

Dossier di Documentazione

**Sanità e Risorse:
il confronto fra le Regioni
dopo la Finanziaria 2006**

*Roma, 9-10 marzo 2006
Sheraton Golf Hotel*

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

INDICE

Introduzione	<i>pag. 1</i>
Quadro sinottico: Disposizioni in materia sanitaria nella Legge Finanziaria 2006	<i>pag. 3</i>
Stralcio Documento di Parere alla Legge Finanziaria 2006	<i>pag. 44</i>
Punti irrinunciabili delle Regioni in merito alla manovra finanziaria 2006	<i>pag. 60</i>
La proposta del Ministro della Salute di riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN anno 2006	<i>pag. 62</i>
Le risorse in Sanità negli ultimi tre anni. Intese in Conferenza Stato-Regioni e Delibere CIPE:	
FSN 2003	<i>pag. 78</i>
FSN 2004	<i>pag. 95</i>
FSN 2005	<i>pag. 107</i>
Accordo ed Intesa sulla ripartizione delle risorse per l'anno 2005 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2003-2005	<i>pag. 137</i>
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<i>pag. 159</i>

INTRODUZIONE

Venezia 2001, Perugia 2002, Fiuggi 2003 e poi Roma - Plaza - 2004 e Sheraton 2005, luoghi che evocano le tappe di un percorso che da un quinquennio porta le Regioni ad affrontare la ripartizione delle risorse per la Sanità e le tematiche e le normative collegate. Siamo quindi giunti alla vigilia di un appuntamento annuale delle Regioni di dibattito sui fondi *per la Sanità*, appuntamento che si svolgerà anche quest'anno a Roma. L'occasione sarà data da una riunione straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Un lavoro che si prospetta come piuttosto impegnativo alla luce delle specifiche, a volte dettagliate, disposizioni legislative della Finanziaria 2006.

Durante l'iter di definizione della manovra Finanziaria 2006, i Presidenti delle Regioni hanno cercato più volte un confronto con il Governo, dando la loro piena disponibilità a discutere insieme un modello di governo della spesa in cui ognuno potesse assumersi le proprie responsabilità, in uno spirito di leale collaborazione istituzionale. Ma è mancato un lavoro di concertazione preventivo che nel settore Sanità resta comunque una priorità di fondo per la tenuta complessiva del "sistema Regioni".

L'incontro di quest'anno della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per trovare l'accordo sulla ripartizione delle risorse nel settore sanitario si presenta, come si è accennato, impegnativo e con molteplici criticità legate proprio al dettato della Legge Finanziaria 2006.

Con diverse dichiarazioni pubbliche esponenti dell'esecutivo hanno sostenuto in diverse sedi che le risorse per la Sanità siano aumentate, portando la dotazione 2006 a **93 miliardi** di euro (89.960 +1000+2000).

Si tratta di una proposizione superficiale che merita un maggiore approfondimento. Va sottolineato che sul piano concreto della ripartizione, **1000 milioni** sono vincolati a criteri e modalità concessivi nonché alla stipula di specifici accordi definiti nello schema di decreto. **2000 milioni** sono invece a titolo di regolazione debitoria - per i disavanzi degli anni 2002, 2003 e 2004 - ripartiti sulla base del numero dei residenti e subordinati all'adozione da parte delle Regioni dei provvedimenti per la copertura del residuo disavanzo a loro carico per i medesimi anni nonché al raggiungimento delle Intese sul Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e del Piano di contenimento delle Liste di attesa. Intese da sancire entro il 31 marzo 2006.

Se si considera inoltre che lo stesso Governo nel DPEF 2006-2009 ha individuato una spesa tendenziale per il 2006 pari a 95.600 milioni di euro, appare netto il taglio delle risorse.

