Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti – Politiche della Salute

Scheda sul Patto per la Salute 2010 – 2012

L'Intesa Stato - Regioni sottoscritta il 3 dicembre 2009 per il nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012, confermando l'Accordo raggiunto il 23 ottobre scorso da Governo e Conferenza delle Regioni, supera formalmente le ultime resistenze dell'Esecutivo a riconoscere un finanziamento adeguato al Servizio Sanitario Nazionale, sia per la parte corrente che per gli investimenti.

Il Finanziamento

Per applicare il Patto, ora, dovrà essere emendata la Legge Finanziaria, stanziando le risorse concordate destinate nel triennio al **Fondo Sanitario corrente:** 106.164 per il 2010, 108.603 per il 2011 e 111.544 per il 2012 (oltre sei miliardi in più rispetto alle previsioni del Governo). E' importante aver confermato, come nel Patto precedente, una stabilità triennale del finanziamento

Anche per gli investimenti è' previsto un incremento che porta da 23 a 24 i miliardi il fondo (ex articolo 20 Legge 67/88) e sono stati incrementati di 2 miliardi nel biennio i fondi per l'**edilizia sanitaria**, con una conseguente disponibilità complessiva di 5,7 miliardi per **investimenti.**

In piena crisi economico finanziaria la scelta è utile anche in funzione anticiclica. La stima per adeguare il finanziamento in sanità rimane però un tema delicatissimo e non ancora del tutto risolto, tanto più perché spetta alle singole regioni coprire la differenza tra la quota che ricevono dal fondo nazionale e la spesa reale.

Importante è anche il ripristino del finanziamento dei 400 milioni del fondo sociale per la **Non Autosufficienza**, che il Governo aveva cancellato. Tuttavia l'entità del fondo è ancora insufficiente per rispondere alla crescente domanda di assistenza verso le persone non autosufficienti, i cui costi sociali ed economici si scaricano oggi sulle famiglie e sullo stesso sistema sanitario.

Prevista anche la possibilità di utilizzare parte dei **fondi FAS e PAR** tra le misure a copertura del debito, qui occorre che tale eventuale scelta sia gestita con attenzione, per non sottrarre risorse allo sviluppo sociale ed economico.

Valutare la qualità dell'assistenza e non solo i bilanci

Forse, l'aspetto più significativo del nuovo Patto è il tentativo di superare l'attuale approccio, prevalentemente di tipo ragionieristico, per valutare la "virtuosità" o la "difficoltà"delle regioni nel garantire l'assistenza sanitaria. In particolare è prevista una nuova Struttura tecnica per il monitoraggio dei Servizi sanitari regionali, che farà capo alla Conferenza Stato Regioni, e **l'aggiornamento delle regole e del set di indicatori per misurare gli adempimenti delle Regioni,** collegando il controllo sui bilanci a quello sui LEA.

L'obiettivo è quello di misurare finalmente i risultati sulla qualità dell'assistenza assicurata ai cittadini e non solo quelli, altrettanto importanti, di tipo economico finanziario. Per essere "virtuosi", non basterà più raggiungere l'equilibrio di bilancio ma dovrà essere garantita "*l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia ed efficienza*". Dovrà essere una nuova Intesa Stato Regioni a stabilire questo nuovo sistema di valutazione.

Intanto, però, resta in vigore l'attuale sistema di verifica dei comportamenti regionali, che è ancora squilibrato: con una preponderanza degli adempimenti riferiti agli aspetti di ordine economico finanziario. Non è dunque riuscito il tentativo di assegnare, da subito, pari importanza alla verifica sui LEA.

Per questo insistiamo perché si definisca rapidamente il nuovo sistema, anche in vista del passaggio al federalismo fiscale.

Alcune preoccupazioni

Il Patto contiene anche previsioni relative al personale del SSN, che, per quanto ci riguarda, non devono tradursi in misure che producano risparmi penalizzando l'assistenza o le condizioni di lavoro. In ogni caso, è evidente che questa materia dovrà essere oggetto di una contrattazione con le Organizzazioni Sindacali interessate.

E' preoccupante l'inasprimento dei vincoli e delle misure economico finanziarie per i piani di rientro delle regioni in difficoltà, in particolare il blocco del turn over del personale e la possibilità di ulteriori nuovi ticket Anche perché non sono previsti interventi per "sostenere" i processi di riorganizzazione, senza i quali le misure, anche le più rigorose, sono inutili. E' importante tuttavia sia stata prevista la possibilità di utilizzare misure alternative agli inasprimenti fiscali e al blocco del turn over.

