

DELIBERA

A valere sulle complessive disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale - parte corrente anno 2005 - ammontanti a 88.195.000.000 di euro, vengono ripartiti i seguenti importi come indicato nella tabella allegata che fa parte integrante della seguente delibera:

- 85.972.930.000 euro, tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, di cui:
 - 32.763.760 euro per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta;
 - 168.353.902 euro per l'ospedale Bambino Gesù;

- 275.000.000 di euro, per concorso alla copertura degli oneri contrattuali per l'anno 2005, per il rinnovo contrattuale 2002-2003, ai sensi dell'art.3, comma 52, della legge n.350/2003, di cui 5.000.000 di euro destinati al contratto del personale degli Istituti zooprofilattici;

- 1.947.070.000 euro, a destinazione vincolata di cui:
 - 6.840.000 euro per la medicina penitenziaria, ai sensi dell'art.2 del decreto interministeriale 10 aprile 2002;
 - 163.200.000 euro per gli Istituti zooprofilattici sperimentali, relativamente al Fondo sanitario nazionale 2005;
 - 116.350.000 euro per la Croce Rossa Italiana;
 - 50.000.000 di euro, ulteriore somma per l'ospedale Bambino Gesù, (già compresa nell'assegnazione alla regione Lazio).

Restano in attesa di puntuali proposte da parte del Ministero della salute, le seguenti somme:

- 1.228.848.000 euro, per i programmi speciali previsti dal Piano sanitario nazionale a norma dell'art.1, commi 34 e 34bis, della legge n.662/1996;
- 381.832.000 euro, per attività a destinazione vincolata.

Roma, 27 maggio 2005

IL SEGRETARIO DEL CIPE
Mario BALDASSARRI

IL PRESIDENTE DELEGATO
Domenico SINISCALCO

REGIONI: FABBISOGNO INDISTINTO

REGIONI	Fabbisogno indistinto 2005	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP stimata	Addizionale IRPEF stimata	Integrazione a norma del d.l.vo 56/2000 (**)	Fondo sanitario nazionale	Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Mobilità sanitaria infraregionale dati provvisori 2003
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8) - (4)+(5)+(6)+(7)	
PIEMONTE	6.622.600.757	167.095.971		2.569.401.355	473.243.034	3.412.860.397		6.455.504.786	-19.524.928
VALLE D'AOSTA	183.550.605	4.341.336	85.082.621	79.679.344	14.447.304			94.126.648	-14.150.040
LOMBARDIA	13.635.521.894	344.688.926		7.787.704.581	1.112.634.929	4.390.493.458		13.290.832.968	406.727.768
BOLZANO	664.568.047	17.089.038	229.823.731	361.726.463	55.928.815			417.655.278	6.494.514
TRENTO	711.905.902	17.328.157	328.996.198	312.687.346	52.894.201			365.581.547	-13.105.529
VENETO	6.807.588.627	187.978.900		3.176.011.023	481.637.741	2.961.960.963		6.619.609.727	112.303.748
FRIULI	1.850.895.236	47.484.584	973.151.588	699.879.070	130.379.994			830.259.064	17.079.059
LIGURIA	2.614.406.650	62.729.872		739.450.494	175.453.738	1.636.772.546		2.551.676.778	-8.508.835
E. ROMAGNA	6.355.808.063	171.955.829		2.905.811.924	474.059.072	2.803.981.238		6.183.852.233	249.814.812
TOSCANA	5.594.453.637	138.369.096		2.017.199.537	359.630.838	3.079.254.166		5.456.084.541	85.247.149
UMBRIA	1.328.254.786	34.031.402		356.231.999	76.108.108	861.883.277		1.294.223.384	35.645.529
MARCHE	2.303.716.309	57.467.177		805.886.710	137.724.094	1.302.638.328		2.246.249.132	-36.191.918
LAZIO	7.764.490.374	162.193.247		3.751.704.291	569.066.152	** 3.331.526.684		7.652.297.127	51.061.484
ABRUZZO	1.948.654.756	41.537.068		450.112.876	107.467.397	1.349.537.415		1.907.117.688	16.227.258
MOLISE	495.074.393	12.952.736		38.620.680	24.111.868	419.389.109		482.121.657	3.462.000
CAMPANIA	7.962.288.536	163.215.831		1.405.523.581	326.369.641	6.067.179.483		7.799.072.705	-263.724.993
PUGLIA	5.753.567.035	113.350.898		1.197.552.210	228.922.062	4.213.741.865		5.640.216.137	-126.872.322
BASILICATA	883.467.532	16.926.354		63.881.184	38.275.411	764.384.583		866.541.178	-55.822.505
CALABRIA	2.917.739.679	47.418.994		173.056.724	126.448.742	2.570.815.219		2.870.320.685	-192.543.808
SICILIA	7.217.363.396	128.084.893	3.067.379.443	1.504.264.511	299.899.803		2.217.734.746	4.021.899.060	-203.927.997
SARDEGNA	2.357.013.786	45.917.138	683.533.998	588.124.214	117.058.808		922.379.628	1.627.562.651	-49.690.446
B. GESU'	-								
A.C.I.S.M.O.M.	-								
TOTALI	85.972.930.000	1.982.157.447	5.367.967.579	30.984.510.117	5.381.761.752	39.166.418.731	3.140.114.374	78.672.804.974	0
ENTRATE REGIONALI (*)		1.982.157.447	5.367.967.579					*	7.350.125.026
CONTRATTO						275.000.000			275.000.000
MED. PENITENZ.							6.840.000		6.840.000
IZS							163.200.000		163.200.000
CRI							116.350.000		116.350.000
Altre Vincolate e altri Enti							1.610.680.000		1.610.680.000
TOTALE FABBISOGNO	88.195.000.000					39.441.418.731	5.037.184.374	88.195.000.000	