Le **Regioni** hanno evidenziato che, prendendo come base il totale erogato nel 2005 ossia **88 miliardi +1.400** (dei 2000 disposti nominalmente per la copertura dei debiti pregressi, ma in realtà distribuiti per la competenza 2005) e calcolando una percentuale di incremento del 4% che tenga conto dell'aumento dei costi dei LEA e degli accantonamenti dei nuovi contratti, le risorse da attribuire nel 2006 sarebbero dovute ammontare a **93.200**, senza condizioni e subordinazioni. **A tutto ciò va aggiunto** che accanto a tale stima per il 2006, la partita rimasta aperta dell'anno 2004 è di circa 4,5 miliardi di euro.

La Legge Finanziaria ha poi confermato, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo, gli obblighi previsti nell'Intesa del 23 marzo 2005 finalizzati a garantire l'equilibrio economico finanziario e a mantenere i livelli essenziali di assistenza e ha disposto una serie di nuovi adempimenti per le Regioni anche di carattere sanitario, prevedendo, qualora la Regione non adotti tutti i provvedimenti necessari al ripiano dei disavanzi di gestione, l'automatismo nell'applicazione delle leve fiscali.

*Il presente **Dossier di documentazione** contiene le disposizioni in Sanità della Finanziaria 2006 e il dibattito sviluppato dalle Regioni. Sono poi pubblicate le ripartizioni del fondo sanitario negli ultimi anni. Infine il dossier riporta anche le disposizioni normative delle ultime finanziarie e dei provvedimenti più rilevati del settore.*

Recentemente, a seguito dell'incontro fra la delegazione della Conferenza ed il Ministro della Salute avvenuto dopo il varo della Finanziaria, è iniziato un lavoro di confronto con il Ministero sugli Schemi di **Piano Sanitario Nazionale** e di **Piano di contenimento delle liste di attesa** per definire testi condivisi.

Il lavoro della "due giorni" della Conferenza per trovare l'accordo sulle risorse si svolge pertanto in un contesto di concertazione e di vivace dibattito con il Governo con l'obiettivo di trovare soluzioni concrete, operative e specifiche nella programmazione regionale.

L'attività istruttoria - acquisiti sia la proposta di riparto del Ministro sia gli schemi di decreto per l'utilizzo dei 1000 e la ripartizione dei 2000 - affidata alla Commissione Salute che si confronterà con la Commissione Affari Finanziari - sarà alla base di un lavoro sinergico che si articolerà nella Conferenza per trovare con responsabilità un accordo in un contesto finanziario e normativo certamente impegnativo.

LEGGE 23 dicembre 2005, n.266
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2006)
(GU n. 302 del 29-12-2005- Suppl. Ordinario n. 211)

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

Testo finanziaria	Argomento	Provvedimenti attuativi
<p>Art. 1.</p> <p>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 principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione. Limitatamente all'anno 2006, le disposizioni di cui ai commi 139 e 140 non si applicano ai comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti.</p>	<p>Patto di stabilità interno</p> <p>Per l'anno 2006 per le Regioni è previsto un taglio delle spese correnti del 3,8 % rispetto al 2004. Per gli anni 2007 e 2008 il complesso delle spese correnti non può superare le spese dell'anno precedente aumentate, rispettivamente, dello 0,4% e del 2,5%.</p>	
<p>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</p>		

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.		
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:	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.	
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;		
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;		
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.			
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.		
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.	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.		
182. Per le finalità indicate al comma 178, in deroga a 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.	Biennio contrattuale 2004-2005 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 27 maggio 2005.		
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	Limitazioni dei contratti a termine A decorrere dal 2006 per le amministrazioni dello Stato i contratti a tempo determinato e le convenzioni non		

<p>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 60 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.</p>	<p>devono superare il 60% della spesa sostenuta nel 2003.</p>	
<p>188. Per gli enti di ricerca, l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente (ENEA), il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (CNIPA), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale e per gli istituti zooprofilattici sperimentali, sono fatte comunque salve le assunzioni a tempo determinato e la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca e di innovazione tecnologica ovvero di progetti finalizzati al miglioramento di servizi anche didattici per gli studenti, i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del Fondo di finanziamento degli enti o del Fondo di finanziamento ordinario delle università.</p>	<p>Sono comunque fatte salve le assunzioni a termine e le collaborazioni per gli enti di ricerca, per l'Istituto Superiore di Sanità, ISPESL, ASSR, AIFA.</p>	

