale ivi richiamati si intendono quelli attestanti l'esposizione all'amianto protratta fino al 1992, limitatamente alle mansioni e ai reparti ed aree produttive specificamente indicati negli atti medesimi.	**9.bis Proroga dei termini fino al 30 giugno 2010 per la presentazione del curriculum professionale del lavoratore interessato.**
9-ter. All'articolo 3, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, le parole: «entro ventiquattro mesi» sono sostituite dalle seguenti: «entro trentasei mesi».	**9.ter Proroga dei termini - entro trentasei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto - per le disposizioni necessarie a consentire il coordinamento della normativa relativa alle attività lavorative a bordo delle navi in ambito portuale e per il settore delle navi da pesca e l'armonizzazione delle disposizioni tecniche in tema di trasporto ferroviario.**
9-quater. Dopo il comma 1 dell'articolo 8 della legge 5 febbraio 1992, n. 175, e' inserito il seguente: «1-bis. Fino al coordinamento legislativo delle norme vigenti in materia di esercizio della professione di odontoiatra, la sanzione di cui al comma 1 non si applica ai medici che abbiano consentito ai laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, l'esercizio dell'odontoiatria anche prima della formale iscrizione all'albo degli odontoiatri».	**9. quater La disposizione inserita -comma 1bis- prevede che fino al coordinamento legislativo delle norme vigenti per l'esercizio della professione di odontoiatria, non si applica ai medici che abbiano consentito ai laureati in medicina, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, l'esercizio dell'odontoiatria anche prima dell'iscrizione formale all'albo, la sanzione prevista all'art. 8 comma 1 l. n. 175/1992 in materia di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.**
9-quinquies. In attesa del coordinamento legislativo delle disposizioni gia' vigenti in materia, fino al 31 dicembre 2010, al candidato al trapianto e al potenziale donatore di cui alla legge 26 giugno 1967, n. 458, che hanno un rapporto di lavoro dipendente o parasubordinato si applicano le disposizioni di cui all'articolo 5 della legge 6 marzo 2001, n. 52, con le modalita' previste dal regolamento di cui alla medesima legge 26 giugno 1967, n. 458. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, pari a 10 milioni di euro per l'anno 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di riserva per le autorizzazioni di spesa delle leggi permanenti di natura corrente, iscritto nello stato di previsione del	**9.quinques La disposizione prevede che in attesa del coordinamento legislativo delle disposizioni vigenti in materia di trapianti fino al 31 DICEMBRE 2010, al candidato al trapianto del rene ed al potenziale donatore con rapporto di lavoro dipendente o subordinato si applicano le disposizioni recanti diritti e permessi retribuiti per il tempo occorrente, con un finanziamento pari a 10 milioni di euro per l'anno 2010.**

Ministero dell'economia e delle finanze, come determinato dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191.))	

Legge 30 luglio 2010, n. 122

Conversione in Legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica

Pubblicata nella gazz. uff. 30 luglio 2010, n. 176, s.o.

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

TESTO	OSSERVAZIONI E PROPOSTE
Titolo I STABILIZZAZIONE FINANZIARIA **Capo I** **Riduzione del perimetro e dei costi della pubblica amministrazione** **Art. 1** *Definanziamento delle leggi di spesa totalmente non utilizzate negli ultimi tre anni* 1. Le autorizzazioni di spesa i cui stanziamenti annuali non risultano impegnati sulla base delle risultanze del Rendiconto generale dello Stato relativo agli anni 2007, 2008 e 2009 sono definanziate. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze da adottare entro il 30 settembre 2010 sono individuate per ciascun Ministero le autorizzazioni di spesa da definanziare e le relative disponibilità esistenti alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge. Le disponibilità individuate sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate al fondo ammortamento dei titoli	**DEFINANZIAMENTO DI STANZIAMENTI NON IMPEGNATI** **Art. 1 e 2:** Potrebbero avere un effetto di definanziamento di stanziamenti sull'utilizzo di fondi pubblici quali FAS e quelli di investimento di cui all'art. 20 per gli investimenti sanitari. Le risorse di cui all'articolo 20 sono state de finanziate in contrasto con quanto previsto dall'art. 1 comma 8 del PATTO PER LA SALUTE 2010-2012, che prevedeva un incremento di un miliardo di euro per gli investimenti di adeguamento strutturale e tecnologico del SSN. La mancata alimentazione dei fondi FAS a tutto il circuito di spesa della programmazione unitaria, rischia di compromettere seriamente il raggiungimento degli obiettivi di spesa del FESR con il pericolo del

Stato.	disimpegno automatico di rilevantissime risorse comunitarie. **Con riferimento al SSN occorre accertare la situazione riferita alle risorse vincolate, quali quelle legate all'esclusività del personale dipendente, alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, delle risorse previste dall'art.20 Investimenti Edilizia Sanitaria e dei FAS.**
Art. 2 *Riduzione e flessibilità negli stanziamenti di bilancio* 1. Al fine di consentire alle Amministrazioni centrali di pervenire ad un consolidamento delle risorse stanziate sulle missioni di ciascun stato di previsione, in deroga alle norme in materia di flessibilità di cui all'*articolo 23 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, limitatamente al triennio 2011-2013, nel rispetto dell'invarianza degli effetti sui saldi di finanza pubblica con il disegno di legge di bilancio, per motivate esigenze, possono essere rimodulate le dotazioni finanziarie tra le missioni di ciascuno stato di previsione, con riferimento alle spese di cui all'*articolo 21, comma 7, della medesima legge n. 196 del 2009*. In appositi allegati agli stati di previsione della spesa sono indicate le autorizzazioni legislative di cui si propongono le modifiche ed i corrispondenti importi. Resta precluso l'utilizzo degli stanziamenti di conto capitale per finanziare spese correnti. A decorrere dall'anno 2011 è disposta la riduzione lineare del 10 per cento delle dotazioni finanziarie, iscritte a legislazione vigente nell'ambito delle spese rimodulabili di cui all'*articolo 21, comma 5, lettera b), della citata legge n. 196 del 2009*, delle missioni di spesa di ciascun Ministero, per gli importi indicati nell'Allegato 1 al presente decreto. Dalle predette riduzioni sono esclusi il fondo ordinario delle università, nonché le risorse destinate all'informatica, alla ricerca e al finanziamento del 5 per mille delle imposte sui redditi delle persone fisiche. Le medesime riduzioni sono comprensive degli effetti di contenimento della spesa dei Ministeri, derivanti dall'applicazione dell'*articolo 6*, e degli Organi costituzionali fatto salvo quanto previsto dall'*articolo 5*, comma 1, primo periodo. Dato il vincolo europeo alla stabilizzazione della spesa pubblica, nel caso in cui gli effetti finanziari previsti in relazione all'articolo 9 risultassero, per qualsiasi	

motivo, conseguiti in misura inferiore a quella prevista, con decreto di natura non regolamentare del Presidente del Consiglio dei Ministri, da emanare su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, è disposta, con riferimento alle missioni di spesa dei Ministeri interessati, una ulteriore riduzione lineare delle dotazioni finanziarie di cui al quarto periodo del presente comma sino alla concorrenza dello scostamento finanziario riscontrato. (3) (3) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*	
Art. 4 - *Modernizzazione dei pagamenti effettuati dalle Pubbliche Amministrazioni* 1. Ai fini di favorire ulteriore efficienza nei pagamenti e nei rimborsi dei tributi effettuati da parte di enti e pubbliche amministrazioni a cittadini e utenti, il Ministero dell'economia e delle finanze promuove la realizzazione di un servizio nazionale per pagamenti su carte elettroniche istituzionali, inclusa la tessera sanitaria. 2. Ai fini dell'attuazione del presente articolo, il Ministero dell'economia e delle finanze, con propri provvedimenti: a) individua gli standard tecnici del servizio di pagamento e le modalità con cui i soggetti pubblici distributori di carte elettroniche istituzionali possono avvalersene; b) individua il soggetto gestore del servizio, selezionato sulla base dei requisiti qualitativi e del livello di servizio offerto ai cittadini; c) disciplina le modalità di utilizzo del servizio da parte dei soggetti pubblici, anche diversi dal soggetto distributore delle carte, che intendono offrire ai propri utenti tale modalità di erogazione di pagamenti; d) stabilisce nel 20 per cento delle commissioni di interscambio	**Commi 1 e 4**: La norma è finalizzata all'introduzione di un nuovo sistema per i pagamenti e i rimborsi effettuati dall'amministrazione, tramite l'utilizzo di carte elettroniche istituzionali. Il processo offre al cittadino la possibilità di ricevere somme mediante accredito su una carta elettronica «istituzionale» già in suo possesso **come la tessera sanitaria** o la carta multi servizi dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). **La norma stravolge la funzione della tessera sanitaria.**

conseguite dal gestore del servizio per pagamenti diretti effettuati dai cittadini tramite le carte il canone a carico del gestore finanziario del servizio; (4)

e) disciplina le modalità di certificazione degli avvenuti pagamenti;

f) stabilisce le modalità di monitoraggio del servizio e dei flussi di pagamento.

3. Il corrispettivo di cui al comma 2, lettera d), è versato all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, tra i soggetti pubblici distributori delle carte elettroniche, i soggetti pubblici erogatori dei pagamenti e lo stesso Ministero dell'economia e delle finanze.

4. Per le spese attuative di cui al presente articolo si provvede nei limiti delle entrate di cui al comma 3, con la quota di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze.

4-bis. Per le amministrazioni di cui all' *articolo 2, comma 197, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, non si applicano, a decorrere dal 1° gennaio 2011, le disposizioni di cui all' *articolo 383 del regolamento di cui al regio decreto 23 maggio 1924, n. 827.* (5)

---

(4) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*

(5) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*

Art. 6 *Riduzione dei costi degli apparati amministrativi* ***stralcio*** 7. Al fine di valorizzare le professionalità interne alle amministrazioni, a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua per studi ed incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, sostenuta dalle pubbliche amministrazioni di cui al comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, incluse le autorità indipendenti, escluse le università, gli enti e le fondazioni di ricerca e gli organismi equiparati nonché gli incarichi di studio e consulenza connessi ai processi di privatizzazione e alla regolamentazione del settore finanziario, non può essere superiore al 20 per cento di quella sostenuta nell'anno 2009. L'affidamento di incarichi in assenza dei presupposti di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale. Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano alle attività sanitarie connesse con il reclutamento, l'avanzamento e l'impiego del personale delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco. (11) 8. A decorrere dall'anno 2011 le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, incluse le autorità indipendenti, non possono effettuare spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza, per un ammontare superiore al 20 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per le medesime finalità. Al fine di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e di efficientare i servizi delle pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 1° luglio 2010 l'organizzazione di convegni, di giornate e feste celebrative, nonché di cerimonie di inaugurazione e di altri eventi similari, da parte delle Amministrazioni dello Stato e delle Agenzie, nonché da parte degli	**Comma 7** - Riduzione dell'80% della spesa annua per studi ed incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi e incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti. La norma prevede il contenimento della spesa annua per studi ed incarichi di consulenza ed in particolare prevede che la spesa non può essere superiore al 20% di quella sostenuta nell'anno 2009. **Comma 8** - La disposizione prevede il contenimento della spesa annua per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza, in particolare si stabilisce che la citata spesa non può essere superiore al 20% di quella sostenuta nell'anno 2009.