(*) Somma colonne (2) e (3)

(**) Compresi 50 mln per Lazio (ospedale Bambino Gesù) - Importi indicati in via provvisoria (a copertura integrale) in attesa della revisione dell'art. 7 del d.l.vo 56/2000 all'art. 4 - d.l.131/2004

REGIONI	REGIONI: FABBISOGNO INDISTINTO				REGIONI: VINCOLATE			ALTRI ENTI		
	Mobilità sanitaria per il BAMBINO GESU' stima 2004	Mobilità sanitaria per ACISMOM stima 2004	Mobilità sanitaria totale	Disponibilità di cassa (con mobilità)	Contratto	Contratto per IZS	Medicina penitenziaria	Totale per cassa alle regioni	Finanziamento I.Z.S.	Croce Rossa Italiana
	(9)	(9)	(10) = (8)+(9)	(11)	(12)	(13)	(14)=(10)+(11)+(12)+(13)			
PIEMONTE	-202.465	-848	-19.728.241	6.435.776.545	25.174.589	501.500	853.000	6.462.305.634	16.133.640	
VALLE D'AOSTA	-664	0	-14.150.704	79.975.944	-	-	44.000	80.019.944	-	
LOMBARDIA	-277.885	-240.551	406.209.332	13.697.042.300	46.913.720	1.245.500	820.000	13.746.021.520	33.948.274	
BOLZANO	-16.944	0	6.477.570	424.132.848	-	-	38.000	424.170.848	-	
TRENTO	-21.425	0	-13.126.954	352.454.593	-	-	48.000	352.502.593	-	
VENETO	-164.947	-31.424	112.107.377	6.731.717.104	24.949.313	675.000	363.000	6.757.704.417	19.744.870	
FRUII	-33.336	-71	17.045.652	847.304.716	-	-	160.000	847.464.716	-	
FIGURJA	-423.106	-307.830	-9.239.771	2.542.437.007	11.207.479	-	307.000	2.553.951.486	-	
E. ROMAGNA	-256.803	-872	249.557.137	6.433.409.370	23.794.774	-	510.000	6.457.714.144	-	
TOSCANA	-811.882	-57.611	84.377.656	5.540.462.197	21.288.579	-	391.000	5.562.141.776	-	
UMBRIA	-3.580.567	-54.797	32.010.165	1.326.233.549	4.899.752	393.500	111.000	1.331.637.801	12.324.940	
MARCHE	-542.038	-59.614	-36.793.570	2.209.455.562	8.388.646	-	106.000	2.218.150.208	-	
LAZIO	-129.990.598	-25.259.528	-104.188.642	7.548.108.485	22.471.278	551.500	782.000	7.571.913.263	16.797.773	
ABRUZZO	-3.846.388	-339.062	12.041.808	1.919.159.496	6.899.077	437.500	212.000	1.926.708.073	12.639.683	
MOIISE	-1.985.314	-32.473	1.444.213	483.565.870	1.633.251	-	45.000	485.244.121	-	
CAMPANIA	-8.961.510	-4.882.757	-277.569.260	7.521.503.445	23.175.265	214.000	507.000	7.545.399.710	12.659.201	
PUGLIA	-5.771.963	-715.869	-133.360.154	5.506.855.983	17.627.844	264.500	551.000	5.525.299.327	11.917.916	
BASILICATA	-2.100.743	-136.494	-58.059.742	808.481.436	2.618.833	-	53.000	811.153.269	-	
CALABRIA	-4.956.261	-169.851	-197.669.920	2.672.650.765	10.165.578	-	190.000	2.683.006.343	-	
SICILIA	-3.112.038	-329.260	-207.369.295	3.814.529.765	12.014.249	360.500	434.000	3.827.338.514	13.663.302	
SARDEGNA	-1.297.025	-144.848	-51.132.319	1.576.430.332	6.577.773	356.500	315.000	1.583.679.605	13.370.401	
B. GESU'	168.353.902		168.353.902	168.353.902				168.353.902		
A.C.I.S.M.O.M.		32.763.760	32.763.760	32.763.760				32.763.760		
TOTALI		0	0	78.672.804.974	270.000.000	5.000.000	6.840.000	78.954.644.974	163.200.000	116.350.000
ENTRATE REGIONALI (*)			*	7.350.125.026				*	7.350.125.026	
CONTRATTO MED. PENITENZ.				275.000.000						
IZS				6.840.000						
CRJ				163.200.000						
Altre Vincolate e altri Enti				116.350.000						
TOTALE FABBISOGNO				1.610.680.000	270.000.000	5.000.000	6.840.000	88.195.000.000	163.200.000	116.350.000
				88.195.000.000						
										Importo accantonato