<p>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 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.</p>	<p align="center">Contenimento degli oneri contrattuali</p> <p>Le spese per il personale delle amministrazioni regionali nonché degli enti del SSN non dovranno superare per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008 l'ammontare registrato nel 2004 diminuito dell'1%.</p>	
<p>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.</p>	<p align="center">Contenimento oneri contrattuali quale ulteriore adempimento al Tavolo della spesa per l'accesso al finanziamento integrativo.</p> <p>Le disposizioni sul contenimento delle spese per il personale costituiscono per gli enti del SSN rafforzamento dell'Intesa del 23 marzo 2005 e vengono valutati nel tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo.</p>	<p align="center">Adempimento aggiuntivo per le Regioni da monitorare nel Tavolo tecnico ex art. 12 Intesa 23 marzo 2005</p>

<p>206. Le disposizioni dei commi da 198 a 205 costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione.</p>	<p>Le disposizioni sul contenimento quali principi fondamentali</p> <p>Le disposizioni sul contenimento costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli artt. 117 terzo comma e 119 secondo comma della Costituzione.</p>	
<p>274. Nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:</p> <p>a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con la citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali;</p> <p>b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.</p>	<p>Conferma obblighi Intesa 23 marzo 2005 ed adempimenti aggiuntivi</p> <p>a) Restano fermi tutti gli obblighi previsti nell'Intesa 23 marzo 2005. In caso di squilibrio economico-finanziario le ASL devono presentare Piani di rientro , pena la decadenza dei loro Direttori Generali.</p>	<p>Adempimenti delle Regioni previsti nell'Intesa 23 marzo 2005</p>
<p>b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.</p>	<p>b) Si confermano gli obblighi previsti dal comma 174 della fin. 2005 sull'adozione dei necessari provvedimenti per le situazioni di disequilibrio e sulla diffida ad adempiere e sul commissario ad acta da parte del Presidente per l'applicazione delle leve fiscali (addizionale Irpef e aliquota Irap).</p>	<p>Provvedimenti già previsti nella Finanziaria 2005 da parte delle Regioni per il ripiano dei disavanzi</p>
<p>275. Fra gli adempimenti regionali indicati all'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono ricompresi i seguenti:</p> <p>a) stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, anche a stralcio degli accordi regionali attuativi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale entrato in</p>	<p>Adempimenti aggiuntivi ai fini accesso finanziamento integrativo.</p> <p>Aggiunge agli obblighi dell'Intesa quello di stipulare entro il 31 marzo Accordi attuativi della nuova convenzione dei medici di medicina generale e dei pediatri per la parte relativa all'indennità di</p>	
		<p>Stipula da parte delle Regioni entro il 31 marzo 2006 di Accordi attuativi della convenzione con i medici di</p>

<p>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;</p>	<p>collaborazione informatica (compilare con mezzi informatici almeno 70% delle ricette per farmaci e richieste specialistiche) ; il riscontro è effettuato con il sistema della tessera sanitaria. In mancanza di tali accordi la Regione sarà considerata inadempiente.</p>	<p>medicina generale e pediatri sulla collaborazione informatica</p>
<p>b) adottare provvedimenti volti, nel caso in cui le medesime regioni deliberino l'erogazione di prestazioni sanitarie esenti ovvero a costo agevolato in funzione della condizione economica dell'assistito, a fare riferimento esclusivo alla situazione reddituale fiscale del nucleo familiare dell'assistito, assumendo come tale quello individuato con il decreto del Ministro della sanità 22 gennaio 1993, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.</p>	<p>b) Se la Regione decide di erogare prestazioni esenti o a costo agevolato in ragione del reddito, si deve fare riferimento al DM Sanità -Economia del 22 gennaio 2003.</p>	<p>Provvedimenti regionali per prestazioni esenti o a costo agevolato che facciano riferimento al DM 22 gennaio 2003</p>