Infatti l'esperienza delle regioni più virtuose, al contrario di quelle con gravi disavanzi, dimostra che il vero risanamento non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con una coraggiosa riorganizzazione dei servizi sanitari.

Per questo intendiamo ora seguire l'attuazione del Patto, sia negli impegni assunti per la dimensione nazionale (a partire dallo sblocco del DPCM per la revisione dei LEA), che per quelli riferiti alle singole regioni.

Stefano Cecconi

Roma, 15.12.2009

Scheda CGIL Patto per la Salute 2010 – 2012

TESTO DELL'INTESA STATO - REGIONI 3 dicembre 2009	Illustrazione e commento
Nell'odierna seduta del 3 dicembre 2009: **…OMISSIS …** **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:**	**vedi nelle pagine seguenti il commento per ciascun articolo dell'Intesa**

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

1. AI 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 1

Comma 1) livello standard del **finanziamento** cui concorre ordinariamente lo Stato (vedi Tabella 1). Spetta poi alle regioni assicurare l'equilibrio economico.

Commi 2 e 3) Lo Stato assicura, rispetto al finanziamento previsto dalla legislazione vigente, **risorse aggiuntive**:

- 1.600 milioni per il 2010
- 1.719 milioni per il 2011
- + 2.8% rispetto al 2011 per il 2012

Tabella 1 *	**Anno 2010**	**Anno 2011**	**Anno 2012**
Finanziamento a Legislazione vigente	104.614	106.934	///////
risorse aggiuntive	1.600	1.719	+ 2,8% sul 2011
per "Bambino Gesù	-50	-50	-50
TOTALE FINANZIAMENTO	**106.164**	**108.603**	**111.544**

*Fonte: **sito Conferenza Regioni e PP.AA**

Bisogna poi aggiungere il finanziamento per l'ex sanità penitenziaria ora nel SSN (dal 2010 167,8 milioni)

Comma 4)

Le risorse aggiuntive derivano:

a) Riconoscimento incrementi rinnovo contratti, pari all'indennità di vacanza contrattuale con economie (466 milioni annui)
b) dal bilancio dello Stato (584 milioni per il 2010 e 419 milioni per il 2011)
c) da ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010.

Comma 5)

Lo Stato si impegna a garantire nel 2010 ulteriori risorse in caso di rinnovi contrattuali.

comma 6)

Eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario rimangono alle regioni stesse.

Comma 7) Sono le risorse destinate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale

Comma 8)

Ulteriori finanziamenti investimenti per **edilizia sanitaria** ex art. 20 Legge 67/88:

- Il fondo passa da 23 a 24 miliardi, il miliardo di incremento va in specie alle regioni "virtuose" (che hanno esaurito i fondi grazie a progetti approvati (con accordi).
- Possibilità di utilizzare le risorse regionali Fondi FAS anche per l'edilizia sanitaria.
- nel bilancio 2010-2012 previste risorse aggiuntive per **investimenti** (sempre ex art. 20 Legge 67/88) di 4,7 miliardi (disponibilità totale quindi: 5.889 milioni);

	N.B. *L'accordo Governo Regioni del 23.10.09 che precede il Patto ha previsto anche:* • *Per il 2010: il rifinanziamento con 400 milioni del Fondo **Non Autosufficienza** (è spesa sociale non sanitaria) che era stato cancellato dal Governo. Un incremento di 30 milioni il Fondo nazionale per le **Politiche Sociali**.*

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.	**<u>Articolo 2</u>** <u>Comma 1)</u> Previsto un **nuovo sistema di monitoraggio e (auto) valutazione delle Regioni** sullo stato dei servizi sanitari regionali, che sarà proposto e poi condotto da una "Struttura tecnica di monitoraggio" *(novità),* quale supporto della Conferenza Stato Regioni (vedi poi articolo 3). Lettere a-i) Individuati i Settori strategici per qualificare i Servizi Sanitari Regionali (SSR) <u>Comma 2)</u> Il monitoraggio e la valutazione dei SSR saranno condotti in base ad una serie di **indicatori di efficienza ed appropriatezza,** alcuni già individuati qui nel comma 2 e negli Allegati (1,2, 3); si considerano come standard "virtuosi" quelli riferiti alle "regioni in equilibrio economico (*vedi comma 3)". <u>Comma 3)</u> *Tuttavia **non basta il pareggio di bilancio per essere "virtuosi**" e quindi diventare "standard": infatti, saranno considerate 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 Stato Regioni *Di fatto tutto è rinviato alla nuova Intesa Stato Regioni* <u>Comma 4)</u> Tali indicatori e standard di "virtuosità" non sono ancora vincolanti per l'attuazione della legge 42 sul federalismo fiscale, né come adempimenti obbligatori per le regioni.