IL COMITATO INTERMINISTERIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, concernente il riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, ed, in particolare, l'art. 6, comma 1, concernente il finanziamento degli Istituti stessi;

Visto l'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che ha introdotto nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale;

Visto l'art. 1, comma 143, della predetta legge n. 662/1996, in base al quale le misure del concorso delle regioni Sicilia e Sardegna al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, previste dall'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, come modificate dall'art. 2, comma 3, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, sono state elevate rispettivamente al 42,5% ed al 29%;

Visto l'art. 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, l'assegnazione annuale delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente alle regioni e province autonome;

Visto l'art. 32, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, il quale dispone, tra l'altro, che le province autonome di Trento e Bolzano, la regione Valle d'Aosta e la regione Friuli-Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e dell'art. 1, comma 144, della citata legge n. 662/1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato;

Visto l'art. 1, commi 1 e 2, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, che detta, tra l'altro, disposizioni per la soppressione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario per il finanziamento della spesa sanitaria corrente ed in conto capitale;

Visto l'art. 52, comma 31, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, (legge finanziaria 2002), che aumenta di 5.000.000 di euro, a decorrere dal 2002, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto 10 aprile 2002 del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di attuazione dell'art. 6, comma 1, del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419, recante norme per il «Riordino della medicina penitenziaria», con il quale è stato individuato (art. 1) il personale operante negli istituti penitenziari nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti e (art. 2) il trasferimento delle risorse da assegnare al Fondo sanitario nazionale, includendo anche le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano;

Visto l'art. 3, comma 52, della legge 24 dicembre 2003, n. 350 (legge finanziaria 2004) che, in deroga all'Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano dell'8 agosto 2001 ed in relazione a quanto previsto dall'art. 33, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, il concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria e' incrementato di 275.000.000 di euro per l'anno 2005, per far fronte ai maggiori oneri di personale del biennio contrattuale 2002-2003, di cui 5.000.000 di euro sono riservati per il personale degli Istituti zooprofilattici, importo ricompreso nelle risorse destinate al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza;

Visto l'art. 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (legge finanziaria 2005) che determina in 88.195.000.000 di euro per l'anno 2005 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato;

Considerato che detto importo ricomprende anche i 50.000.000 di euro, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù», legge n. 311/2005, gli oneri relativi alla medicina penitenziaria, legge n. 419/1998 e quelli concernenti il personale del biennio contrattuale 2002-2003, legge n. 350/2003 e la mammografia per le donne tra i quaranta e i sessantanove anni, con cadenza biennale, comprese tutte le prestazioni di secondo livello previste dall'art. 52, comma 31, della legge n. 448/2001 sopracitata;

Viste le note del 20 gennaio 2005 n. 1578 e dell'11 aprile 2005 n. 9118 del Ministro della salute, con cui si trasmette la proposta di riparto tra le regioni interessate delle disponibili finanziarie relative all'anno 2005 e la finalizzazione di alcuni importi specifici;

Vista la nota n. 1823 del 1° aprile 2005, con la quale la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ha trasmesso l'intesa di riparto delle risorse, espressa nella seduta del 23 marzo 2005, Rep. n. 2276, il cui contenuto si richiama integralmente;

Delibera:

A valere sulle complessive disponibili finanziarie del Servizio sanitario nazionale - parte corrente anno 2005 - ammontanti a 88.195.000.000 di euro, vengono ripartiti i seguenti importi come indicato nella tabella allegata che fa parte integrante della seguente delibera:

85.972.930.000 euro, tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, di cui:

32.763.760 euro per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta;

168.353.902 euro per l'ospedale Bambino Gesù';

275.000.000 di euro, per concorso alla copertura degli oneri contrattuali per l'anno 2005, per il rinnovo contrattuale 2002-2003, ai sensi dell'art. 3, comma 52, della legge n. 350/2003, di cui 5.000.000 di euro destinati al contratto del personale degli Istituti zooprofilattici;

1.947.070.000 euro, a destinazione vincolata di cui:

6.840.000 euro per la medicina penitenziaria, ai sensi dell'art. 2 del decreto interministeriale 10 aprile 2002;

163.200.000 euro per gli Istituti zooprofilattici sperimentali, relativamente al Fondo sanitario nazionale 2005;

116.350.000 euro per la Croce Rossa Italiana;

50.000.000 di euro, ulteriore somma per l'ospedale Bambino Gesù', (gia' compresa nell'assegnazione alla regione Lazio).