21 del 27 gennaio 1993.	Disposizioni per Tessera sanitaria e rilevazioni dei dati sulle ricette Modifica termini per Tessera sanitaria entro il 31 marzo 2006	
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";		
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.
c) dopo il comma 8 sono inseriti i seguenti:		Decreto Ministro dell'Economia, di concerto con Ministro della Salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni per le modalità erogative
"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		

<p>commi 8-bis e 8-ter e' 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.</p>		
<p>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";</p>		
<p>d) dopo il comma 10 e' 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".</p>		
<p>277. All'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario <i>ad acta</i> entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento all'anno di imposta 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota</p>	<p>Automatismo applicazione leve fiscali E' previsto un automatismo qualora i provvedimenti necessari al ripiano dei disavanzi non vengano adottati entro il 31 maggio dal Commissario-Presidente nella Regione interessata con riferimento all'anno 2006, si applicano comunque le addizionali Irpef e le maggiorazioni Irap nella misura massima consentita.</p>	<p>Provvedimenti delle Regioni da adottarsi per il ripiano del disavanzo di gestione</p>

<p>dell'imposta regionale sulle attività produttive; scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario <i>ad acta</i> non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte».</p>		<p>Decreto del Ministero della Salute di concerto con quello dell'Economia , d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni che definisce criteri e modalità concessive</p> <p>Accordi specifici con Regioni interessate</p>
<p>Incremento 1000 milioni di euro</p> <p>L'incremento di 1000 milioni di euro è vincolato a criteri e modalità concessive definite con decreto interministeriale e stipula di accordi con le Regioni interessate.</p>	<p>Incremento 1000 milioni di euro</p> <p>L'incremento di 1000 milioni di euro è vincolato a criteri e modalità concessive definite con decreto interministeriale e stipula di accordi con le Regioni interessate.</p>	<p>Provvedimenti regionali di copertura del residuo disavanzo</p>
<p>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 a decorrere dall'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 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.</p>	<p>Stanziamiento di 2000 milioni di euro per i disavanzi 2002, 2003 e 2004</p> <p>L'erogazione è subordinata all'adozione dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo a carico della Regione per i medesimi anni</p>	<p>Stanziamiento di 2000 milioni di euro per i disavanzi 2002, 2003 e 2004</p> <p>L'erogazione è subordinata all'adozione dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo a carico della Regione per i medesimi anni</p>
<p>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</p>		

<p>Stato è subordinata all'adozione, da parte delle regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni.</p>	<p>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:</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'elenco delle prestazioni per le quali le Regioni dovranno fissare tempi massimi di attesa entro 90 giorni; - in caso di mancata fissazione dei tempi si applica il regolamento degli standard dei LEA previsto dalla finanziaria 2005; - individuazione delle strutture presso cui è assicurato il rispetto dei tempi e delle misure in caso di superamento dei tempi, senza oneri a carico degli assistiti; - individuazione quota vincolata del PSN alla riduzione dei tempi di attesa e alla realizzazione dei CUP; - attivazione flusso informativo per il monitoraggio delle liste presso il Nuovo SIS; - verifica dell'attuazione del Piano da parte del Comitato permanente sui LEA ex articolo 9 della Intesa 23 marzo 2005. 	<p>Decreto del Ministro della Salute, di concerto con Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni di riparto delle risorse, subordinato alle Intesa in Conferenza Unificata ex art. 8 D. Lgs. 281/97 sullo schema di PSN 2006-2008 ed Intesa tra Stato e Regioni ex art. 8, comma 6, legge n. 131/2003 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa entro 31 marzo 2006.</p>
<p>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</p>			

		<p>singole regioni;</p> <p>b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i 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;</p>
		<p>c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'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;</p>
		<p>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;</p>

e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;		
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.		
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 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.	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 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.	Specifico Accordo o integrazione di accordi già sottoscritti con la Regione interessata
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	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.