Articolo 3 (Organismi di monitoraggio) 1. Sono confermate le funzioni, previste dall'ordinamento vjgente, 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 awale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e dell' AlFA. 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 3** Comma 1) Sono confermate le funzioni del Tavolo di verifica degli adempimenti delle Regioni e del Comitato di verifica dei LEA Comma 2) E' istituita una nuova **Struttura tecnica di monitoraggio paritetica (Stato - Regioni)** che, avvalendosi di Agenas e Aifa,**:** • sostiene l'autovalutazione regionale e l'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali (art 2 comma 1) • 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 (art 4 comma 2) • valuta i piani di rientro (articolo 13 comma 4 e articolo 14 comma 2) Comma 4) **Saranno definiti nuovi regolamenti per il funzionamento dei tavoli tecnici** (Tavolo Verifica adempimenti e Comitato Lea), che decorrono dalla verifica sui risultati del 2010 (si compie quindi nel 2011). Raccomandata "trasparenza e simmetria informativa" *(che oggi evidentemente è "carente").*

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, peri 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.	**<u>Articolo 4</u>** E' confermato che "*L'importo del FSN assegnato a ciascuna Regione viene erogato per una quota pari al 97%. Il 3%* residuo viene erogato solo dopo che la Regione abbia dimostrato di avere rispettato gli adempimenti previsti."* (Intesa Stato Regioni 23.3.05) *****al 2% per le regioni che nell'ultimo triennio risultano "adempienti" (vedi articolo 18) <u>Comma 1)</u> Sono indicati gli adempimenti: a) confermati quelli Previsti dalla legislazione vigente (sic) b) confermati quelli previsti dalle Intese Stato Regioni (qui citata Intesa 23.3.2005) c) sarà nuovo adempimento un provvedimento di ricognizione sui LEA aggiuntivi e relativi finanziamenti d) saranno nuovi adempimenti quelli previsti dalla presente Intesa. <u>comma 2)</u> **Saranno aggiornati gli strumenti di valutazione e monitoraggio degli adempimenti** *Obiettivo è innovare il sistema di valutazione sugli "adempimenti" che tutte le regioni devono rispettare. Per la Cgil si tratta di collegare finalmente i risultati economico finanziari delle Regioni ai risultati sulla qualità e sull'appropriatezza dell'assistenza offerta ai cittadini, in modo da superare l'attuale approccio, prevalentemente di tipo ragionieristico. <u>La previsione di questo articolo è molto importante</u> ma senza tempi e vincoli certi.*
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 Il 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.	**<u>Articolo 5</u>** Se nella verifica relativa al II trimestre (proiettata su base annua), nella regione **si profila uno squilibrio di bilancio pari o superiore al 5% (o anche inferiore** ma non "bastano" le entrate fiscali o le altre risorse di bilancio per coprirlo) scattano gli obblighi di coprire il disavanzo (previsti dalle norme vigenti: Legge 311/2004 comma 1 art. 174) e in più alcune misure per coprire almeno il 20% dello squilibrio stimato, quali: a) Regressione tariffaria verso privati riabilitazione ospedaliera b) Eventuale incremento tariffe libera professione intramuraria c) ticket *(previsione per Cgil negativa)*