Restano accantonati in attesa di puntuali proposte di riparto da

parte del Ministero della salute, le seguenti somme:

1.228.848.000 euro, per i programmi speciali previsti dal Piano sanitario nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662/1996;

381.832.000 euro, per attivita' a destinazione vincolata.

Roma, 27 maggio 2005

Il presidente delegato
Siniscalco

Il segretario del CIPE
Baldassarri

Registrato alla Corte dei conti il 2 novembre 2005
Ufficio di controllo atti Ministeri economico-finanziari,
registro n. 5
Economia e finanze, foglio n. 308

ALLEGATO

REGIONI	REGIONE: FABBISOGNO INDISTINTO							Fondo sanitario nazionale	Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Mobilità sanitaria infraregionale dati provvisori 2003
	Fabbisogno indistinto 2005	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP stimata	Addizionale IRPEF stimata	Integrazione a norma del d.l.vo 56/2000 (**)	(7)			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
PIEMONTE	6.622.600.757	167.095.971		2.569.401.355	473.243.034	3.412.860.397		6.455.504.786	-19.524.928	
VALLE D'AOSTA	183.550.605	4.341.336	85.082.621	79.679.344	14.447.304			94.126.648	-14.150.040	
LOMBARDIA	13.635.521.894	344.688.926		7.787.704.581	1.112.634.929	4.390.493.458		13.290.832.968	406.727.768	
BOLZANO	664.568.047	17.089.038	229.823.731	361.726.463	55.978.815			417.655.278	6.494.514	
TRENTO	711.905.902	17.328.157	328.996.198	312.687.346	52.894.201			365.581.547	-13.105.529	
VENETO	6.807.588.627	187.978.900		3.176.011.023	481.637.741	2.961.960.963		6.619.609.727	112.303.748	
FRIULI	1.850.895.236	47.484.584	973.151.388	699.879.070	130.379.994			830.259.064	17.079.059	
LIGURIA	2.614.406.650	62.729.872		739.450.494	175.453.738	1.636.772.546		2.551.676.778	-8.508.835	
E. ROMAGNA	6.355.808.063	171.955.829		2.905.811.924	474.059.072	2.803.981.238		6.183.852.233	249.814.812	
TOSCANA	5.594.453.637	138.369.096		2.017.199.537	359.630.838	3.079.254.166		5.456.084.541	85.247.149	
UMBRIA	1.328.254.786	34.031.402		356.231.999	76.108.108	861.883.277		1.294.223.384	35.645.529	
MARCHE	2.303.716.309	57.467.177		805.886.710	137.724.094	1.302.638.328		2.246.249.132	-36.191.918	
LAZIO	7.764.490.374	162.193.247		3.751.704.291	569.066.152	**		7.652.297.127	51.061.484	
ABRUZZO	1.948.654.756	41.537.068		450.112.876	107.467.397	1.349.537.415		1.907.117.688	16.227.258	
MOLISE	495.074.393	12.952.736		38.620.680	24.111.868	419.389.109		482.121.657	3.462.000	
CAMPANIA	7.962.288.536	163.215.831		1.405.523.581	326.369.641	6.067.179.483		7.799.072.705	-263.724.993	
PUGLIA	5.753.567.035	113.350.898		1.197.552.210	228.922.062	4.213.741.865		5.640.216.137	-126.872.322	
BASILICATA	883.467.532	16.926.354		63.881.184	38.275.411	764.384.583		866.541.178	-55.822.505	
CALABRIA	2.917.739.679	47.418.994		173.056.724	126.448.742	2.570.815.219		2.870.320.685	-192.543.808	
SICILIA	7.217.363.396	128.084.893	3.067.379.443	1.504.264.511	299.899.803		2.217.734.746	4.021.899.060	-203.927.997	
SARDEGNA	2.357.013.786	45.917.138	683.533.998	588.124.214	117.058.808		922.379.628	1.627.562.651	-49.690.446	
B. GESU'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
A.C.I.S.M.O.M.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALI	85.972.930.000	1.982.157.447	5.367.967.579	30.984.510.117	5.381.761.752	39.166.418.731	3.140.114.374	78.672.804.974	0	
ENTRATE REGIONALI (*)		1.982.157.447	5.367.967.579					* 7.350.125.026		
CONTRATTO MED. PENITENZ.	275.000.000					275.000.000		275.000.000		
IZS	6.840.000						6.840.000	6.840.000		
CR1	163.200.000						163.200.000	163.200.000		
Altre Vincolate e altri Enti	1.163.500.000						1.163.500.000	1.163.500.000		
TOTALE FABBISOGNO	88.195.000.000			39.441.418.731			5.037.184.374	88.195.000.000		