<p>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.</p>		
<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute istitutivo della Commissione Predisposizione di linee guida con decreto Ministro della Salute, d'intesa con Conferenza Stato-Regioni.</p>

<p>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 solo trattamento di missione. A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006.</p>		
<p>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.</p>	<p>Sanzioni amministrative</p> <p>Sanzione tra 1000 e 6000 euro in caso di violazione sospensione attività di prenotazione e sanzione per non rispetto tenuta dei registri delle prestazioni fra 5000 e 20.000 euro.</p>	
<p>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 coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel</p>	<p>Destinazione fondi residui ex art. 20 l. 67/88</p> <p>agli interventi sulle strutture per acuti con almeno 250 posti letti e alle lungodegenze con almeno 120 posti letto</p>	

<p>supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997.</p> <p>286. La cessione a titolo di donazione di apparecchiature e altri materiali dismessi da aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e altre organizzazioni similari nazionali a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è promossa e coordinata dall'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo, di seguito denominata «Alleanza». Gli enti del Servizio sanitario nazionale comunicano all'Alleanza, secondo modalità con essa preventivamente definite, le informazioni relative alla disponibilità delle attrezzature sanitarie in questione allegando il parere favorevole della regione interessata.</p>	<p>Donazione apparecchiature usate</p> <p>Apparecchiature e materiali dismessi saranno donati ai PVS tramite attività coordinata da Alleanza per gli ospedali italiani nel mondo che produrrà rapporto biennale per ministero della Salute e Conferenza delle Regioni.</p>	
<p>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 e di Bolzano.</p>		<p>Rapporto biennale sulle attività svolte indirizzato al Ministero della salute e alla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano</p>
<p>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°</p>	<p>Istituzione del SiVeAS</p> <p>Istituzione con decreto interministeriale entro il 31 marzo 2006 del Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria, con poteri ispettivi nelle strutture, di analisi, di monitoraggio, sistemi di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi del SSN.</p>	<p>Decreto del Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni entro 31 marzo 2006 per definire modalità di attuazione</p>

<p>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.</p> <p>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 ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008.</p> <p>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.</p> <p>291. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa</p>		
	<p>Possibilità di avvalersi di collaborazioni di istituti e di esperti in massimo 20 unità. Autorizzazione di spesa per 10 milioni di euro annui per triennio 2006-2008.</p>	Specifiche convenzioni del Ministero per le collaborazioni
	<p>CUD</p> <p>La Commissione unica sui dispositivi medici esercita oltre le previste competenze anche funzioni consultive su ogni questione dei dispositivi medici.</p>	
	<p>Certificazione dei bilanci</p> <p>Definizione dei criteri e delle modalità di certificazione</p>	

<p>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.</p>	<p>dei bilanci delle ASL, delle AO, degli IRCCS, degli Istituti zooprofilattici, delle aziende ospedaliere universitarie con decreto interministeriale entro il 31 marzo 2006.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per definire criteri e modalità di certificazione dei bilanci</p>
<p>292. In coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale:</p>	<p>Rimodulazione dei LEA e Assistenza protesica Il Ministero provvederà a rimodulare le prestazioni comprese nei LEA per aumentare l'attività ambulatoriale e diminuire quella in ricovero ospedaliero.</p>	
<p>a) il Ministero della salute promuove, attraverso le procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, una rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero;</p> <p>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 presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.</p>		<p>DPCM per rimodulare le prestazioni ricomprese nei LEA</p> <p>DPCM integrativo per l'assistenza protesica dei LEA</p> <p>Istituzione di un repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili dal SSN</p>