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 il31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il30 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 ultra settantacinquenne. 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 6** Comma 1) Ridotti gli **standard dei posti letto ospedalieri** (privati accreditati e pubblici) al 4/mille abitanti (era al 4,5), di cui posti letto 0,7/mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post acuzie. La riduzione è finalizzata a favorire così il passaggio delle prestazioni in day hospital, ambulatorio e favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. Tempi: entro il 31.12.2010 le regioni con piano di rientro. Entro il 30.6.2011 le altre regioni. Comma 2) Rispetto a tali standard variazione compatibile del 5%. Eventuali nuovi standard con Intesa Stato Regioni, in base al peso della popolazione ultra75enne. Comma 3) Negli standard non è compresa la quota posti letto dedicati ad accogliere pazienti da altre regioni (dati 2008), fino a nuovi Accordi: vedi comma 4) Comma 4) Entro il 30.6.2010 Accordo Stato Regioni per fissare i principi di programmazione dei **posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni**. Comma 5) In attesa nuovo DPCM LEA, **anticipato l'elenco dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza** che le singole regioni devono trasferire dal: - day surgery all'ambulatorio (Allegato A) - dal ricovero ordinario al day hospital o ambulatorio (Allegato B) Previsti ticket regionali sulle prestazioni trasferite negli ambulatori *(previsione per Cgil negativa).*

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 7** comma 1) Prevista Intesa Stato Regioni per revisione normativa sull' **accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie** *(con particolare "riguardo" agli ospedali religiosi classificati)* comma 2) Prorogato al 31.12.2010 il termine per l'accreditamento definitivo delle strutture private operanti nel SSN comma 3) in attesa della revisione normativa, per assicurare l'integrazione pubblico-privato, prevista Intesa Stato Regioni per "indirizzi" sulle relazioni con le istituzioni sanitarie private (coinvolgendole nella programmazione, su politiche per appropriatezza, 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' AlFA 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'AlFA 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, AlFA, AGENAS,) valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AlFA. 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 (AlFA, AGENAS) 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 5tato- Regioni, entro il 31 dicembre 2010.	**Articolo 8** Comma 1) Entro 30 giorni un apposito **Tavolo sulla farmaceutica** (Regioni, Governo, Aifa e Agenas) propone misure organiche per governare farmaceutica (vedi lettere a,b,c,d) comma 2) saranno unificate competenze dei diversi soggetti in materia di prontuario dei **dispositivi medici,** valorizzando funzione AIFA. Entro 31.12.2010 prevista Intesa Stato Regioni, su una proposta avanzata da un apposito Tavolo sui "dispositivi medici" (Ministero Salute, Regioni, Aifa, Agenas) .

Articolo 9 (Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti) 1. AI 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 semiresidenziali, 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 9** Comma 1) a) Previsto uno specifico atto di programmazione integrata per favorire assistenza domiciliare e residenziale per le **persone non autosufficienti** b) La valutazione multidimensionale per l'ammissione alla assistenza è effettuata con gli strumenti già concordati tra Regioni e Ministero Salute e la metodologia adottata dalle singole regioni va trasmessa al Comitato LEA per la verifica. c) Attivati definitivamente i flussi informativi sperimentati relativi all'Assistenza domiciliare e residenziale (per verificare se corrispondono ai valori stabiliti nel modello LA)
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 10** Comma 1) Sarà aggiornato **il provvedimento sugli indicatori di garanzia LEA** *(molto importante perché l'attuale set di indicatori è "debole"; è ancor più importante se diventa coerente con gli indicatori per la verifica degli adempimenti regionali: vedi commento all'articolo 4).* Comma 2) Intanto per la verifica degli adempimenti regionali riferiti ai LEA, resta in vigore l'apposito set di indicatori approvato nel 2007 dal Comitato verifica LEA, che sarà aggiornati annualmente. Comma 3) Sarà monitorato l'andamento dei LEA in relazione alla definizione dei costi standard (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 lemodalità 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 11** Comma 1) Diventa adempimento obbligatorio per le regioni la **certificazione della qualità dei dati contabili** relativi dall'anno 2008 (per le regioni con piani di rientro entro 31.10.2010 per le altre entro 30.6.2011). Per sostenere i costi connessi sono utilizzabili le risorse degli investimenti (art. 20 legge 67/1988). Comma 2) Entro il 31.3.2010, un Decreto dei Ministeri Salute e MEF, con Intesa Stato Regioni, stabilirà le modalità per la certificazioni dei bilanci. Comma 3) Impegno delle Regioni a potenziare le rilevazioni sull'assistenza territoriale *(non è però adempimento obbligatorio)*