enti e delle strutture da esse vigilati è subordinata alla preventiva autorizzazione del Ministro competente. L'autorizzazione è rilasciata nei soli casi in cui non sia possibile limitarsi alla pubblicazione, sul sito internet istituzionale, di messaggi e discorsi ovvero non sia possibile l'utilizzo, per le medesime finalità, di video/audio conferenze da remoto, anche attraverso il sito internet istituzionale; in ogni caso gli eventi autorizzati, che non devono comportare aumento delle spese destinate in bilancio alle predette finalità, si devono svolgere al di fuori dall'orario di ufficio. Il personale che vi partecipa non ha diritto a percepire compensi per lavoro straordinario ovvero indennità a qualsiasi titolo. Per le magistrature e le autorità indipendenti, fermo il rispetto dei limiti anzidetti, l'autorizzazione è rilasciata, per le magistrature, dai rispettivi organi di autogoverno e, per le autorità indipendenti, dall'organo di vertice. Le disposizioni del presente comma non si applicano ai convegni organizzati dalle università e dagli enti di ricerca, nonché alle mostre realizzate, nell'ambito dell'attività istituzionale, dagli enti vigilati dal Ministero per i beni e le attività culturali ed agli incontri istituzionali connessi all'attività di organismi internazionali o comunitari, alle feste nazionali previste da disposizioni di legge e a quelle istituzionali delle Forze armate e delle Forze di polizia. (11) 9. A decorrere dall'anno 2011 le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, incluse le autorità indipendenti, non possono effettuare spese per sponsorizzazioni. ***stralcio*** 12. A decorrere dall'anno 2011 le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, incluse le autorità indipendenti, non possono effettuare spese per missioni, anche all'estero,	**<u>Comma 12</u>** - Il comma statuisce che la spesa annua **per le missioni non può superare il 50% di quella sostenuta nell'anno 2009.**

con esclusione delle missioni internazionali di pace e delle Forze armate, delle missioni delle forze di polizia e dei vigili del fuoco, del personale di magistratura, nonché di quelle strettamente connesse ad accordi internazionali ovvero indispensabili per assicurare la partecipazione a riunioni presso enti e organismi internazionali o comunitari, nonché con investitori istituzionali necessari alla gestione del debito pubblico, per un ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione della disposizione contenuta nel primo periodo del presente comma costituiscono illecito disciplinare e determinano responsabilità erariale. Il limite di spesa stabilito dal presente comma può essere superato in casi eccezionali, previa adozione di un motivato provvedimento adottato dall'organo di vertice dell'amministrazione, da comunicare preventivamente agli organi di controllo ed agli organi di revisione dell'ente. Il presente comma non si applica alla spesa effettuata per lo svolgimento di compiti ispettivi. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto le diarie per le missioni all'estero di cui all'*art. 28 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito con *legge 4 agosto 2006, n. 248*, non sono più dovute; la predetta disposizione non si applica alle missioni internazionali di pace e a quelle comunque effettuate dalle Forze di polizia, dalle Forze armate e dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco. Con decreto del Ministero degli affari esteri di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze sono determinate le misure e i limiti concernenti il rimborso delle spese di vitto e alloggio per il personale inviato all'estero. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto gli *articoli 15 della legge 18 dicembre 1973, n. 836* e *8 della legge 26 luglio 1978, n. 417* e relative disposizioni di attuazione, non si applicano al personale contrattualizzato di cui al *D.Lgs. n. 165 del 2001* e cessano di avere effetto eventuali analoghe disposizioni contenute nei contratti collettivi. (11)

13. A decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dalle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31*

Comma 13 - A decorrere dall'anno 2011 **la spesa annua per attività di formazione deve essere non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009.** La disposizione prevede il contenimento della spesa annua per le attività di formazione, in particolare

dicembre 2009, n. 196, incluse le autorità indipendenti, per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009. Le predette amministrazioni svolgono prioritariamente l'attività di formazione tramite la Scuola superiore della pubblica amministrazione ovvero tramite i propri organismi di formazione. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione della disposizione contenuta nel primo periodo del presente comma costituiscono illecito disciplinare e determinano responsabilità erariale. La disposizione di cui al presente comma non si applica all'attività di formazione effettuata dalle Forze armate, dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e dalle Forze di Polizia tramite i propri organismi di formazione. (11)	stabilisce che tale spesa non deve essere superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009. Al fine del contenimento di tali spese, e' previsto che le predette amministrazioni svolgano prioritariamente l'attività di formazione tramite la Scuola superiore della pubblica amministrazione o tramite i propri organismi di formazione.
14. A decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi dell'*articolo 1, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, incluse le autorità indipendenti, non possono effettuare spese di ammontare superiore all'80 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per l'acquisto, la manutenzione, il noleggio e l'esercizio di autovetture, nonché per l'acquisto di buoni taxi; il predetto limite può essere derogato, per il solo anno 2011, esclusivamente per effetto di contratti pluriennali già in essere. La predetta disposizione non si applica alle autovetture utilizzate dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e per i servizi istituzionali di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica. (11)	**Comma 14** - La disposizione riduce del 20% l'importo da destinare a spese per l'acquisto, la manutenzione, il noleggio e l'esercizio di autovetture, nonché per l'acquisto di buoni taxi.
stralcio	
20. Le disposizioni del presente articolo non si applicano in via diretta alle regioni, alle province autonome e agli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica. A decorrere dal 2011, una quota pari al 10 per cento dei trasferimenti erariali di cui all'*art. 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, a favore delle regioni a statuto ordinario è accantonata per essere successivamente svincolata e destinata alle regioni a statuto ordinario che	**Commi 20, 21 e 21 bis**: Le Regioni e gli enti del SSN sono esclusi dal vincolo di riduzione del 10% dei costi per la pubblica amministrazione per consulenze, relazioni pubbliche, missioni e auto blu, ma dal 2011, il 10% dei trasferimenti erariali alle Regioni è accantonato per essere successivamente svincolato a vantaggio delle Regioni che avranno contenuto i compensi dei consiglieri regionali e che abbiano applicato "volontariamente" le suddette misure di

hanno attuato quanto stabilito dall'*art. 3 del decreto-legge 25 gennaio 2010, n. 2*, convertito con *legge 26 marzo 2010, n. 42* e che aderiscono volontariamente alle regole previste dal presente articolo. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono stabiliti modalità, tempi e criteri per l'attuazione del presente comma. Ai lavori della Conferenza Stato-Regioni partecipano due rappresentanti delle Assemblee legislative regionali designati d'intesa tra loro nell'ambito della Conferenza dei Presidenti dell'Assemblea, dei Consigli regionali e delle province autonome di cui agli *articoli 5, 8* e *15 della legge 4 febbraio 2005, n. 11.* (11) 21. Le somme provenienti dalle riduzioni di spesa di cui al presente articolo, con esclusione di quelle di cui al primo periodo del comma 6, sono versate annualmente dagli enti e dalle amministrazioni dotati di autonomia finanziaria ad apposito capitolo dell'entrata del bilancio dello Stato. La disposizione di cui al primo periodo non si applica agli enti territoriali e agli enti, di competenza regionale o delle province autonome di Trento e di Bolzano, del Servizio sanitario nazionale. 21-bis. Le disposizioni di cui al presente articolo non si applicano agli enti di cui al *decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509*, e al *decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103.* (12) (11) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.* (12) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*	contenimento della spesa. Esclusi dalle norme di contenimento della spesa anche gli enti, gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza, privatizzati nonché degli enti ai quali sono iscritti i soggetti che svolgono attività autonoma di libera professione, senza vincolo di subordinazione, il cui esercizio è subordinato all'iscrizione ad appositi albi o elenchi.

Art. 7 ***Soppressione ed incorporazione di enti ed organismi pubblici; riduzione dei contributi a favore di enti***	
1 Con effetto dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, al fine di assicurare la piena integrazione delle funzioni assicurative e di ricerca connesse alla materia della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro e il coordinamento stabile delle attività previste dall'*articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81*, ottimizzando le risorse ed evitando duplicazioni di attività, l'IPSEMA e l'ISPESL sono soppressi e le relative funzioni sono attribuite all'INAIL, sottoposto alla vigilanza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute; l'INAIL succede in tutti i rapporti attivi e passivi.	**Comma 1**: Sono soppressi l'IPESMA e l'ISPESL e le relative funzioni sono attribuite all'INAIL cui sono trasferite le risorse strumentali, umane e finanziarie. Il personale mantiene in via transitoria il trattamento giuridico economico in attesa della definizione del comparto di contrattazione.
stralcio	
24. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto gli stanziamenti sui competenti capitoli degli stati di previsione delle amministrazioni vigilanti relativi al contributo dello Stato a enti, istituti, fondazioni e altri organismi sono ridotti del 50 per cento rispetto all'anno 2009. Al fine di procedere alla razionalizzazione e al riordino delle modalità con le quali lo Stato concorre al finanziamento dei predetti enti, i Ministri competenti, con decreto da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, stabiliscono il riparto delle risorse disponibili.	**Comma 24:** Riduzione contributi statali del 50% rispetto al 2009. Saranno poi dei decreti ministeriali a stabilire entro fine settembre il riparto delle risorse disponibili tra gli enti interessati.
25. Le Commissioni mediche di verifica operanti nell'ambito del Ministero dell'economia e delle finanze sono soppresse, ad eccezione di quelle presenti nei capoluoghi di regione e nelle Province a speciale autonomia, che subentrano nelle competenze delle Commissioni soppresse. Con protocolli di intesa, da stipularsi tra il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni, le predette Commissioni possono avvalersi a titolo	**Comma 25:** Vengono soppresse le Commissioni mediche e di verifica ad eccezione di quelle dei capoluoghi di Regione e delle Province Autonome.

gratuito delle Asl territorialmente competenti ovvero, previo accordo con il Ministero della difesa, delle strutture sanitarie del predetto Ministero operanti sul territorio. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di natura non regolamentare sono stabilite le date di effettivo esercizio del nuovo assetto delle commissioni mediche di cui al presente comma.	
Art. 8 *Razionalizzazione e risparmi di spesa delle amministrazioni pubbliche* ***stralcio*** 2. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e nel rispetto dei principi di coordinamento della finanza pubblica, previsti agli *articoli 119* e *120 della Costituzione*, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano, gli enti locali, nonché gli enti da questi vigilati, le aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti ad adeguarsi ai principi definiti dal comma 15, stabilendo misure analoghe per il contenimento della spesa per locazioni passive, manutenzioni ed altri costi legati all'utilizzo degli immobili. Per le medesime finalità, gli obblighi di comunicazione previsti dall'*art. 2, comma 222, periodo dodicesimo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, sono estesi alle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*. Le disposizioni del comma 15 si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano nel rispetto di quanto previsto dai relativi statuti. ***stralcio*** 11-bis. Al fine di tenere conto della specificità del comparto sicurezza-difesa e delle peculiari esigenze del comparto del soccorso pubblico, nello	<u>**Comma 2**</u> - Il limite del 2% del valore degli immobili, previsto dal DL come tetto per le manutenzioni ordinarie e straordinarie, è assolutamente insufficiente a garantire il regolare funzionamento delle strutture sanitarie, con grave pregiudizio per la qualità delle prestazioni e la sicurezza degli operatori e dei pazienti. Anche questa vale come disposizione di principio per gli enti del SSN. Si ritengono esclusi da tali spese quelle finanziate con l'art. 20. **Devono ritenersi esclusi gli interventi di adeguamento antisismico antincendio e di quelli legati al pericolo di stabilità strutturale ed all'edilizia finalizzata alla razionalizzazione ospedaliera.** **11-bis** Sicurezza e Soccorso pubblico – istituito un fondo di 80 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2011 e 2012.

stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo con una dotazione di 80 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2011 e 2012 destinato al finanziamento di misure perequative per il personale delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco interessato alle disposizioni di cui all'articolo 9, comma 21. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri competenti, sono individuate le misure e la ripartizione tra i Ministeri dell'interno, della difesa, delle infrastrutture e dei trasporti, della giustizia, dell'economia e delle finanze e delle politiche agricole alimentari e forestali delle risorse del fondo di cui al primo periodo. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a disporre, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio. Ai relativi oneri si fa fronte mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate derivanti dall'attuazione dei commi 13-bis, 13-ter e 13-quater dell' *articolo 38.* (24)	
12. Al fine di adottare le opportune misure organizzative, nei confronti delle amministrazioni pubbliche di cui all'*art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001* e dei datori di lavoro del settore privato il termine di applicazione delle disposizioni di cui agli *articoli 28* e *29 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81*, in materia di rischio da stress lavoro-correlato, è differito al 31 dicembre 2010 e quello di cui all' *articolo 3*, comma 2, primo periodo, del medesimo decreto legislativo è differito di dodici mesi. (23) (23) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.* (24) Comma inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*	**Comma 12:** Viene prorogato al 31 dicembre 2010 il termine di decorrenza degli obblighi a carico dei datori di lavoro connessi con la valutazione dei rischi, anche in relazione allo stress lavoro – correlato (ex Dlgs 81/2008)e slitta al 15 maggio 2011 il termine per l'emanazione dei regolamenti ministeriali relativi all'attuazione della disciplina generale in materia di sicurezza sul lavoro per particolari categorie di lavoratori.