<p>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.</p>	<p>Con DPCM verranno individuati i servizi offerti in relazione al PSN</p>	<p>DPCM d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per l'individuazione delle tipologie di assistenza ed i servizi relativi alle aree di offerta del PSN</p>
<p>294. I fondi destinati, mediante aperture di credito a favore dei funzionari delegati degli uffici centrali e periferici del Ministero della salute, a servizi e finalità di sanità pubblica nonché al pagamento di emolumenti di qualsiasi tipo comunque dovuti al personale amministrato o di spese per servizi e forniture prestati agli uffici medesimi, non sono soggetti ad esecuzione forzata.</p>	<p>Esecuzione forzata Ne sono esclusi i fondi destinati alla salute pubblica e gli emolumenti dovuti a personale amministrativo per servizi prestati agli uffici stessi.</p>	
<p>295. All'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono apportate le seguenti modificazioni:</p>	<p>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 beni mobili già in uso dal 31 dicembre 2004. Le modalità di versamento saranno definite con decreto interministeriale.</p>	
<p>a) il comma 10 è sostituito dal seguente: «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</p>		

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»;		
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.
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.		Decreto Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia.
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 2006 nel numero di 190 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.	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
298. Al comma 18 dell'articolo 48 del decreto-legge 30		

settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, le parole: «al netto» sono sostituite dalla seguente: «decurtate».			
<p>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 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.</p> <p>300. Al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:</p>	<p>Estensione regime agevolato riduzione delle imposte anche alle Asp</p> <p>Le Regioni possono estendere alle istituzioni succedute alle IPAB, le Asp, il regime agevolato in materia di riduzione o esenzione dalle imposte.</p>		
	<p>Disposizioni sui medici specializzandi</p> <p>I contratti di formazione lavoro degli specializzandi sono trasformati in “contratti di lavoro di formazione specialistica”. Il trattamento economico è costituito da una parte fissa uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile il cui importo è determinato annualmente con DPCM e sempre con DPCM si provvede al riparto fra le Università. Previsto finanziamento aggiuntivo di 70 milioni per il 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2007.</p>	<p>DPCM su proposta del MIUR, di concerto con Min. Salute e con Min. Economia sul trattamento economico</p> <p>DPCM su proposta del MIUR di concerto del Min. Salute e del Min. Economia per ripartizione ed assegnazione risorse alle Università per il finanziamento della formazione</p>	
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			

		<p>Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, la parte variabile non potrà eccedere il 15 per cento di quella fissa»;</p>
		<p>3) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:</p> <p>«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»;</p>
		<p>c) all'articolo 41, il comma 2 è sostituito dal seguente:</p> <p>«2. A decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 26, primo periodo, della 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»;</p>
		<p>d) all'articolo 46, il comma 1 è sostituito dal seguente:</p> <p>«1. Agli oneri recati dal titolo VI del presente decreto legislativo si provvede nei limiti delle risorse previste dall'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, e dall'articolo 1 del decreto-legge 2 aprile 2001,</p>

<p>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»;</p>		
<p>e) all'articolo 46, il comma 2 è sostituito dal seguente:</p> <p>«2. Le disposizioni di cui agli articoli da 37 a 42 si applicano a decorrere dall'anno accademico 2006-2007. I decreti di cui all'articolo 39, commi 3 e 4-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».</p>		
<p>301. I piani di investimento immobiliare sono deliberati dall'INAIL sulla base delle finalità annualmente individuate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti il Ministro della salute e il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Il Ministro della salute, con proprio decreto, individua i singoli interventi di edilizia sanitaria da realizzare in ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale. La realizzazione degli interventi deliberati dall'INAIL è approvata dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nel rispetto delle compatibilità degli obiettivi di finanza pubblica assunti con il patto di stabilità e crescita.</p>	<p>Piano investimento immobiliare INAIL</p> <p>Un decreto interministeriale del Lavoro e delle Politiche sociali, di concerto con Economia e sentiti la Salute e l'istruzione determinano le finalità. Il Ministro della Salute individua con decreto gli interventi da realizzare annualmente in relazione alla programmazione nazionale e regionale.</p>	<p>Decreto Ministro del Lavoro e politiche sociali, di concerto con Ministro dell'Economia, sentito il Ministro della Salute ed il MIUR che individua le finalità dei piani.</p> <p>Decreto del Ministro della Salute che individua i singoli interventi.</p>