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 12** Comma 1) Prorogati al periodo 2010 – 2012 i vincoli per il contenimento della **spesa per il personale** previsti nella legge finanziaria 2007 (Legge 296/2006). Previsti ulteriori misure per il contenimento della spesa per il personale in relazione alla "deospedalizzazione": a) riduzione organici e relativi fondi per la contrattazione integrativa b) parametri standard per individuare le strutture semplici e complesse e per le relative posizioni dirigenziali e di coordinamento (questi standard di riferimento definiti dal Comitato verifica Lea entro 28.2.2010). Comma 2) Le norme si estendono ai protocolli Università Regione. Comma 3) Le previsioni di questo articolo sono adempimenti obbligatori per le regioni (con piano di rientro entro 30.6.2010, le altre regioni entro 31.12.2010) *Le previsioni di questo articolo preoccupano molto e in ogni caso per la Cgil è indispensabile contrattazione con il sindacato di categoria* Comma 4) **Gli adempimenti di questo articolo non valgono per le regioni in 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'AlFA 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	**Articolo 13** Comma 1) L'articolo tratta le **disposizioni per le regioni in disequilibrio economico (Piani di Rientro e Commissariamento)** Comma 2) **In caso di disavanzo sanitario non coperto** all'esito della verifica (che si compie sull'andamento dell'anno precedente: es. nel 2009 si verifica il 2008): - scattano gli attuali meccanismi automatici (misura massima aliquote Irap e Addizionale regionale Irpef) - scatta il blocco automatico del turn over del personale sino al 31 dicembre del secondo anno successivo (es. se disavanzo 2008, blocco fino a 31.12.2010) - scatta il divieto di spese non obbligatorie (anche qui per due anni) Gli atti della regione in violazione sono nulli. Comma 3) **E' disavanzo sanitario uno squilibrio di bilancio del 5%** (prima era del 7%) rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate proprie sanitarie della regione) **oppure inferiore al 5% ma** non "bastano" le entrate fiscali o le altre risorse di bilancio per coprirlo integralmente. In caso di disavanzo non coperto obbligo della regione di presentare (entro il successivo 10 giugno) un **Piano di rientro triennale**. Comma 4) Il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (parere entro 30 giorni) e quindi dalla Conferenza Stato-Regioni (entro 45 giorni) Comma 5) Il piano di rientro è approvato, o respinto, dal Consiglio dei Ministri. Se il Piano è respinto, il Consiglio dei Ministri nomina "**Commissario ad acta**" il Presidente della Regione interessata per fare un nuovo Piano di rientro (entro 30 giorni). Comma 5 lettera a) **Nella regione commissariata,** oltre agli obblighi automatici già previsti (innalzamento aliquote fiscali, blocco turn over, divieto spese non obbligatorie) sono **sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio** (stabiliti con DPCM ad hoc) e, sempre in via

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

automatica, **decadono i direttori** generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente.

Comma 5 lettera b)

Nell'anno della delibera di nomina del Commissario, le aliquote fiscali già scattate obbligatoriamente (vedi comma 6) sono ulteriormente incrementate: Irap di 0,15 punti % e l'addizionale regionale Irpef di 0,30 punti % rispetto al livello delle aliquote vigenti.

Comma 6)

Per regioni con Piano di rientro:

- Conferma obbligo innalzamento automatico aliquote Irap e addizionale regionale Irpef.
- Conferma **possibilità di attenuare l'inasprimento fiscale**: qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi (del piano di rientro) è stato ottenuto con risultati quantitativamente migliori del previsto, la regione può ridurre (l'anno dopo) l'addizionale Irpef e l'aliquota Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.
- **Novità: analoga misura di attenuazione** vale per il blocco del turn over e per il divieto di effettuare spese non obbligatorie

Comma 7)

Le verifiche sui piani di rientro sono trimestrali e annuale (con possibili verifiche straordinarie). I provvedimenti regionali attuativi il piano di rientro sono accessibili a tutti i componenti dei tavoli di verifica (previsti all'art. 3).

Il parere di Ministero Salute e di MEF è esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

Comma 8)

L'approvazione del Piano di rientro e poi la sua attuazione permettono **l'accesso al "maggior finanziamento"** (vedi commento articolo 4) relativo all'anno del disavanzo da coprire e agli anni interessati dal piano di rientro.

L'approvazione del Piano permette alla Regione di ottenere **una tranche del 40% delle quote spettanti** (il "maggior finanziamento" ed eventuali finanziamenti congelati per inadempienze di anni precedenti).