Capo III - Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico, invalidità e previdenza **Art. 9 -*Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico*** 1. Per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, ivi compreso il trattamento accessorio, previsto dai rispettivi ordinamenti delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'*articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, non può superare, in ogni caso, il trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010, al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva, ivi incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno, fermo in ogni caso quanto previsto dal comma 21, terzo e quarto periodo, per le progressioni di carriera comunque denominate, maternità, malattia, missioni svolte all'estero, effettiva presenza in servizio, fatto salvo quanto previsto dal comma 17, secondo periodo, e dall' *articolo 8*, comma 14. (26) 2. In considerazione della eccezionalità della situazione economica internazionale e tenuto conto delle esigenze prioritarie di raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica concordati in sede europea, a decorrere dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013 i trattamenti economici complessivi dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, previsti dai rispettivi ordinamenti, delle amministrazioni pubbliche, inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), ai sensi del comma 3, dell'*art. 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, superiori a 90.000 euro lordi annui sono ridotti del 5 per cento per la parte eccedente il predetto	**TRATTAMENTO ECONOMICO** **Art. 9** Tali misure incidono sulla potestà organizzativa e sul'autonomia gestionale delle Regioni. Pur ammettendo che i risparmi derivanti dal blocco dei contratti del SSN siano tali da giustificare la riduzione del fondo riportato nell'articolo, appare evidente infatti che le Aziende sanitarie saranno costrette a ridurre i volumi di attività prodotti direttamente determinanti disservizi e allungamento delle liste di attesa con inevitabile richiesta di ampliare il ricorso a strutture private accreditate. **Comma 1** - Per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, ivi compreso il trattamento accessorio, non può superare, in ogni caso, il trattamento in godimento nell'anno 2010 (salvo la vacanza contrattuale). **RIDUZIONI DELLE RETRIBUZIONI** **Comma 2** - Dal 1.1.2011 al 31.12.2013 i trattamenti economici complessivi dei singoli dipendenti superiori a 90.000 euro lordi annui sono ridotti del 5% per la parte eccedente il predetto importo fino a 150.000 e del 10 % per la parte eccedente i 150.000.

importo fino a 150.000 euro, nonché del 10 per cento per la parte eccedente 150.000 euro; a seguito della predetta riduzione il trattamento economico complessivo non può essere comunque inferiore a 90.000 euro lordi annui; le indennità corrisposte ai responsabili degli uffici di diretta collaborazione dei Ministri di cui all'*art. 14, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001* sono ridotte del 10 per cento; la riduzione si applica sull'intero importo dell'indennità. Per i procuratori ed avvocati dello Stato rientrano nella definizione di trattamento economico complessivo, ai fini del presente comma, anche gli onorari di cui all'*articolo 21 del R.D. 30 ottobre 1933, n. 1611*. La riduzione prevista dal primo periodo del presente comma non opera ai fini previdenziali. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2013, nell'ambito delle amministrazioni di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* e successive modifiche e integrazioni, i trattamenti economici complessivi spettanti ai titolari degli incarichi dirigenziali, anche di livello generale, non possono essere stabiliti in misura superiore a quella indicata nel contratto stipulato dal precedente titolare ovvero, in caso di rinnovo, dal medesimo titolare, ferma restando la riduzione prevista nel presente comma.

2-bis. A decorrere dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni di cui all' *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio. (27)

3. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, nei confronti dei titolari di incarichi di livello dirigenziale generale delle amministrazioni pubbliche, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), ai sensi del comma 3, dell'*art. 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196*, non si applicano le disposizioni normative e contrattuali che autorizzano la corresponsione, a loro favore, di una quota

dell'importo derivante dall'espletamento di incarichi aggiuntivi.	
4. I rinnovi contrattuali del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni per il biennio 2008-2009 ed i miglioramenti economici del rimanente personale in regime di diritto pubblico per il medesimo biennio non possono, in ogni caso, determinare aumenti retributivi superiori al 3,2 per cento. La disposizione di cui al presente comma si applica anche ai contratti ed accordi stipulati prima della data di entrata in vigore del presente decreto; le clausole difformi contenute nei predetti contratti ed accordi sono inefficaci; a decorrere dalla mensilità successiva alla data di entrata in vigore del presente decreto; i trattamenti retributivi saranno conseguentemente adeguati. La disposizione di cui al primo periodo del presente comma non si applica al comparto sicurezza-difesa ed ai Vigili del fuoco. (26)	**Comma 4** - I rinnovi contrattuali del personale dipendente per il biennio 2008-2009 non possono, in ogni caso, determinare aumenti retributivi superiori al 3,2%. Questa disposizione si applica anche ai contratti ed accordi stipulati prima della data di entrata in vigore del D.L.. L'effetto di questo comma è l'inapplicabilità dello 0,8% negli Accordi regionali.
5. All'*articolo 3, comma 102, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, come modificato dall'*articolo 66, comma 7, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133* le parole: «Per gli anni 2010 e 2011» sono sostituite dalle seguenti: «Per il quadriennio 2010-2013».	
6. All'*articolo 66, comma 9-bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, le parole: «Per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012» sono sostituite dalle seguenti: «A decorrere dall'anno 2010».	
7. All'*articolo 66, comma 9, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, la parola: «2012» è sostituita dalla parola: «2014».	**Comma 7**: il blocco del turn over fino al 2014 non si applica alle Regioni in equilibrio economico.
8. A decorrere dall'anno 2015 le amministrazioni di cui all'*articolo 1, comma 523 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, possono procedere, previo effettivo svolgimento delle procedure di mobilità, ad assunzioni di personale a tempo indeterminato nel limite di un contingente di personale	**Comma 8:** Ripresa delle assunzioni nel 2015.

complessivamente corrispondente ad una spesa pari a quella relativa al personale cessato nell'anno precedente. In ogni caso il numero delle unità di personale da assumere non può eccedere quello delle unità cessate nell'anno precedente. Il *comma 103 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come modificato da ultimo dall'*articolo 66, comma 12, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, è abrogato. (26)

9. All'*articolo 66, comma 14, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, sono apportate le seguenti modificazioni:

- le parole: «triennio 2010-2012» sono sostituite dalle parole: «anno 2010»;
- dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: «Per il triennio 2011-2013 gli enti di ricerca possono procedere, per ciascun anno, previo effettivo svolgimento delle procedure di mobilità, ad assunzioni di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato entro il limite dell'80 per cento delle proprie entrate correnti complessive, come risultanti dal bilancio consuntivo dell'anno precedente, purché entro il limite del 20 per cento delle risorse relative alla cessazione dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato intervenute nell'anno precedente. La predetta facoltà assunzionale è fissata nella misura del 50 per cento per l'anno 2014 e del 100 per cento a decorrere dall'anno 2015.

10. Resta fermo quanto previsto dall'*articolo 35, comma 3, del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 27 febbraio 2009, n. 14*.

11. Qualora per ciascun ente le assunzioni effettuabili in riferimento alle cessazioni intervenute nell'anno precedente, riferite a ciascun anno, siano inferiori all'unità, le quote non utilizzate possono essere cumulate con quelle derivanti dalle cessazioni relative agli anni successivi, fino al

raggiungimento dell'unità. 12. Per le assunzioni di cui ai commi 5, 6, 7, 8 e 9 trova applicazione quanto previsto dal comma 10 dell'*articolo 66, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*.	
stralcio	**BLOCCO CONTRATTI E CONVENZIONI**
16. In conseguenza delle economie di spesa per il personale dipendente e convenzionato che si determinano per gli enti del Servizio sanitario nazionale in attuazione di quanto previsto dal comma 17 del presente articolo, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, previsto dall'*articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, è rideterminato in riduzione di 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012.	<u>Commi 16 e 17</u> - Non si dà luogo, senza possibilità di recupero, alle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010-2012. E' fatta salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale. **Il livello del finanziamento del SSN a cui concorre ordinariamente lo Stato è ridotto di 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012.**
17. Non si dà luogo, senza possibilità di recupero, alle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010-2012 del personale di cui all'*articolo 2*, comma 2 e *articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* e successive modificazioni. E' fatta salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale nelle misure previste a decorrere dall'anno 2010 in applicazione dell'*articolo 2, comma 35, della legge 22 dicembre 2008, n. 203*.	Il taglio di 418 milioni di euro per l'anno 2011 annulla la prima tanche di risorse aggiuntive per il finanziamento del SSN, stanziate con l'ultima Legge Finanziaria (Legge 191/2009).Inoltre questa riduzione comporterà tagli sul personale sanitario, in particolare si pongono in estrema difficoltà i momenti formativi che vengono fortemente penalizzati per gli anni a venire. E' previsto infatti un taglio del 50% delle spese di formazione.
stralcio	
24. Le disposizioni recate dal comma 17 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.	<u>Comma 24</u> - La disposizione prevede l'estensione dell'art. 10, comma 17 al personale convenzionato con il SSR.
stralcio	
28. A decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad	<u>Comma 28</u> - Contiene disposizioni relativamente alla spesa per

ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli *articoli 62, 63* e *64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300*, e successive modificazioni, gli enti pubblici non economici, le università e gli enti pubblici di cui all'*articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* e successive modificazioni e integrazioni, fermo quanto previsto dagli *articoli 7*, comma 6, e *36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Per le medesime amministrazioni la spesa per personale relativa a contratti di formazione-lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro, nonché al lavoro accessorio di cui all'*articolo 70, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, e successive modificazioni ed integrazioni, non può essere superiore al 50 per cento di quella sostenuta per le rispettive finalità nell'anno 2009. Le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Per il comparto scuola e per quello delle istituzioni di alta formazione e specializzazione artistica e musicale trovano applicazione le specifiche disposizioni di settore. Resta fermo quanto previsto dall'*articolo 1, comma 188, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*. Per gli enti di ricerca resta fermo, altresì, quanto previsto dal *comma 187 dell'articolo 1 della medesima legge n. 266 del 2005*, e successive modificazioni. Alle minori economie pari a 27 milioni di euro a decorrere dall'anno 2011 derivanti dall'esclusione degli enti di ricerca dall'applicazione delle disposizioni del presente comma, si provvede mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate derivanti dall' *articolo 38*, commi 13-bis e seguenti. Il presente comma non si applica alla struttura di missione di cui all'*art. 163, comma 3, lettera a), del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*. Il mancato rispetto dei limiti di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale. Per le amministrazioni che nell'anno 2009 non hanno sostenuto spese per le finalità previste ai sensi del presente comma, il limite di cui al primo periodo è computato con	contratti di lavoro a termine (tempo determinato, convenzioni, co.co.co., formazione e lavoro, somministrazione), la quale, a decorrere dall'anno 2011, non può superare il 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009. Per gli enti del SSN queste disposizioni costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica, il "mancato rispetto" costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale.

riferimento alla media sostenuta per le stesse finalità nel triennio 2007-2009. (26)

stralcio

32. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento le pubbliche amministrazioni di cui all'*art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001* che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore. Non si applicano le eventuali disposizioni normative e contrattuali più favorevoli; a decorrere dalla medesima data è abrogato l'*art. 19, comma 1-ter, secondo periodo, del decreto legislativo n. 165 del 2001*. Resta fermo che, nelle ipotesi di cui al presente comma, al dirigente viene conferito un incarico di livello generale o di livello non generale, a seconda, rispettivamente, che il dirigente appartenga alla prima o alla seconda fascia.