<p>302. Per favorire la ricerca oncologica finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, lo Stato destina risorse aggiuntive e promuove un programma straordinario a carattere nazionale per l'anno 2006, comprensivo anche di progetti di innovazione tecnologica e di progetti di collaborazione internazionale.</p>	<p>Ricerca oncologica</p> <p>Vengono destinate risorse aggiuntive per prevenzione, diagnosi e cura e viene promosso un programma straordinario per il 2006.</p>	
<p>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.</p>	<p>Programma e risorse per ricerca oncologica</p> <p>Le linee generali del programma e le modalità di attuazione sono adottate con decreto del ministro della Salute entro il 15 febbraio 2006; per la realizzazione del programma è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro per l'anno 2006.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute per le linee generali del Programma e modalità di attuazione.</p>
<p>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.</p>		
<p>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.</p>	<p>Ricerca finalizzata Sicurezza degli alimenti</p> <p>Riserva di 10 milioni di euro per favorire la ricerca sulla sicurezza alimentare nell'ambito del programma di ricerca sanitaria.</p>	
<p>306. Il comma 467 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è abrogato.</p>		
<p>307. Considerato che i farmaci di automedicazione già</p>	<p>Farmaci di automedicazione</p>	

<p>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».</p>	<p>I farmaci di automedicazione sono esclusi dalla lista delle specialità per le quali devono essere previste le confezioni monodose.</p>	
<p>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.</p>	<p>Distacco di 10 unità presso ASSR per monitoraggio tempi di attesa</p> <p>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.</p>	
<p>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 applica, limitatamente agli anni 2006, 2007 e 2008, l'articolo 6, comma 1, della legge 15 luglio 2002, n. 145.</p>	<p>Organi dell'ASSR</p> <p>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.</p>	

<p>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 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.</p>	<p>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.</p>	
<p>311. Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con</p>	<p>Utilizzazione delle risorse liberate Le risorse rese disponibili verranno utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi e di interventi per le</p>	<p>Decreto Ministro della Salute di concerto con Ministro Economia e Finanze per l'utilizzazione delle risorse.</p>

<p>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.</p> <p>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, 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.</p> <p>313. Per l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 58 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in materia di incentivi per la ricerca farmaceutica, e nel rispetto</p>	<p>strutture da destinare all'intramoenia, per quelle di radioterapia, per gli interventi presso IRCCS , policlinici universitari, ospedali classificati, Izs e Iss.</p>	<p>Decreto Ministro della Salute di concerto Ministro dell'Economia e delle finanze</p>
<p>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</p>		<p>Decreto del Ministro della Salute di concerto con Ministro dell'Economia e delle finanze che individua i criteri generali per la stipula di specifici accordi.</p>
<p>Accordi di programma specifici AIFA – aziende farmaceutiche Con decreto del ministro della Salute di concerto con</p>		

<p>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).</p>	<p>ministro dell'Economia e delle finanze sono individuati i criteri per la stipula di specifici Accordi fra l'Aifa e le aziende farmaceutiche che prevedono l'attribuzione temporanea di un "premium price".</p>	
<p>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 europea; valore ed incremento dell'export e dei relativi certificati di libera vendita nel settore farmaceutico per le materie prime e per i prodotti finiti.</p>	<p>Contenuto degli Accordi</p> <p>Gli Accordi individuano le attività e il piano degli interventi da realizzare in ciascuna azienda farmaceutica.</p>	
<p>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</p>	<p>Entità del premio</p> <p>L'entità del premio non può superare il 10% degli investimenti effettuati dalle aziende che stipulano l'accordo.</p>	

alle imprese destinatarie dell'accordo, nell'ambito di una apposita procedura di negoziazione dei prezzi. Gli accordi individuano, altresì, le procedure ed i soggetti responsabili per il monitoraggio e la verifica dei risultati derivanti dall'attuazione degli interventi programmati.		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	Previsione di un finanziamento aggiuntivo fino ad un massimo di 100 milioni di euro.	
		Decreto del Ministro dell'economia e delle Finanze sentita la Conferenza Stato-Regioni entro il 31 marzo 2006 che definisce i piano graduale per l'erogazione