Le restanti somme sono erogate alla regione impegnata nel piano di rientro mano a mano che supera le tappe trimestrali di

presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio -da individuarsi a seguito del OPCM 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 10 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	verifica (con possibilità di alcune deroghe, previste dalle Leggi 189/08 e 2/09, che attenuano le norme altrimenti più rigide del'Intesa Stato Regioni 23.3.05) <u>Comma 9)</u> Prevista la nomina del Presidente della Regione quale "Commissario ad acta" anche **nel caso in cui il Piano di Rientro non raggiunga gli obbiettivi** (esattamente come nel caso, vedi comma 5, in cui il Piano proposto dalla Regione non venga approvato da subito dal Governo) e con gli stessi inasprimenti fiscali <u>Comma 10)</u> Qualora il "Presidente - Commissario ad acta" non rispetti il Piano, il Consiglio dei Ministri adotta tutti i provvedimenti (**poteri sostitutivi previsti dall'art. 120 Costituzione**). In caso di difficoltà del Commissario" il Consiglio dei Ministri nomina uno o più "**Sub Commissari"-** <u>Comma 11)</u> Gli oneri del commissariamento sono a carico della Regione <u>Comma 12)</u> Se alla verifica annuale il Piano di rientro non ha raggiunto gli obbiettivi con conseguente disavanzo, scattano, ulteriori inasprimenti fiscali (+ 0,15% aliquota Irap e + 0,30% addizionale regionali Irpef) oltre a quelli già in essere per effetto del Piano. <u>Comma 13)</u> Possibilità di attenuare alcune misure anche per le regioni con piano di rientro ma non commissariate. <u>Comma 14)</u> Per le regioni che hanno già i piani di rientro e sono già commissariate (al momento della legge attuativa del Patto Salute) resta in vigore la vigente gestione commissariale. Se presentano un nuovo Piano di rientro e questo viene approvato **cessa il commissariamento**. Si applicano comunque gli inasprimenti (fiscali, blocco turn over, ecc) previsti ai commi 2 e da 6 a 12 del presente articolo. <u>Comma 15)</u> <u>Lettera a)</u> Previste leggi statali per **evitare, per 12 mesi, azioni legali esecutive** (compresi pignoramenti) contro le aziende sanitarie e ospedaliere delle regioni impegnate nei piani di rientro.

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.	Lettera b) Possibilità – condizionata - di utilizzare le **risorse FAS per coprire debiti sanitari.** Lettera c) solo per il risultato 2009, l'eventuale **disavanzo** della regione, se il piano di rientro non raggiunge gli obiettivi, **può essere coperto con risorse di bilancio regionale**, se le misure di copertura sono state adottate entro il 31.12.2009 Lettera d) Se alla verifica sul 2009 il Piano di rientro non ha raggiunto gli obbiettivi, con conseguente disavanzo, scattano (come previsto al comma 12), ulteriori inasprimenti fiscali (+ 0,15% aliquota Irap e + 0,30% addizionale regionali Irpef) oltre a quelli già in essere per effetto del Piano. E non sono ammesse "misure equivalenti" per evitare gli inasprimenti (previste dalla Legge 796/2006).

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 a1l'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 14** Previsto il **Piano di rientro anche per motivi diversi dal disavanzo economico finanziario.** Le misure del piano non prevedono inasprimenti fiscali ma misure a sostegno della riorganizzazione dei servizi L'approvazione del Piano da accesso al maggior finanziamento (il 3% del Fondo Sanitario spettante alla regione): 80% subito e restante 20% se attuato. In questo caso le verifiche sono semestrali e annuali. *Con questo articolo si vorrebbe "riequilibrare" gli adempimenti a carico delle regioni dando peso anche al rispetto e all'equilibro dei LEA e non solo ai risultati di bilancio. Tuttavia appare una soluzione ancora debole.* *Infatti resta in vigore l'attuale sistema di verifica dei comportamenti regionali, che è ancora squilibrato: con una preponderanza degli adempimenti riferiti agli aspetti di ordine economico finanziario. Non è dunque questa la soluzione per assegnare pari importanza alla verifica sui LEA.*
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 15** Entro il 30.6.2010 Intesa Stato Regioni per il nuovo **Piano nazionale della Prevenzione 2010 – 2012**. Confermati i 200 milioni euro per 2010 – 2012 destinate al Piano, oltre alle risorse per gli obbiettivi di Piano Sanitario Nazionale