---

(26) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*

(27) Comma inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*

INCARICHI DIRIGENZIALI

Anche in presenza di valutazioni prioritarie gli incarichi dei dirigenti possono non essere confermati.

Art. 10 *Riduzione della spesa in materia di invalidità* *Stralcio*	In sede di conversione di legge, è stato soppresso il I° comma nel quale si affermava: Per le domande presentate dal 1° giugno 2010 la percentuale di invalidità è elevata nella misura pari o superiore all'85% .
2. Alle prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nonché alle prestazioni di invalidità a carattere previdenziale erogate dall'INPS si applicano, limitatamente alle risultanze degli accertamenti di natura medico-legale, le disposizioni dell'*articolo 9 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38* e dell'*articolo 55, comma 5, della legge 9 marzo 1989, n. 88.* (30)	**Comma 2** Viene estesa ai trattamenti assistenziali in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nonché alle prestazioni di invalidità a carattere previdenziale erogate dall'INPS l'applicazione, limitatamente alle risultanze degli accertamenti di natura medico-legale, della disciplina vigente sulla possibilità di rettifica e di ripetizione degli indebiti delle prestazioni finali-
3. Fermo quanto previsto dal codice penale, agli esercenti una professione sanitaria che intenzionalmente attestano falsamente uno stato di malattia o di handicap, cui consegua il pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità successivamente revocati ai sensi dell'*articolo 5, comma 5, del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698* per accertata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applicano le disposizioni di cui al comma 1 dell'*articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* e successive modificazioni. Nei casi di cui al presente comma il medico, ferme la responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno all'immagine subiti dall'amministrazione. Gli organi competenti alla revoca sono tenuti ad inviare copia del provvedimento alla Corte dei conti per eventuali azioni di responsabilità. Sono altresì estese le sanzioni	**Comma 3** Estese agli esercenti una professione sanitaria che intenzionalmente attestano falsamente uno stato di malattia o di handicap successivamente revocati per accertata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, le disposizioni già previste per il falso da parte dei pubblici dipendenti: reclusione da uno a cinque anni, multa da 400 a 1.600 euro e obbligo di risarcire il danno patrimoniale e il danno all'immagine subiti dall'amministrazione.

disciplinari di cui al comma 3 dell'*articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* e successive modificazioni. 4. Al fine di proseguire anche per gli anni 2011 e 2012 nel potenziamento dei programmi di verifica del possesso dei requisiti per i percettori di prestazioni di invalidità civile nel contesto della complessiva revisione delle procedure in materia stabilita dall'*articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, al comma 2 dello stesso *articolo 20* l'ultimo periodo è così modificato: «Per il triennio 2010-2012 l'INPS effettua, con le risorse umane e finanziarie previste a legislazione vigente, in via aggiuntiva all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, un programma di 100.000 verifiche per l'anno 2010 e di 250.000 verifiche annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012 nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile.». (30)	**VERIFICHE ANNUALI AI TITOLARI DI BENEFICI ECONOMICI** 100.000 verifiche per l'anno 2010; 250.000 per ciascuno degli anni 2011 e 2012.
4-bis. Nell'ambito dei piani straordinari di accertamenti di verifica nei confronti dei titolari di trattamenti economici di invalidità civile previsti dalle vigenti leggi, l'INPS è autorizzato, d'intesa con le regioni, ad avvalersi delle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali, nella composizione integrata da un medico INPS, quale componente effettivo ai sensi dell' *articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*. (31) (30) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*. (31) Comma inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*.	**<u>Comma 4 bis</u> Inserito con la conversione del DL in Legge:** Potenziamenti verifiche falsi invalidi: accertamenti in mano all'INPS che si avvarrà di Commissioni mediche delle ASL.
Art. 10-bis. *Accertamenti in materia di micro-invalidità conseguenti ad incidenti stradali* (32) 1. Fermo quanto previsto dal codice penale, agli esercenti una professione	

sanitaria che attestano falsamente uno stato di micro-invalidità conseguente ad incidente stradale da cui derivi il risarcimento del danno connesso a carico della società assicuratrice, si applicano le disposizioni di cui al comma 1 dell' *articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*. Nel caso di cui al presente comma il medico, ferme la responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato al risarcimento del danno nei confronti della società assicuratrice. 2. Ai fini del comma 1, ciascuna regione promuove la costituzione di una commissione mista, senza oneri per il bilancio regionale, composta da un rappresentante della regione medesima, un rappresentante del consiglio dell'ordine dei medici e degli odontoiatri su designazione dell'organo competente ed un rappresentante delle associazioni di categoria delle imprese assicuratrici individuata con le procedure del CNEL. 3. Le commissioni trasmettono trimestralmente i dati al Ministero dello sviluppo economico e all'ISVAP. 4. Il Ministero dello sviluppo economico accerta l'attuazione da parte delle società assicuratrici della riduzione dei premi RC auto in ragione dei risultati conseguiti con l'applicazione delle disposizioni di cui ai commi precedenti e ne riferisce al Parlamento con relazione annuale. (32) Articolo inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*	**Microinvalidità:** puniti i professionisti sanitari che attestano false microinvalidità conseguenti a incidenti stradali.
Art. 11 *Controllo della spesa sanitaria* 1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del Piano di rientro e non sussistono le condizioni di cui all'*articolo 2, commi 77 e 88, della legge 23*	**Prosecuzione Piani di rientro.** Le Regioni non commissariate che non superano la verifica per il raggiungimento degli obiettivi entro il 31 dicembre 2009 potranno chiedere la prosecuzione del Piano di rientro per un triennio secondo Programmi operativi previsti nel Patto per la Salute. L'attuazione è condizione per l'attribuzione definitiva delle risorse anche già

dicembre 2009, n. 191, avendo garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario e non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del Piano di rientro, per una durata non superiore al triennio, ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel Patto per la salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009 e all'*articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*. La prosecuzione e il completamento del Piano di rientro sono condizioni per l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, già previste a legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano - ancorché anticipate ai sensi dell'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*, e dell'*articolo 6-bis del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito con modificazioni dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2* - in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d'esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono.	anticipate.
2. Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei medesimi Piani di rientro nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi piani, i Commissari ad acta procedono, entro 15 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto-legge, alla conclusione della procedura di ricognizione di tali debiti, predisponendo un piano che individui modalità e tempi di pagamento. Al fine di agevolare quanto previsto dal presente comma ed in attuazione di quanto disposto nell'*Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 3 dicembre 2009*, all'*art. 13*, comma 15, fino al 31 dicembre 2010 non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime [39].	**Comma 2 - Blocco dei pignoramenti.** Nelle Regioni già commissariate il commissario effettua entro 15 giorni la ricognizione dei debiti pregressi, predisponendo un piano per i pagamenti. Gli eventuali pignoramenti sono sospesi o non avranno efficacia fino a fine 2010. **L'art. 1 comma 51 della Legge 220/2010 – Legge di stabilità 2011** prevede che: non si possono 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. I pignoramenti e le prenotazioni a debito, effettuati prima della data di entrata in vigore del citato D.L. n. 78, sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni alle aziende sanitarie locali e ospedaliere non producono effetto dalla suddetta data e fino al 31 dicembre 2011; di conseguenza, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono disporre, per finalità istituzionali, delle somme.

(39) Vedi, anche, il comma 51 dell'*art. 1, L. 13 dicembre 2010, n. 220.*

3. All'*art. 77-quater, comma 3, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito con *legge 6 agosto 2008, n. 133*, in fine, è aggiunto il seguente periodo: «I recuperi delle anticipazioni di tesoreria non vengono comunque effettuati a valere sui proventi derivanti dalle manovre eventualmente disposte dalla regione con riferimento ai due tributi sopraccitati.».

4. In conformità con quanto previsto dall'*articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e dall'*articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388* e fermo il monitoraggio previsto dall'*art. 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito con *legge 16 novembre 2001, n. 405*, gli eventuali acquisti di beni e servizi effettuati dalle aziende sanitarie ed ospedaliere al di fuori delle convenzioni e per importi superiori ai prezzi di riferimento sono oggetto di specifica e motivata relazione, sottoposta agli organi di controllo e di revisione delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

5. Al fine di razionalizzare la spesa e potenziare gli strumenti della corretta programmazione, si applicano le disposizioni recate dai commi da 6 a 12 dirette ad assicurare:

a) le risorse aggiuntive al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pari a 550 milioni di euro per l'anno 2010, ai sensi di quanto disposto dall'*art. 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Comma 3 - Anticipazione mensile per il finanziamento della spesa sanitaria alle Regioni; viene introdotta una misura di salvaguardia rispetto ai tributi (IRAP e addizionale IRPEF) derivanti dalle manovre regionali, al fine di non computarli nel calcolo della anticipazione mensile.

Comma 4 - La mancata adesione alle convenzioni Consip per l'acquisto di beni e servizi, deve esse adeguatamente motivata con relazione e sottoposta al controllo del Collegio sindacale.

RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA

Comma 5 - Le misure dei commi da 6 a 11 sono finalizzate a razionalizzare la spesa sanitaria.

In particolare queste misure di razionalizzazione dovrebbero determinare delle economie di spesa quantificate in 300 milioni per l'anno 2010 ed in 600 milioni per l'anno 2011: tali economie riducono il livello di finanziamento del SSN a carico dello Stato.