<p>le modifiche alle specifiche tecniche di cui all'allegato A) del medesimo decreto, al fine di rispettare le quote annuali come determinate ai sensi del comma 320.</p>	<p>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 graduale definito con decreto del Ministro dell'economia e delle Finanze sentita la Conferenza stato regioni entro il 31 marzo 2006.</p>	<p>delle risorse.</p>
<p>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 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.</p>		
<p>321. Alla definitiva determinazione delle aliquote e delle</p>		

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.		
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.		
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. Il comma 2 del citato articolo 6 è abrogato.		
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».		
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:	Destinazioni del 5 per mille dell'IRPEF Fra le finalità c'è anche la ricerca sanitaria.	

<p>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 decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;</p> <p>b) finanziamento della ricerca scientifica e dell'università;</p> <p>c) finanziamento della ricerca sanitaria;</p> <p>d) attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente.</p>		
<p>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 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.</p> <p>353. Sono integralmente deducibili dal reddito del soggetto erogante i fondi trasferiti per il finanziamento</p>	<p>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 Salute, di concerto con Ministro dell'economia sono stabilite le modalità di richiesta, i soggetti e le modalità di riparte delle somme.</p>	<p>Decreto di natura non regolamentare del Presidente del consiglio dei Ministri su proposta del MIUR e del Ministro della Salute, di concerto con Ministro dell'economia .</p>
	<p>Deducibilità dei fondi per finanziare l'attività di ricerca</p>	

<p>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, 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.</p>	<p>Sono integralmente deducibili i fondi per il finanziamento della ricerca.</p>	<p>Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro della salute, ovvero degli enti di ricerca vigilati dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, ivi compresi l'ISS e l'ISPESL, nonché degli enti parco regionali e nazionali che individua le attività di ricerca scientifica.</p>
<p>357. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il fondo per l'innovazione, la crescita e l'occupazione, di seguito denominato «fondo», destinato a finanziare i progetti individuati dal Piano per l'innovazione, la crescita e l'occupazione, elaborato nel quadro del rilancio della Strategia di Lisbona deciso dal Consiglio europeo dei Capi di Stato e di Governo del 16 e 17 giugno 2005, nonché interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario.</p>	<p>Istituzione di un Fondo per l'innovazione, la crescita e l'occupazione</p> <p>Il Fondo è destinato a finanziare i progetti individuati dal Piano per l'occupazione nonché interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario.</p>	
<p>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</p>	<p>Presupposti per la realizzazione dei progetti e degli interventi</p>	

<p>la Commissione europea in termini di compatibilità con gli impegni comunitari in sede di valutazione del programma italiano di stabilità e crescita.</p>			
<p>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.</p>	<p>Riserva del 15% delle risorse agli interventi di adeguamento tecnologico nel settore sanitario</p>	<p>Delibere CIPE su proposta Ministro della Salute per stabilire criteri e modalità di attuazione degli interventi.</p>	
<p>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.</p>	<p>Deroga alla limitazione dei contratti a termine per il personale impiegato sulle emergenze sanitarie</p>		
<p>402. Per garantire lo svolgimento dei compiti connessi alla prevenzione e alla lotta contro l'influenza aviaria e le emergenze connesse alle malattie degli animali, il Ministero della salute è autorizzato a convertire in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale gli incarichi di 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</p>	<p>Conversione in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale degli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per la prevenzione e lotta alla influenza aviaria. Il Ministero della Salute è autorizzato per garantire lo svolgimento dei compiti connessi alla prevenzione e alla lotta contro l'influenza aviaria a convertire in rapporti di lavoro a tempo determinato di durata triennale gli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa.</p>		