(*) Somma colonne (2) e (3)

(**) Compresi 50 mln per Lazio (ospedale Bambino Gesù) - Importi indicati in via provvisoria (a copertura integrale) in attesa della revisione dell'art. 7 del d.l.vo 56/2000 all'art. 4 - d.1.31/4/2004

DECRETO 16 novembre 2005

Riparto dei fondi destinati alla copertura dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003, ai sensi dell'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
(GU n. 34 del 10-2-2006)

IL MINISTRO DELLA SALUTE
di concerto con
IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Vista la legge 30 dicembre 2004, n. 311, che al terzo periodo del comma 164 dell'art. 1 definisce che lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003, in deroga a quanto stabilito dall'art. 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405;

Visto il quarto periodo dello stesso comma, che per le necessarie disponibilita' finanziarie, autorizza la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale «Bambino Gesù»;

Visto l'ultimo periodo del gia' citato comma che prevede la ripartizione delle predette disponibilita' finanziarie tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni;

Visto l'art. 32, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, il quale dispone, tra l'altro, che le province autonome di Trento e Bolzano, la regione Valle d'Aosta e la regione Friuli-Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge n. 724/1994 e dell'art. 1, comma 144, della legge n. 662/1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato;

Ritenuto che per definire i criteri con i quali procedere alla ripartizione tra le regioni si debbano escludere quelle a statuto speciale che per legge finanziano la spesa sanitaria senza alcun concorso dello Stato;

Tenuto conto che l'importo dei disavanzi da considerare:

con riferimento alla somma di 1.400 milioni di euro e' quello risultante dai dati presenti nel Sistema informativo sanitario, elaborati con le modalita' utilizzate d'intesa con le regioni per le analisi al tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti;

con riferimento alla somma di 550 milioni di euro, e' quello risultante in sede del predetto tavolo tecnico, avuto riguardo ai maggiori costi di produzione per gli IRCCS e per i Policlinici universitari;

Ritenuto che per gli anni 2001 e 2002 i dati da utilizzare sono quelli dei modelli CE consuntivo, mentre per il 2003 si utilizzano quelli del modello CE IV trimestre dello stesso anno, presenti negli archivi del SIS;

Ritenuto necessario, per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCCS, in vista dell'attuazione del decreto legislativo n. 288/2003, e dei Policlinici universitari, accantonare prudenzialmente la complessiva somma di 550 milioni di euro, di cui 380 per gli IRCCS e 170 per i Policlinici universitari, e procedere per il momento alla ripartizione solo di 1.400 milioni di euro, cui vanno aggiunti i 50 milioni di euro vincolati legislativamente alla finalizzazione in favore della regione Lazio, ai sensi dell'art. 1, comma 164, quarto

periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, fermo restando, con riferimento al predetto importo di 380 milioni di euro che le somme residue risultanti saranno successivamente ripartite tra le regioni in funzione delle esigenze derivanti dai Policlinici universitari;

Preso atto delle risultanze del confronto tra le regioni che ha portato ad una proposta di ripartire la somma di 1.400 milioni secondo un criterio di solidarieta' interregionale, con uno schema di ripartizione concordato dai Presidenti delle regioni medesime;

Ritenuto di accettare tale proposta di ripartizione;

Acquisita l'intesa della Conferenza Stato-regioni che in tal senso si e' espressa nella seduta del 23 marzo 2005;

Decreta:

Art. 1.

1. L'importo di 2.000 milioni di euro per il concorso al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003 e' utilizzato secondo quanto previsto negli articoli seguenti.

Art. 2.

1. Per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCSS, in vista dell'attuazione del decreto legislativo n. 288/2003, e per il concorso alla copertura dei maggiori costi di produzione dei Policlinici universitari, si provvede ad accantonare la complessiva somma di 550 milioni di euro, di cui 380 per gli IRCCS e 170 per i Policlinici universitari, rinviando il relativo riparto e la definizione dei criteri e modalita' concessive ad un successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. All'erogazione degli importi riconosciuti alle regioni si provvede, per quanto attiene agli IRCCS, a seguito della certificazione dell'avvenuto trasferimento, da parte della regione interessata, dei fondi a copertura dell'intero importo corrispondente ai maggiori costi di produzione e per quanto attiene ai Policlinici universitari, oltre che a seguito della predetta certificazione, anche alla previa presentazione di un piano di risanamento della regione interessata, da monitorarsi da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute e del Ministero dell'universita' e della ricerca scientifica.

3. In presenza di eventuali disponibilita' residue sull'importo di 380 milioni di euro da destinarsi alla copertura dei disavanzi dei Policlinici universitari, al relativo riparto e alla definizione dei criteri e modalita' concessive si provvede 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.

Art. 3.