Il Patto per la Salute 2010-2012 assicura il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale anche attraverso risorse aggiuntive da individuarsi nel corso del 2010, **pari a 550 milioni a livello nazionale.**

Le economie previste nel presente articolo per l'anno 2010, concorrono per 300 milioni ad assicurare le risorse aggiuntive

Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009. Alla copertura del predetto importo di 550 milioni di euro per l'anno 2010 si provvede per 300 milioni di euro mediante l'utilizzo delle economie derivanti dalle disposizioni di cui al comma 7, lettera a) e per la restante parte, pari a 250 milioni di euro con le economie derivanti dal presente provvedimento. A tale ultimo fine il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, previsto dall'*articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, è rideterminato in aumento di 250 milioni di euro per l'anno 2010; b) un concorso alla manovra di finanza pubblica da parte del settore sanitario pari a 600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2011.	necessarie per il finanziamento del SSN (pari a 550 milioni); i **restanti 250 milioni** saranno invece assicurati attraverso risorse statali che **sono poste ad integrazione del FSN 2010.** Le economie previste nel 2011 per 600 milioni riducono il livello di finanziamento del SSN a carico dello Stato. Detta disposizione in realtà non genera di per sé alcun risparmio trattandosi di una mera trasposizione di farmaci con la relativa spesa dalla spesa farmaceutica ospedaliera a quella territoriale con un saldo complessivo di per sé invariato. L'eventuale copertura a carico delle aziende farmaceutiche e delle farmacie, qualora non venga previsto che queste ultime ne siano esentate, scatterebbe, infatti solo in caso di sfondamento del tetto della farmaceutica territoriale a livello nazionale. Si tratterebbe, quindi, di una copertura incerta nell'an e nel quantum e, come tale, di dubbia costituzionalità ai sensi dell'art.81, comma 4 della Costituzione
	QUOTE DI SPETTANZA A GROSSISTI E FARMACISTI
6 In attesa dell'adozione di una nuova metodologia di remunerazione delle farmacie per i farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le quote di spettanza dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali di classe A, di cui all' *articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, previste nella misura rispettivamente del 6,65 per cento e del 26,7 per cento dall' *articolo 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, e dall' *articolo 13, comma 1, lettera b), del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, sono rideterminate nella misura del 3 per cento per i grossisti e del 30,35 per cento per i farmacisti che deve intendersi come quota minima a questi spettante. A decorrere dal 31 maggio 2010 il Servizio sanitario nazionale, nel procedere alla corresponsione alle farmacie di quanto dovuto, trattiene ad ulteriore titolo di sconto, rispetto a quanto già previsto dalla vigente normativa, una quota pari all'1,82 per cento sul prezzo di vendita al	**Comma 6 -** La norma ridetermina, fino al 31.12.2010, le quote di spettanza di grossisti e farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali di classe A). Le modifiche in sede di conversione di legge hanno ridotto il gettito. Le Farmacie rivendicano la non applicabilità dello sconto del 3,65% previsto nel D.L. nei mesi di giugno e luglio (per le Regioni il danno sarebbe quantificabile in circa 70 mln). **Comma 6 Le aziende farmaceutiche**, sulla base di tabelle approvate dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e definite per regione e per singola azienda, **corrispondono alle regioni medesime un importo dell'1,83** per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA dei medicinali erogati in regime di Servizio sanitario nazionale

pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto. L'ulteriore sconto dell'1,82 per cento non si applica alle farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, non superiore a euro 387.324,67 e alle altre farmacie con fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, non superiore a euro 258.228,45. Dalla medesima data le aziende farmaceutiche, sulla base di tabelle approvate dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e definite per regione e per singola azienda, corrispondono alle regioni medesime un importo dell'1,83 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto dei medicinali erogati in regime di Servizio sanitario nazionale[33] (47)

6-bis. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, è avviato un apposito confronto tecnico tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'AIFA e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica secondo i seguenti criteri: estensione delle modalità di tracciabilità e controllo a tutte le forme di distribuzione dei farmaci, possibilità di introduzione di una remunerazione della farmacia basata su una prestazione fissa in aggiunta ad una ridotta percentuale sul prezzo di riferimento del farmaco che, stante la prospettata evoluzione del mercato farmaceutico, garantisca una riduzione della spesa per il Servizio sanitario nazionale. [34]

7. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, l'Agenzia italiana del farmaco provvede:

a) all'individuazione, fra i medicinali attualmente a carico della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'*articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, di quelli che, in quanto suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare, devono essere erogati, a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'elenco

Il Comma 6 bis prevede l'esclusione delle Regioni della revisione dei criteri di renumerazione della spesa farmaceutica, incidendo direttamente sull'autonomia finanziaria regionale, profilando la violazione delle competenze delle Regioni.

MISURE COMPORTANTI ECONOMIE DI SPESA STIMATE IN 300 MLN PER L'ANNO 2010

Comma 7 a) - La norma prevede che l'AIFA individui un elenco di farmaci ospedalieri che potranno essere erogati attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale, per un valore annuo di 600 milioni a livello nazionale. La norma sposta dal "contenitore" spesa ospedaliera (con tetto fissato al 2,4%) al "contenitore" spesa territoriale (con tetto fissato al 13,3%). Il risparmio ipotizzato non è valutabile per diverse ragioni; se lo spostamento dovesse avvenire a favore dell'assistenza farmaceutica convenzionata genererebbe un aumento del livello di

dei farmaci individuati ai sensi del presente comma, attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'*articolo 5*, comma 1, del medesimo decreto-legge e con oneri a carico della relativa spesa, per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro;

b) alla predisposizione, sulla base dei dati resi disponibili dal sistema Tessera sanitaria di cui all'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente. Ciò al fine di mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua che restano nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali.

8. Con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta del Ministro della salute, sono fissate linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di acquisizione, immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, anche attraverso il coinvolgimento dei grossisti.

9. A decorrere dall'anno 2011, per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale dei medicinali equivalenti di cui all' *articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, e successive modificazioni, collocati in classe A ai fini della rimborsabilità, l'AIFA, sulla base di una ricognizione dei prezzi vigenti nei paesi dell'Unione europea, fissa un prezzo massimo di rimborso per confezione, a parità di

spesa, soprattutto a carico di quelle regioni che sono, ad oggi, molto al di sotto del tetto del 13,3%. Il risparmio ipotizzato per il 2011 comporta la riduzione del livello di finanziamento per l'anno stesso.

Comma 7 b) - La norma prevede che l'AIFA predisponga tabelle di raffronto (benchmarking) tra le spese farmaceutiche regionali, al fini di individuare le migliori ed appropriate modalità prescrittive, con particolare riferimento alla prescrizione di farmaci generici. Questa disposizione dovrebbe comportare risparmi a livello nazionale per 600 milioni su base annua. Il risparmio, che coinvolgerà le regioni in maniera diversificata stante il diverso livello di appropriatezza raggiunto, rimane nelle disponibilità regionali.

ACCORDO SU LINEE GUIDA PER ACQUISIZIONE IMMAGAZZINAMENTO, DISTRIBUZIONE INTERNA DEI FARMACI

Comma 8 - È prevista l'adozione di linee guida per un efficientamento della complessiva gestione dei farmaci (acquisto, immagazzinamento, distribuzione interna, scorte, ..), anche attraverso il coinvolgimento dei grossisti. La norma di per sé è positiva.

PREZZO DEI FARMACI OFF PATENT

Comma 9 – La disposizione fissa un prezzo minimo di rimborso per confezione a parità di principio attivo, dosaggio, forma ed unità posologica.

principio attivo, di dosaggio, di forma farmaceutica, di modalità di rilascio e di unità posologiche. La dispensazione, da parte dei farmacisti, di medicinali aventi le medesime caratteristiche e prezzo di vendita al pubblico più alto di quello di rimborso è possibile previa corresponsione da parte dell'assistito della differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso. I prezzi massimi di rimborso sono stabiliti in misura idonea a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro annui che restano nelle disponibilità regionali. (35)	
10. Il prezzo al pubblico dei medicinali equivalenti di cui all'*articolo 7, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, e successive modificazioni, è ridotto del 12,5 per cento a decorrere dal 1° giugno 2010 e fino al 31 dicembre 2010. La riduzione non si applica ai medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto, né ai medicinali il cui prezzo sia stato negoziato successivamente al 30 settembre 2008, nonché a quelli per i quali il prezzo in vigore è pari al prezzo vigente alla data del 31 dicembre 2009.	**Comma 10 -** Il prezzo al pubblico dei farmaci equivalenti è ridotto del 12,5% a decorre dal 1.6.2010 al 31.12.2010. La misura dà risparmi certi per l'anno 2010.
11. Le direttive periodicamente impartite dal Ministro della salute all'Agenzia italiana del farmaco, ai sensi dell'*articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, attribuiscono priorità all'effettuazione di adeguati piani di controllo dei medicinali in commercio, con particolare riguardo alla qualità dei principi attivi utilizzati. (36)	**Comma 11 -** L'AIFA deve controllare la qualità dei principi attivi utilizzati nei medicinali in commercio.
12. In funzione di quanto disposto dai commi da 6 a 11 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, previsto dall'*articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, è rideterminato in riduzione di 600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2011.	**RIDUZIONE LIVELLO DI FINANZIAMENTO SSN** **Comma 12 -** Le economie derivanti dalle misure previste nei commi precedenti (6 – 11) quantificate in 600 milioni riducono il livello di finanziamento del SSN a carico dello Stato per l'anno 2011.
13. Il comma 2 dell'*articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210* e successive modificazioni si interpreta nel senso che la somma	**INDENNITA' PER EMOTRASFUSI** **Comma 13 e 14 -** L'indennità erogata agli emotrasfusi non è soggetta a rivalutazione al tasso di inflazione.

corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale non è rivalutata secondo il tasso d'inflazione.

14. Fermo restando gli effetti esplicati da sentenze passate in giudicato, per i periodi da esse definiti, a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto cessa l'efficacia di provvedimenti emanati al fine di rivalutare la somma di cui al comma 13, in forza di un titolo esecutivo. Sono fatti salvi gli effetti prodottisi fino alla data di entrata in vigore del presente decreto.

15. Nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi del comma 13 dell'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, ai fini dell'evoluzione della Tessera Sanitaria (TS) di cui al comma 1 del predetto *articolo 50* verso la Tessera Sanitaria - Carta nazionale dei servizi (TS-CNS), in occasione del rinnovo delle tessere in scadenza il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la progressiva consegna della TS-CNS, avente le caratteristiche tecniche di cui all'*Allegato B del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie 11 marzo 2004*, pubblicato nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 251 del 25 ottobre 2004, e successive modificazioni. A tal fine è autorizzata la spesa di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2011. (36)

16. Nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi di cui all'*articolo 50, comma 5-bis, ultimo periodo del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, al fine di accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche di cui all'*articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis, del citato decreto-legge n. 269 del 2003*, il Ministero dell'economia e delle finanze, cura l'avvio della diffusione della suddetta procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui all'allegato 1 del decreto del Ministro

SOSTITUZIONE DELLE TESSERE SANITARIE IN TS E CNS

Comma 15 - In occasione del rinnovo delle Tessere Sanitarie in scadenza (TS), le TS saranno progressivamente sostituite dalle TS – CNS (Tessera Sanitaria e Carta Nazionale dei Servizi), aventi le caratteristiche previste dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.
Il finanziamento di 20 ml di €, previsto dal 2011, penalizza le regioni che hanno aderito nel 2005 in via sperimentale all'art.50 - in ordine Abruzzo, Umbria, Emilia-Romagna, Veneto-, dal momento che le Tessere Sanitarie per questa Regioni sono state appena rinnovate o sono in corso di rinnovo. Questo significa che per 5 anni queste regioni non beneficeranno dell'innovazione introdotta.
Previste risorse per 20 mln di euro.