Articolo 16 (Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute) 1. AI 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. AI 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. AI 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. AI 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 16** **Entro 30 giugno 2010 previste quattro Intese Stato Regioni** per il rispetto di alcuni impegni del precedente Patto della Salute, su**:** 1. indirizzi continuità assistenziale 2. qualificazione rete ospedaliera 3. indirizzi per le relazioni con le istituzioni sanitarie private (…) 4. per la Promozione della qualità e del governo clinico
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 17** Entro il 30 giugno 2010 Accordo quadro Stato Regioni per adeguare funzioni e composizione della la **cabina di regia del NSIS** (Nuovo Sistema Informativo Sanitario)
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 18** Comma 1 Conferma norme vigenti per **anticipazioni** (97%), **premialità** (3%) ed eventuali recuperi del finanziamento sanitario alle regioni. Comma 2 *Novità:* per le Regioni adempienti nell'ultimo triennio l'anticipazione del fondo sanitario sale al 98% (vedi anche articolo 4). eventualmente elevabile Comma 3) La quota "premiale" è confermata al 3% del fondo se la regione rispetta gli adempimenti; al 2% per chi li ha rispettati nell'ultimo triennio (vedi articolo 4). Comma 4) In attesa dell'intesa annuale per il riparto del fondo sanitario tra le regioni, l'anticipazione è pari alla cifra definitiva ricevuta da ciascuna regione due anni prima. *Articolo con previsioni "tecniche" utili a ridurre sofferenze di cassa per le regioni, che altrimenti causano debito*

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 19** **Entro tre mesi Accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria**: a) evitare fenomeni distorsivi indotti da scelte regionali "scorrette" (su tariffe, appropriatezza) b) favorire collaborazioni interregionali per organizzazioni su scala ottimale sovra regionale c) facilitare percorsi di qualificazione delle regioni con piani rientro d) meccanismi di controllo dei comportamenti "opportunistici" con definizione di tetti *L'obbiettivo di definire un sistema di regole che riconduca a "livelli fisiologici" la mobilità sanitaria è condivisibile, anche se di non facile attuazione. Oggi la mobilità è indotta, e fortemente condizionata, da fattori che distorcono l'offerta da parte delle singole regioni, con una situazione che penalizza i cittadini e produce forti squilibri assistenziali ed economico finanziari nel paese.*
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.	**Articolo 20** Governo, Regioni e Province autonome si impegnano ad adottare i provvedimenti in attuazione dell'Intesa Le Regioni a statuto speciale e le Province di Trento e Bolzano lo fanno in base ai rispettivi statuti.
IL SEGRETARIO Cons. Ermenegilda Siniscalchi IL PRESIDENTE On. dott. Raffaele Fitto	

Per il testo integrale degli Allegati 1, 2, 3 e A, B

vedi pagine da 27 a 37 dell'Intesa Stato - Regioni del 3 dicembre 2009

Qui si riporta un breve commento

Allegati 1, 2 e 3

In aggiunta a quelli già previsti all'articolo 2 comma 2, negli allegati 1, 2 e 3 vengono elencati alcuni **indicatori di efficienza ed appropriatezza** (colonna a sinistra) con **relativi Standard** (colonna a destra), che saranno utilizzati per il monitoraggio e la valutazione dei SSR.

1) ALLEGATO 1: indicatori "*del rispetto della programmazione nazionale*" ; qui è indicata come standard solo la % di spesa riferita ai singoli macro LEA.
2) ALLEGATO 2: indicatori di "*Costi medi per gruppi di prestazioni omogenee"* con relativo standard riferito al valore medio delle regioni in equilibrio economico
3) ALLEGATO 3: indicatori di "*appropriatezza organizzativa*", con relativo standard riferito al valore medio delle regioni in equilibrio economico

N.B. Sono considerate 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 Stato Regioni. Quindi alle regioni non basta il pareggio di bilancio per essere considerate "virtuose" (e perciò diventare "standard" di riferimento).

Così di fatto tutto è rinviato alla nuova Intesa Stato Regioni *(per il momento è stato "sventato" il tentativo di settori del Governo di "misurare" tutto solo con standard economico finanziari).*

Allegati A e B

Come previsto dall'articolo 6 comma 5, in attesa del nuovo DPCM di revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, viene anticipato l'elenco dei **DRG ad alto rischio di non appropriatezza** con le relative prestazioni da trasferire:

- dal Day surgery all'Ambulatorio (Allegato A)
- dal ricovero ordinario al Day hospital o ambulatorio (Allegato B)

L'elenco è quello già approvato con il DPCM Prodi 2008 (poi ritirato dall'attuale Governo)