1. Per quanto attiene la somma di 1450 milioni di euro il relativo riparto tra le regioni e' stabilito:

a) per 1400 milioni di euro secondo gli importi della tabella allegata;

b) per 50 milioni di euro a favore della regione Lazio.

Art. 4.

1. Alla erogazione degli importi alle regioni, in applicazione di quanto disposto dagli articoli 2 e 3 del presente decreto, si provvede con provvedimento del Ministero dell'economia e delle finanze a carico del capitolo 7565 dello stato di previsione delle stesso dicastero per l'anno 2005, che presenta la necessaria disponibilita'.

Il presente decreto sara' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della
Repubblica italiana.

Roma, 16 novembre 2005

Il Ministro della salute
Storace

Il Ministro dell'economia
e delle finanze

Tremonti

Registrato alla Corte dei conti il 31 dicembre 2005

Ufficio di controllo atti Ministeri dei servizi alla persona e dei
beni culturali, registro n. 6 Economia e finanze, foglio n. 91

TABELLA

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ - DIREZIONE GENERALE
DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DEI LEA E DEI PRINCIPALI ETICI DI SISTEMA

Ripiano disavanzi

550.000.000 accantonati per IRCCS e Policlinici universitari
50.000.000 per la Regione Lazio
1.400.000.000 da ripartire tra le Regioni

2.000.000.000

Regioni	TOTALE concorso al ripiano
PIEMONTE	58.898.309
VALLE D'AOSTA	-
LOMBARDIA	117.379.700
P.A. BOLZANO	-
P.A. TRENTO	-
VENETO	76.046.400
FRIULI V.G.	-
LIIGURIA	54.005.093
EMILIA R.	56.335.662
TOSCANA	43.470.231
UMBRIA	11.209.117
MARCHE	20.690.097
LAZIO	237.901.320
ABRUZZO	17.990.885
MOLISE	5.025.980
CAMPANIA	337.754.818
PUGLIA	131.173.250
BASILICATA	14.466.860
CALABRIA	82.621.465
SICILIA	107.449.581
SARDEGNA	27.581.232
TOTALE	1.400.000.000

06A01278

PIA



Osservazioni di singole Regioni, estratte dal verbale delle riunioni del 27-28 gennaio 2005, sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie per il SSN anno 2005

Punto 9) o.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome si è riunita in seduta monografica i giorni 27, con inizio alle ore 17.00, e l'intera giornata del 28 gennaio 2005, a Roma, a conclusione dei lavori istruttori del coordinamento interregionale congiunto degli Assessori alla Sanità ed al Bilancio, per la definizione della proposta di riparto delle risorse finanziarie destinate al SSN per l'anno 2005.

A termine di un articolato confronto, **la Conferenza ha raggiunto l'accordo** sulla ripartizione delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2005 **su una proposta complessiva** che comprende sia il riparto delle risorse per il SSN per l'anno 2005, secondo la proposta di riparto del Ministro della Salute (tabella allegata) sia il riparto delle risorse, 2000 milioni di euro, previste - al comma 164 della L. n. 311/2004 - per i disavanzi del SSN degli anni 2001, 2002 e 2003.

Tale proposta, definita dai Presidenti delle Regioni nel corso della riunione, ripartisce 1400 milioni di euro (tabella allegata), tenendo conto della riserva avanzata dal Ministero della Salute sull'utilizzo di 550 milioni di euro per i disavanzi degli IRCCS e delle risorse previste per l'ospedale Bambino Gesù (50 milioni di euro)

Nell'esprimere accordo unanime alla proposta, la Conferenza dei Presidenti ribadisce che rimangono ancora aperte alcune rilevanti questioni economico-finanziarie dell'anno 2004 per circa 5,4 miliardi di euro. In particolare è indispensabile riaprire il confronto con il Governo per la chiusura dell'anno 2004 in relazione al pieno finanziamento dei LEA, agli oneri contrattuali, ai disavanzi dei Policlinici universitari e delle Aziende miste.

Alla proposta di riparto sulla quale le Regioni hanno espresso l'accordo si allegano **le seguenti dichiarazioni di Presidenti ed Assessori.**

Il Presidente della Conferenza, Ghigo, nell'esprimere l'assenso della **Regione Piemonte** all'accordo raggiunto sul riparto delle risorse per l'anno 2005, chiede di rappresentare al Ministero della Salute che nella proposta di riparto sui disavanzi degli IRCCS venga previsto, quale contributo "una tantum", l'importo di 20 milioni di euro relativo all'Ospedale Mauriziano.

I Presidenti e gli Assessori delle **Regioni Basilicata, Sardegna, Puglia, Calabria, Campania e Sicilia** nel concordare con la proposta di riparto dell'anno 2005, chiedono che per il prossimo anno vengano rivisti i criteri di riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente in coerenza con quanto previsto dalla l. n. 662/1996, con particolare riguardo alle variabili di contesto.