ACCELERAZIONE ADOZIONE DELLA TRASMISSIONE TELEMATICA DELLE RICETTE MEDICHE

Comma 16 - Il Ministero dell'Economia e delle Finanze adotta i provvedimenti necessari per accelerare al diffusione della trasmissione in via telematica delle ricette mediche.

della salute del 26 febbraio 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 marzo 2010, n. 65. L'invio telematico dei predetti dati sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo. (36) --- (33) Comma sostituito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*, che ha sostituito l'originario comma 6 con gli attuali commi 6 e 6-bis. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'*art. 2, commi 12-septies e 36, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10*. (34) Comma inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*, che ha sostituito l'originario comma 6 con gli attuali commi 6 e 6-bis. (35) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*. (36) Comma così modificato dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*. (47) Vedi, anche, la *Det. 18 febbraio 2011* e il comma 12–septies dell'*art. 2, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10*.	
Capo III - Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico, invalidità e previdenza **Art. 14** ***Patto di stabilità interno ed altre disposizioni sugli enti territoriali*** 1. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, le province e i comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2011-2013 nelle misure	**Commi 1 e 2** - Le disposizioni prevedono che il concorso alla manovra per le autonomie territoriali, attuato attraverso le regole del patto di stabilità interno, e`determinato per l'anno 2011 in 6.300 milioni, di cui 4.000 milioni a carico delle regioni a statuto ordinario, 500 milioni a carico delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, 300 milioni a carico delle province e 1.500 milioni a carico dei comuni soggetti al patto.

seguenti in termini di fabbisogno e indebitamento netto: a) le regioni a statuto ordinario per 4.000 milioni di euro per l'anno 2011 e per 4.500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012; b) le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano per 500 milioni di euro per l'anno 2011 e 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012; c) le province per 300 milioni di euro per l'anno 2011 e per 500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, attraverso la riduzione di cui al comma 2; d) i comuni per 1.500 milioni di euro per l'anno 2011 e 2.500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, attraverso la riduzione di cui al comma 2.	Per gli anni 2012 e 2013 il concorso alla manovra e` determinato in 8.500 milioni di euro annui che comportano effetti a carico delle regioni a statuto ordinario di 4.500 milioni,delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano di 1.000, delle province di 500 milioni di euro e dei comuni soggetti al patto di 2.500 milioni di euro.
2. Il comma 302 dell'*articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, è abrogato e al comma 296, secondo periodo, dello stesso articolo 1 sono soppresse le parole: «e quello individuato, a decorrere dall'anno 2011, in base al comma 302». Le risorse statali a qualunque titolo spettanti alle regioni a statuto ordinario sono ridotte in misura pari a 4.000 milioni di euro per l'anno 2011 e a 4.500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012. Le predette riduzioni sono ripartite secondo criteri e modalità stabiliti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e recepiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, secondo princìpi che tengano conto della adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno e della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva nonché dell'adozione di misure di contenimento della spesa sanitaria e dell'adozione di azioni di contrasto al fenomeno dei falsi invalidi. In caso di mancata deliberazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e per gli anni successivi al	Tale misura equivale ad addossare il 40% della manovra alle Regioni per il 2011 e il 30% per il 2012. La riduzione delle risorse a qualunque titolo azzera praticamente tutti i "Bassanini" cancellando quasi tutti i trasferimenti per funzioni regionali. Da ciò deriva l'impossibilità di esercitare le funzioni di cui al Titolo V e si va ad intaccare il principio della necessaria corrispondenza tra le funzioni conferite e le risorse necessarie per il loro esercizio , di cui all'art. 119 della Costituzione. La precisazione che afferma che non si tiene conto dei tagli per l'attuazione del federalismo fiscale, non ha copertura fiscale è solo programmatica. Uno dei principi fondamentali della legge 42/2009 è quello che il federalismo fiscale venga attuato a costo zero per la finanza pubblica. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, vengono definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni criteri e modalità per la ripartizione delle previste riduzioni. In caso di mancata deliberazione in Conferenza Stato-Regioni, è comunque emanato un DPCM ripartendo la riduzione secondo un criterio proporzionale.

2011 entro il 30 settembre dell'anno precedente, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è comunque emanato, entro i successivi trenta giorni, ripartendo la riduzione dei trasferimenti secondo un criterio proporzionale. In sede di attuazione dell' *articolo 8 della legge 5 maggio 2009, n. 42*, in materia di federalismo fiscale, non si tiene conto di quanto previsto dal primo, secondo, terzo e quarto periodo del presente comma. I trasferimenti erariali, comprensivi della compartecipazione IRPEF, dovuti alle province dal Ministero dell'interno sono ridotti di 300 milioni per l'anno 2011 e di 500 milioni annui a decorrere dall'anno 2012. I trasferimenti erariali dovuti ai comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti dal Ministero dell'interno sono ridotti di 1.500 milioni per l'anno 2011 e di 2.500 milioni annui a decorrere dall'anno 2012. Le predette riduzioni a province e comuni sono ripartite secondo criteri e modalità stabiliti in sede di Conferenza Stato-città ed autonomie locali e recepiti con decreto annuale del Ministro dell'interno, secondo princìpi che tengano conto della adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno, della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva e del conseguimento di adeguati indici di autonomia finanziaria. In caso di mancata deliberazione della Conferenza Stato-città ed autonomie locali entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e per gli anni successivi al 2011 entro il 30 settembre dell'anno precedente, il decreto del Ministro dell'interno è comunque emanato entro i successivi trenta giorni, ripartendo la riduzione dei trasferimenti secondo un criterio proporzionale. In sede di attuazione dell' *articolo 11 della legge 5 maggio 2009, n. 42*, in materia di federalismo fiscale, non si tiene conto di quanto previsto dal sesto, settimo, ottavo e nono periodo del presente comma. (47) (63)

(47) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122*.

(63) Per la riduzione dei trasferimenti erariali previsti dal presente comma

vedi, per l'anno 2011, il *D.M. 9 dicembre 2010*.	
Art. 31 *Preclusione alla autocompensazione in presenza di debito su ruoli definitivi* ***stralcio*** 1-bis. Al *decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602*, dopo l' *articolo 28-ter* è inserito il seguente: «Art. 28-quater. - (Compensazioni di crediti con somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo). - 1. A partire dal 1° gennaio 2011, i crediti non prescritti, certi, liquidi ed esigibili, maturati nei confronti delle regioni, degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale per somministrazione, forniture e appalti, possono essere compensati con le somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo. A tal fine il creditore acquisisce la certificazione prevista dall' *articolo 9, comma 3-bis, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, e la utilizza per il pagamento, totale o parziale, delle somme dovute a seguito dell'iscrizione a ruolo. L'estinzione del debito a ruolo è condizionata alla verifica dell'esistenza e validità della certificazione. Qualora la regione, l'ente locale o l'ente del Servizio sanitario nazionale non versi all'agente della riscossione l'importo oggetto della certificazione entro sessanta giorni dal termine nella stessa indicato, l'agente della riscossione procede, sulla base del ruolo emesso a carico del creditore, alla riscossione coattiva nei confronti della Regione, dell'ente locale o dell'ente del Servizio sanitario nazionale secondo le disposizioni di cui al titolo II del presente decreto. Le modalità di attuazione del presente articolo sono stabilite con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze anche al fine di garantire il rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica». Per i crediti maturati nei confronti degli enti del Servizio sanitario nazionale si applica comunque quanto previsto dal comma 1-ter, secondo periodo. (87)	Commi 1 bis e 1 ter: Compensazioni debiti e crediti – A partire dal 1 gennaio 2011, i crediti non prescritti, certi, liquidi ed esigibili, maturati nei confronti delle Regioni, degli enti locali e degli enti SSN per forniture e appalti, possono essere compensati con le somme dovute a seguito di iscrizioni a ruolo. Per attivare la procedura il creditore dovrà acquisire la certificazione dell'esigibilità dei crediti che potrà essere utilizzata ai fini del pagamento delle somme dovute a seguito dell'iscrizione al ruolo. Le modalità di attuazione della norma saranno fissate con decreto dell'Economia, le modalità di certificazione saranno dalle singole Regioni d'intesa con l'Economia.

1-ter. All' *articolo 9, comma 3-bis, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, le parole: «Per gli anni 2009 e 2010» sono sostituite con le seguenti: «A partire dall'anno 2009» e le parole: «le regioni e gli enti locali» sono sostituite con le seguenti: «le regioni, gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario nazionale». Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità di attuazione del presente comma, nonché, in particolare, le condizioni per assicurare che la complessiva operazione di cui al comma 1-bis e al presente comma riguardante gli enti del Servizio sanitario nazionale sia effettuata nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica; le modalità di certificazione sono stabilite dalle singole regioni d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, con l'osservanza delle condizioni stabilite con il predetto decreto. (87)

(87) Comma inserito dalla *legge di conversione 30 luglio 2010, n. 122.*

Legge 1° ottobre 2010, n. 163

Convertito in legge, con modificazioni, dall'D.L. 5 agosto 2010, n. 125 "Misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia finanziaria"

Pubblicato nella Gazz. Uff. 6 agosto 2010, n. 182

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore salute e Politiche sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
Art. 2 Disposizioni in materia finanziaria 2. Alla regione Puglia che avendo, ai sensi dell'*articolo 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, presentato entro il 30 aprile 2010 richiesta di sottoscrivere un Accordo, di cui all'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, corredato del relativo Piano di rientro, e che non ha effettivamente sottoscritto tale Accordo entro i successivi novanta giorni, è concessa, al fine di contrastare l'aggravamento della situazione economico finanziaria del settore sanitario pugliese, la possibilità di integrare, entro il 30 settembre 2010, la documentazione già trasmessa, al fine di procedere alla stipula del predetto Accordo entro il 15 ottobre 2010. Per la regione Puglia la disposizione contenuta nell'ultimo periodo dell'*articolo 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, è sospesa fino alla data del 15 ottobre 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro il 15 ottobre 2010 la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della Regione. Al fine di consentire il completamento degli accertamenti tecnici preordinati alla compiuta definizione degli adempimenti procedurali previsti ai sensi del presente comma, i termini ivi stabiliti possono essere differiti fino al 15 dicembre 2010 con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per i rapporti con le	La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 settembre 2010, sottolineando come in attuazione **dell'art. 2 comma 2 del D.L. n. 125 del 5 agosto**, la Regione Puglia abbia già trasmesso, nei termini di legge, la documentazione integrativa ai fini della stipula dell'Accordo ivi previsto, considerata l'imminenza del termine per la conversione del D.L (4 ottobre u.s.), ha chiesto al Governo in sede di Conferenza Stato-Regioni l'immediata sottoiscrizione dell'Accordo con la Regione Puglia. La legge di conversione del decreto ha previsto che al fine di consentire il completamento degli accertamenti tecnici per la definizione degli adempimenti procedurali, i termini possono essere differiti **fino al 15 dicembre 2010.**

regioni e per la coesione territoriale. (5) 2-bis. Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, nelle quali siano scattati, nell'anno 2010, gli incrementi automatici nella misura fissa di 0,15 e di 0,30 punti percentuali rispettivamente per l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e per l'addizionale regionale all'IRPEF ai sensi dell'*articolo 2, comma 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, il blocco automatico del turn-over e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, ai sensi dell'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, nel caso 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, le predette misure non operano. Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010, non operano le citate misure di blocco automatico del turn-over, nel limite del 10 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La disapplicazione delle stesse è disposta con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale. (7) (5) Comma così modificato dalla *legge di conversione 1° ottobre 2010, n. 163*. (6) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 1° ottobre 2010, n. 163*. (7) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 1° ottobre 2010, n. 163* e, successivamente, così modificato dall'*art. 1, comma 52, L. 13 dicembre 2010, n. 220*, a decorrere dal 1° gennaio 2011.	**ART. 52 – LEGGE N. 220/2010 – LEGGE DI STABILITA' 2011:** E' prevista, nell'ipotesi in cui, entro il 31 ottobre 2010, i tavoli tecnici accertino un'attuazione in misura parziale dei piani di rientro, **una deroga fino al 10% al blocco del turn-over**, in correlazione all'esigenza di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Tale deroga è determinata con decreto ministeriale.

LEGGE 13 dicembre 2010, n. 220

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2011[1].

---

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. n. 297 del 21-12-2010 - Suppl. Ordinario n.281.

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

LEGGE DI STABILITA' 2011	ASPETTI ATTUATIVI
Art. 1 **(Gestioni previdenziali. Rapporti con le regioni. Risultati differenziali. Fondi e tabelle)**	
omissis 5. Una quota, pari a **1.500 milioni di euro per l'anno 2012, delle risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate destinate** alla programmazione regionale, incluse quelle derivanti dalla rimodulazione disposta ai sensi della Tabella E, è destinata **a interventi di edilizia sanitaria pubblica**. In ogni caso è fatta salva la ripartizione dell'85 per cento delle risorse alle regioni del Mezzogiorno e del restante 15 per cento alle regioni del centro-nord.	**1.500 milioni di euro per l'anno 2012 delle risorse FAS sono destinate all'edilizia sanitaria pubblica (art. 20 – legge 67/88)**
38. Per l'anno 2011, lo stanziamento del **Fondo nazionale per le politiche sociali**, di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, e` **incrementato di 200 milioni di euro**.	**Il Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2011 è incrementato di 200 milioni di euro.**
49. Ai sensi dell'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato - Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, **il livello del finanziamento del Servizio sanitario**	**Il livello del finanziamento del SSN è incrementato di 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell' anno 2011. L'incremento copre una quota (cinque dodicesimi) delle risorse residue**

nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, è **incrementato di 347,5 milioni di euro per l'anno 2011,** per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, **limitatamente ai primi cinque mesi dell'anno 2011.**	**(pari a 834 milioni), che, relativamente al prossimo esercizio, lo Stato si è impegnato ad assicurare alle Regioni con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Intesa sancita dalla relativa Conferenza permanente il 3 dicembre 2009).**
50. Limitatamente ai risultati d'esercizio **dell'anno 2010, nelle regioni** per le quali si e` 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'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è **consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale** a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2010.	**Le Regioni sottoposte ai piani di rientro, possono provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale. Le misure devono essere adottate entro il 31 dicembre 2010.**
51. Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, fino al 31 dicembre 2011. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, effettuati prima della data di entrata in vigore del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, non producono effetti dalla suddetta data fino al 31 dicembre 2011 e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per le finalità istituzionali dei predetti enti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo.	**Non si possono 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.** **Tale divieto era stato posto, fino al 31 dicembre 2010, dall'art. 11, comma 2, del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122..** **Con la presente legge il divieto è stato prorogato di un anno, per cui i pignoramenti e le prenotazioni a debito, effettuati prima della data di entrata in vigore del citato D.L. n. 78, sulle rimesse finanziarie trasferite dalle Regioni alle aziende sanitarie locali e ospedaliere non producono effetto dalla suddetta data e fino al 31 dicembre 2011; di conseguenza, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono disporre, per finalità istituzionali, delle somme.**

52. All'articolo 2, comma 2-bis, del decreto- legge 5 agosto 2010, n. 125, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° ottobre 2010, n. 163, dopo il primo periodo e` inserito il seguente: «Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010, non operano le citate misure di blocco automatico del turn-over, nel limite del 10 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza».	**E' prevista, nell'ipotesi in cui, entro il 31 ottobre 2010, i tavoli tecnici accertino un'attuazione in misura parziale dei Piani di rientro, una deroga fino al 10% al blocco del turn-over, in correlazione all'esigenza di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.**
129. Il complesso delle spese finali di cui ai commi da 126 a 128 è determinato, sia in termini di competenza sia in termini di cassa, dalla somma delle spese correnti e in conto capitale risultanti dal consuntivo, al netto: a) delle spese per la sanità, cui si applica la specifica disciplina di settore; b) delle spese per la concessione di crediti; c) delle spese correnti e in conto capitale per interventi cofinanziati correlati ai finanziamenti dell'Unione europea, con esclusione delle quote di finanziamento statale e regionale. Nei casi in cui l'Unione europea riconosca importi inferiori, l'importo corrispondente alle spese non riconosciute è incluso tra le spese del patto di stabilità interno relativo all'anno in cui è comunicato il mancato riconoscimento. Ove la comunicazione sia effettuata nell'ultimo quadrimestre, il recupero può essere conseguito anche nell'anno successivo; d) delle spese relative ai beni trasferiti in attuazione del decreto legislativo 28 maggio 2010, n. 85, per un importo corrispondente alle spese già sostenute dallo Stato per la gestione e la manutenzione dei medesimi beni, determinato dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del citato decreto legislativo n. 85 del 2010; e) delle spese concernenti il conferimento a fondi immobiliari di immobili ricevuti dallo Stato in attuazione del decreto legislativo 28 maggio 2010, n. 85; f) dei pagamenti effettuati in favore degli enti locali soggetti al patto di stabilità interno a valere sui residui passivi di parte corrente, a fronte di	

corrispondenti residui attivi degli enti locali. Ai fini del calcolo della media 2007-2009 in termini di cassa si assume che i pagamenti in conto residui a favore degli enti locali risultanti nei consuntivi delle regioni per gli anni 2007 e 2008 corrispondano agli incassi in conto residui attivi degli enti locali; g) delle spese concernenti i censimenti previsti dall'articolo 50, comma 3, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nei limiti delle risorse trasferite dall'ISTAT; **g-bis) delle spese finanziate con le risorse di cui ai commi 6, 7 e 38. L'esclusione delle spese di cui al comma 38 opera nel limite di 200 milioni di euro.** (5) (5) Lettera aggiunta dall'*art. 2, comma 33, lett. a), D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10.*	**Il FNPS 2011 nei limiti di 200 milioni di euro è nettizzato dal Patto di Stabilità.**

L. 26 febbraio 2011, n. 10

Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225*, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie.

Milleproroghe – Settore Sanita'

TESTO - DISPOSIZIONI IN AMBITO SANITARIO:	ASPETTI ATTUATIVI E OSSERVAZIONI
Art. 1 comma 1: E' fissato al 31 marzo 2011 il termine di scadenza dei termini e dei regimi giuridici indicati nella tabella 1 allegata con scadenza in data anteriore al 15 marzo 2011 **(Intramoenia: Fonte normativa – tabella 1**: art.1 comma 2 della legge 3 agosto 2009, n.120); **(Pay back farmaceutico: Fonte normativa – tabella 1:** art. 9, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31; articolo 64, comma 1, della legge 23 luglio 2009, n. 99). **(Normativa antisismica: Fonti normative: Tabella 1:** articolo 20, comma 5, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni dalla legge ((28 febbraio 2008)), n. 31, comprese anche le disposizioni relative alle dighe di ritenuta di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 79, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2004, n. 139). **Art. 1 comma 2:** Con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposta l'ulteriore proroga fino al 31 dicembre 2011 del termine del 31 marzo 2011 di cui al comma 1 ovvero la proroga fino al 31 dicembre 2011 degli ulteriori termini e regimi giuridici indicati nella tabella 1.	**La proroga al 31 marzo 2011** si riferisce a: - **Intramoenia**: la possibilità per i medici pubblici di esercitare la libera professione intramoenia allargata è prorogata di due mesi. - **Pay back farmaceutico**: la 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 è prorogata di due mesi. - **Normativa antisismica** La disposizione non accoglie totalmente la proposta delle Regioni che ne prevedeva l'applicazione a tutte le "classi di ospedali". **Con DPCM del 25 marzo 2011 sono stati prorogati i termini relativi all'intramoenia e al Pay back farmaceutico.** L'ulteriore proroga per l'intramoenia è determinata dalla necessità di portare a compimento tutte le modalità di esercizio dell'attività libero – professionale intramuraria poste a carico delle Regioni e Province autonome, anche a seguito dell'Accordo Stato- Regioni del 18 novembre 2010. Permane la necessità di prorogare le disposizioni in materia di pay back sul prezzo dei farmaci, sia per quelli immessi in commercio prima del 31

	dicembre 2006 e sia per quelli immessi successivamente. La proroga permette alle Regioni di ottenere nell'immediato una liquidità finanziaria rispetto al verificarsi dei consumi.
Art. 2 comma 1: **omissis** Le risorse complessive destinate alla liquidazione della quota del 5 per mille nell'anno 2011 sono quantificate nell'importo di euro 400.000.000; a valere su tale importo, una quota ((fino a **100 milioni di euro**)) e' destinata ad interventi in tema di sclerosi amiotrofica per ricerca e assistenza domiciliare dei malati. **omissis**	**Per l'assistenza ai malati di Sclerosi laterale amiotrofica potranno essere assegnate risorse fino a 100 milioni.**
Art. 2 comma 1-quinquies: Il termine di cui all'articolo 15, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, e' prorogato al 30 aprile 2011. Fatte salve le disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, nonché le disposizioni di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, tutte le strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita inviano i dati richiesti al Ministero della salute, che cura il successivo inoltro, nell'ambito delle rispettive competenze, all'Istituto superiore di sanità e al Centro nazionale trapianti. Con decreto del Ministero della salute, di natura non regolamentare, sono disciplinate le modalità di comunicazione dei dati di cui al presente comma da parte delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ai fini del successivo inoltro, sia in forma aggregata che disaggregata, rispettivamente all'Istituto superiore di sanità e al Centro nazionale trapianti. **omissis**	Viene **prorogato al 30 aprile 2011 il termine entro cui l'ISS predispone la relazione annuale per il Ministro della Salute in tema di procreazione assistita in base ai dati raccolti sull'attività delle strutture autorizzate.** Le strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita dovranno inviare i dati richiesti al Ministero della Salute che curerà il successivo inoltro, nell'ambito delle rispettive competenze, all'ISS e al Centro nazionale trapianti.
Art. 2 comma 1-sexies: **omissis** Il Ministro della salute, con propri decreti da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto: a) istituisce l'elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale, affidandone la tenuta al Centro nazionale sangue, per lo	**Disposizioni nel settore trasfusionale:** **elenco nazionale dei valutatori**

svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261; b) definisce, ai fini dell'emanazione del decreto ministeriale previsto dall'articolo 40, comma 4, della citata legge n. 96 del 2010, le modalità per la presentazione da parte degli interessati e per la valutazione, da parte dell'Agenzia italiana del farmaco, delle istanze volte a ottenere l'inserimento fra i centri e le aziende autorizzati alla stipula delle convenzioni; c) disciplina, nelle more della compiuta attuazione di quanto previsto dal citato Accordo del 16 dicembre 2010, che comunque dovrà avvenire entro il 31 dicembre 2014, le modalità attraverso le quali l'Agenzia italiana del farmaco assicura l'immissione in commercio dei medicinali emoderivati prodotti da plasma raccolto sul territorio nazionale nonché l'esportazione del medesimo per la lavorazione in Paesi comunitari e l'Istituto superiore di sanità assicura il relativo controllo di stato.	
Art. 2 comma 2 – duodecies: Con il decreto di cui all'articolo 1, comma 40, quinto periodo, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, si provvede all'assegnazione di un contributo di euro 200.000 per l'anno 2011 a favore dell'associazione Alleanza degli ospedali italiani nel mondo. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione della dotazione finanziaria di cui all'articolo 1, comma 40, quarto periodo, della legge 13 dicembre 2010, n. 220.	Si prevede **un contributo di 200 mila euro per il 2011 a favore dell'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo.**
Art. 2 comma 12-octies. Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' autorizzato a sottoscrivere, con le Regioni sottoposte ai piani di rientro ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, accordi di programma, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, per il finanziamento successivo di interventi già realizzati dalle regioni con oneri a carico del fondo sanitario corrente. I citati accordi sono sottoscrivibili a condizione che gli interventi suddetti risultino coerenti con la complessiva	**Accordi di programma per Regioni con Piani di rientro** Previsione di sottoscrivere da parte del Ministero della Salute di concerto con Economia con le Regioni sottoposte ai piani di rientro 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.