L'Assessore Pistorio della **Regione siciliana** dichiara l'assenso alla proposta complessiva di riparto delle risorse per l'anno 2005, fermo restando che i trasferimenti per l'anno 2005 avverranno con provvedimenti distinti rispettivamente per il finanziamento del fondo sanitario e per il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003.

Infine, l'Assessore Beltrame della **Regione Friuli Venezia Giulia**, chiede di rappresentare al Governo l'esigenza, sulla scorta della variazione del complesso delle risorse assegnate al SSN, di attivare le procedure di revisione dei rapporti finanziari tra Stato e Regioni a statuto speciale, regolati dall'accordo contenuto nell'art. 30, comma 14, della legge n. 289/2002.

Tale problematica è condivisa anche dalla Regione Sardegna.

Inoltre chiede la partecipazione della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia al riparto delle risorse destinate al ripiano dei disavanzi Irccs, per le strutture presenti sul territorio regionale.

Roma, 3 febbraio 2005



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'art. 2 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previsto dall'intesa rep. n. 2277 del 23 marzo 2005, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze per il riparto di 550 milioni di euro per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari, per gli anni 2001, 2002 e 2003.

Rep. n. 2478 del 3 febbraio 2006

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

Nell'odierna seduta del 9 febbraio 2006:

VISTO l'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che al comma 164 prevede che lo Stato, in deroga a quanto dispone l'art. 4, comma 3, del decreto - legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorra al ripiano dei disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2001 - 2003, autorizzando, per le necessarie disponibilità finanziarie la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della Regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale "Bambino Gesù", da ripartirsi con un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con questa Conferenza;

VISTO il proprio atto rep. n. 2277 del 23 marzo 2005, con il quale, in attuazione del citato comma 164 dell'art. 1 della legge n. 311 del 2004, si è sancita intesa sul decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente la ripartizione di euro 1.400.000.000 quale concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003, demandando, all'art. 2, ad un successivo decreto il riparto di 550 milioni di euro, di cui 380 da destinare agli IRCCS e 170 per i Policlinici universitari e individuando ai commi 2 e 3 dello stesso art. 2 le modalità di riconoscimento degli importi e la destinazione al Policlinici universitari di eventuali disponibilità residue sull'importo dei 380 milioni di euro;

VISTO lo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze per il riparto di 550 milioni di euro per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari, per gli anni 2001, 2002 e 2003, trasmesso il 5 luglio 2005 ed elaborato ai sensi del citato art. 2 del decreto del





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'intesa rep. n. 2277 del 23 marzo 2005;

CONSIDERATI gli esiti dell'incontro tecnico intervenuto il 13 luglio 2005 sull'argomento, nel corso del quale le Regioni e le Province autonome hanno formalizzato emendamenti, sui quali le Amministrazioni statali, pur manifestando le loro perplessità, si sono riservati un approfondimento;

VISTA la nota del 3 agosto 2005 con la quale le Regioni e le Province autonome hanno ribadito le richieste avanzate in sede tecnica;

VISTA la nota del 4 agosto 2005, con la quale il Ministro della salute ha confermato il testo dello schema di decreto, trasmesso con nota del 5 luglio 2005;

VISTO l'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che reca la disciplina per il perfezionamento delle intese da sancire in questa Conferenza;

CONSIDERATO che nella seduta della Conferenza Stato - Regioni del 26 gennaio 2006 si è registrata la mancata intesa, mentre la Regione Lombardia ha manifestato comunque il proprio avviso favorevole all'espressione dell'intesa;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, non si sono create le condizioni di assenso previste per il perfezionamento dell'intesa;

ESPRIME LA MANCATA INTESA

sullo schema di decreto di cui in premessa.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino

Riccardo Carpino



IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

Enrico La Loggia

g



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Servizio "sanità e politiche sociali"
Prot. n. 3269/05/4.1.1
Codice Sito: 3249

Roma, 5 LUG. 2005

Al Presidente della Conferenza delle
Regioni e delle Province Autonome
c/o CINSEDO

Al Presidente della Regione Toscana
Coordinatore Commissione salute
FIRENZE

Al Presidente della Regione Molise
Coordinatore Vicario Commissione
salute
CAMPOBASSO

A tutti i Presidenti delle Regioni
e delle Province autonome
Uffici di Gabinetto
LORO SEDI

Oggetto: Schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze per il riparto di 550 milioni di euro per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari, per gli anni 2001, 2002 e 2003.

Si trasmette in allegato, lo schema di decreto in oggetto, trasmesso dal Ministero della salute con nota del 5 luglio 2005.

Seguirà la convocazione di una riunione tecnica.