programmazione degli interventi di edilizia sanitaria nelle regioni interessate, come ridefinita in attuazione dei rispettivi piani di rientro ed in coerenza con l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, per la definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità	
Art. 2 comma 16 – sexies: Le risorse di cui all'articolo 1, comma 11, del decreto-legge 23 ottobre 2008, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2008, n. 201, non utilizzate al 31 dicembre 2010 sono mantenute in bilancio nell'esercizio 2011 nel limite di euro 120 milioni. A tal fine le risorse di cui al precedente periodo sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere integralmente destinate ad incrementare, nell'anno 2011, la dotazione finanziaria di cui all'articolo 1, comma 40, quarto periodo, della legge 13 dicembre 2010, n. 220. Conseguentemente, per le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici nonché per la promozione di attività sportive, culturali e sociali, ivi previste, e' destinata, per l'anno 2011, una quota non inferiore a 40 milioni di euro. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente utilizzo, per euro 120 milioni per l'anno 2011 in termini di sola cassa, del fondo di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189.	**Viene destinata una cifra pari ad almeno 40 milioni di euro delle attività di ricerca, di assistenza e cura dei malati oncologici, nonché della promozione di attività sportive, culturali e sociali.**
Art. 2 comma 33: All'articolo 1 della legge 13 dicembre 2010, n. 220, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 129, dopo la lettera g), e' inserita la seguente: «g-bis) delle spese finanziate con le risorse di cui ai commi 6, 7 e 38. L'esclusione delle spese di cui al comma 38 opera nel limite di 200 milioni di euro»; **omissis**	**Il FNPS 2011 nei limiti di 200 milioni di euro è nettizzato dal Patto di Stabilità.**
Art. 2 comma 35: All'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole: «strutture private» sono inserite le seguenti: «ospedaliere e ambulatoriali» e dopo le parole: «decreto legislativo n. 502 del 1992;» sono inserite le seguenti: «le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1°	**Proroga accreditamenti** **Si proroga di due anni – fissando al primo gennaio 2013 - il termine della cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture socio sanitarie private e degli stabilimenti termali.**

gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992».	
Art. 2 comma 36: All'articolo 11, comma 6, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122, al secondo periodo, le parole: «fermo restando quanto previsto all'articolo 48, comma 32, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326» sono sostituite dalle seguenti: «rispetto a quanto già previsto dalla vigente normativa».	**Farmaceutica** La disposizione consente **l'applicazione dello sconto dell'1,82% a favore del servizio sanitario regionale su tutti i medicinali erogati dalle farmacie in regime convenzionale.**
Art.2 comma 12-septies: All'articolo 11, comma 6, secondo periodo, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, alle parole: « Il Servizio sanitario nazionale » sono premesse le seguenti: « A decorrere dal 31 maggio 2010 ». Fermo quanto previsto dal primo periodo del presente comma, entro il 30 aprile 2011 le aziende farmaceutiche corrispondono l'importo previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11, comma 6, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, anche in relazione ai farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale nel periodo compreso tra la data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 78 del 2010 e la legge di conversione del medesimo decreto; l'importo e' versato all'entrata del bilancio dello Stato secondo le modalità stabilite con determinazione del Ministero dell'economia e delle finanze.	**Farmaceutica** Parziale accoglimento dell'emendamento che consente 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. (Danno stimato per le Regioni nella situazione di mancata applicazione degli effetti durante la vigenza del D. L. 70 milioni di euro; con il parziale accoglimento dell'emendamento delle Regioni se ne recuperano 35. Infatti si prevede che l'importo corrisposto dalle aziende farmaceutiche, pari a 35 milioni di euro e relativo al periodo dall'entrata in vigore del decreto alla legge di conversione, è versato al Bilancio dello Stato, con modalità stabilite dal MEF.
Art.2 comma 38: L'importo di 70 milioni di euro accantonato, in relazione agli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 207 del 7 giugno 2010, in sede di riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010 in applicazione dell'articolo 11, comma 5, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, corrispondente all'ammontare delle risorse da destinare alla copertura degli oneri	**Risorse accantonate per visite fiscali** I 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, sono assegnati alle Regioni.

connessi agli accertamenti medico-legali disposti dalle Amministrazioni pubbliche per i dipendenti assenti dal servizio per malattia, viene attribuito alle Regioni dal Ministero della salute sulla base dei criteri individuati, in sede di comitato costituito ai sensi dell'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, previa valutazione congiunta degli effetti della predetta sentenza sugli oneri per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali.	
Art. 2 comma 46: 46. Al fine di acquisire i necessari elementi di valutazione per la successiva proroga del programma «carta acquisti», di cui al comma 32 dell'articolo 81 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, nonche' per favorire la diffusione della carta acquisti tra le fasce di popolazione in condizione di maggiore bisogno, e' avviata una sperimentazione in favore degli enti caritativi operanti nei comuni con piu' di 250.000 abitanti. **Art. 2 comma 47:** Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabilite: a) le modalita' di selezione degli enti caritativi destinatari delle carte acquisti e i criteri di attribuzione di quote del totale di carte disponibili per la sperimentazione, avuto riguardo alla natura no profit degli enti e alle loro finalita' statutarie, alla diffusione dei servizi e delle strutture gestiti per il soddisfacimento delle esigenze alimentari delle persone in condizione di bisogno, al numero medio di persone che fanno riferimento ai servizi e alle strutture, al numero di giornate in cui il servizio e' prestato; b) le caratteristiche delle persone in condizione di bisogno alle quali gli enti caritativi si impegnano a rilasciare le carte acquisti di cui sono titolari per il successivo utilizzo, tenuto conto dell'indicatore della situazione economica equivalente, di cui al decreto legislativo 31 marzo	**Art. 2 commi 46, 47, 48**: Con il Decreto Mille proroghe il Governo rilancia la "carta acquisti", una normale carta di pagamento elettronico prepagata utilizzabile per soddisfare esigenze di natura alimentare, energetiche e sanitarie dei cittadini più poveri. Tale misura viene riproposta attivando una sperimentazione della durata di un anno, finanziata con 50 milioni di euro da far gestire non agli enti locali, ma ad "Enti benefici" da individuare. Con DM saranno stabiliti previsti specifici requisiti riguardanti (comma 2): - le modalità di selezione degli enti caritativi destinatari; - le caratteristiche delle persone bisognose; - le modalità di rendicontazione dell'utilizzo delle carte e le caratteristiche dei progetti individuali di presa in carico da parte dell'ente caritativo per il superamento della condizione di bisogno; - le modalità di adesione dei comuni.

1998, n. 109; c) le modalita' di rendicontazione sull'utilizzo delle carte acquisti e le caratteristiche dei progetti individuali di presa in carico da parte dell'ente caritativo per il superamento della condizione di poverta', emarginazione ed esclusione sociale della persona in condizione di bisogno; d) le modalita' di adesione dei comuni sul cui territorio e' attivata la sperimentazione, finalizzata all'identificazione degli enti caritativi operanti nel proprio ambito territoriale, all'integrazione con gli interventi di cui il comune e' titolare, all'eventuale incremento del beneficio connesso alla carta acquisti mediante versamenti al Fondo di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, allo scambio di informazioni sui beneficiari degli interventi di contrasto alla poverta'. **Art. 2 comma 48:** La sperimentazione ha durata di dodici mesi a decorrere dalla data di concessione delle carte acquisti agli enti caritativi selezionati ai sensi del comma 47. Per le risorse necessarie alla sperimentazione si provvede a valere sul Fondo di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, nel limite massimo di 50 milioni di euro, che viene corrispondentemente ridotto.	

Il Documento di proposte emendative delle Regioni è stato approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 20 gennaio 2011.
Nel testo coordinato non è presente l'emendamento formulato dalle Regioni in materia di sicurezza antincendio.

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	
								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

NOTE:

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.

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.

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)

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).

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)

Patto per la salute 2010-2012-Intesa Conferenza Stato - Regioni 3 dicembre 2009					
	2009	2010	2011	2012	
Art. 2 comma 67 L.191/2009 (incremento livello finanziamento SSN)*		584	419		
Patto per la salute 2010-2012- art. 2 comma 67 L.191/2009 - risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale		466	466		
Misure da adottarsi entro il 2010 (art. 2 comma 67 L.191/2009)		550	834		
Totale misure previste dal Patto per la Salute		1.600	1.719		
Art. 2 comma 67 L.191/2009 (per il 2012 incremento del 2,8% rispetto al 2011)					
Livello complessivo di finanziamento	103.348	106.164	108.603	111.644	(+ 2,8% rispetto al 2011)
Livello delle risorse finanziarie effettive da ripartire	103.348	105.148	107.303		
D.L. 31 Maggio 2010 n.78 - Convertito in Legge 122/2010					
Art. 9 comma 16 L.122/2010 (Riduzione livello finanziamento SSN)			- 418	- 1.132	
Art. 11 comma 5 L. 122/2010 **		250			Di cui 230 ripartiti con intesa del 18/11/2010 e 20 accantonati per le visite fiscali
		- 300	- 600	- 600	
Livello complessivo di finanziamento		105.398	106.285	111.644	
Legge 13 dicembre 2010 n. 220 - Legge di stabilità 2011					
art. 1 comma 49 L. 220/2010 - Legge di stabilità ***			347,5		Rimangono 486,5 mil rispetto agli 834 previsti dal Patto per la Salute 2010-2012
Totale da ripartire per il 2011			106.633		
L. n. 244/2007 art. 2 comma 283 e DPCM 1.04.2008 Finanziamento medicina penitenziaria	162,80	167,80	167,80	167,80	

NOTE:*Per l'anno 2010 i 584 milioni previsti dall'articolo 2, comma 67, della Legge 191 del 2009, ad incremento del livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale anno 2010, sono ripartiti con intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

** **Per l'anno 2010**: dei 550 mil previsti dal Patto per la salute 2010-2012 ad integrazione del finanziamento del SSN per l'anno 2010, 300 mil concorrono ad economie di spese nel settore farmaceutico per l'anno 2010, mentre i restanti 250 mil, ripartiti con intesa Stato-Regioni del 18/11/2010, sono posti ad integrazione del livello di finanziamento del SSN. Su 250 mil, 20 mil rimangono accantonati per le visite fiscali. L'effettivo incremento del livello di finanziamento delle risorse del SSN per l'anno 2010 è quindi pari a 230 mil. **La Legge n.10/2011 c.d. Milleproroghe, ha assegnato alle Regioni i 70 milioni di euro accantonati per le visite fiscali per l'anno 2010.**

*** **Per l'anno 2011**: Rimangono 486,5 mil rispetto agli 834 che andavano ripartiti nel 2011 ai sensi dell'art. 2 comma 67 L.191/2009, così come previsto dal Patto per la Salute 2010-2012.