Il Direttore
Riccardo Carpino

Il Ministro della Salute
DI CONCERTO CON
Il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311, che al terzo periodo del comma 164 dell'articolo 1 dispone che lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003, 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;

VISTO il quarto periodo dello stesso comma, che per le necessarie disponibilità finanziarie, autorizza la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della Regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale «Bambino Gesù»;

VISTO l'ultimo periodo del già citato comma che prevede la ripartizione delle predette disponibilità finanziarie tra le Regioni 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;

VISTO l'art. 32, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, il quale dispone, tra l'altro, che le Province autonome di Trento e Bolzano, la Regione Valle d'Aosta e la Regione Friuli Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge n. 724/1994 e dell'art. 1, comma 144, della legge n. 662/1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato;

RITENUTO che per definire i criteri con i quali procedere alla ripartizione tra le Regioni si debbano escludere quelle a statuto speciale che per legge finanziano la spesa sanitaria senza alcun concorso dello Stato;

VISTO l'articolo 2 del proprio decreto, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data....., su conforme intesa acquisita nella seduta del 23 marzo 2005 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale si è stabilito:

- al comma 1, che per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCSS, in vista dell'attuazione del decreto legislativo 288/2003, e per il concorso alla copertura dei maggiori costi di produzione dei Policlinici universitari, si provvede ad accantonare la complessiva somma di 550 milioni di euro, di cui 380 per gli IRCCS e 170 per i

Policlinici universitari, rinviando il relativo riparto e la definizione dei criteri e modalità concessive ad un successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

- al comma 2, che all' erogazione degli importi riconosciuti alle Regioni si provvede, per quanto attiene agli IRCCS, a seguito della certificazione dell' avvenuto trasferimento, da parte della Regione interessata, dei fondi a copertura dell'intero importo corrispondente ai maggiori costi di produzione e per quanto attiene ai Policlinici universitari, oltre che a seguito della predetta certificazione, anche alla previa presentazione di un piano di risanamento della Regione interessata, da monitorarsi da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute e del Ministero dell'università e della ricerca scientifica;

-al comma 3, che in presenza di eventuali disponibilità residue sull'importo di 380 milioni di euro da destinarsi alla copertura dei disavanzi dei Policlinici universitari, al relativo riparto e alla definizione dei criteri e modalità concessive si provvede 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;

TENUTO CONTO che per la definizione dell'importo del ripiano si fa riferimento ai maggiori costi di produzione di IRCCS e Policlinici universitari quali risultanti dal Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze;

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

DECRETA

Articolo 1

1. L'importo di 550 milioni di euro per il concorso alla copertura dei disavanzi degli IRCCS, in vista dell'attuazione del decreto legislativo 288/2003, e per il concorso alla copertura dei maggiori costi di produzione dei Policlinici universitari per gli anni 2001, 2002 e 2003 è utilizzato secondo quanto previsto negli articoli seguenti.

Articolo 2

1. Il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi degli IRCCS nella misura di 300 milioni di euro è determinato per ciascuna regione sulla base di un criterio di assegnazione che preveda la copertura dei disavanzi nella misura del 40% dei disavanzi relativi agli IRCCS operanti sul proprio territorio come rilevati dal Tavolo di verifica degli adempimenti.
2. Il rimanente importo di 80 milioni di euro per gli IRCCS sarà ripartito con successivo 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 per un ulteriore contributo alle regioni per il ripiano dei disavanzi degli IRCCS, in relazione alla eventuale trasformazione degli stessi in Fondazione ai sensi del decreto legislativo 288/2003, fermo restando che in presenza di eventuali disponibilità residue sul medesimo importo si applica quanto previsto dall'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data.....

Articolo 3

1. Il concorso dello Stato di 170 milioni di euro sarà ripartito tra le regioni ospitanti i Policlinici universitari in proporzione alla consistenza dei maggiori costi di produzione di ciascuno degli stessi, rilevati dal Tavolo di verifica degli adempimenti, tenuto conto di eventuali contributi già concessi dallo Stato per la medesima finalità, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data..... adottato su conforme intesa acquisita nella seduta del 23 marzo 2005 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Articolo 4

1. Alla erogazione degli importi alle Regioni, in applicazione di quanto disposto dagli articoli precedenti del presente decreto, si provvede, su proposta del Ministro della salute, a seguito di istruttoria congiunta dei competenti uffici del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze a carico del capitolo 7565 dello stato di previsione dello stesso dicastero per l'anno 2005, che presenta la necessaria disponibilità.
2. Ai fini dell'erogazione, la certificazione di cui all'articolo 2, comma 2 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data..... adottato su conforme intesa acquisita nella seduta del 23 marzo 2005 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di

Trento e di Bolzano, è da intendersi comprensiva dell'importo dei disavanzi degli IRCCS e dei maggiori costi di produzione dei Policlinici Universitari relativi all'anno 2004 e per i Policlinici Universitari è subordinata alla presentazione di un piano di risanamento previsto ai sensi del medesimo articolo 2, comma 2 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data.....

Articolo 5.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Roma,

Il Ministro dell'economia
e delle finanze

Il Ministro della salute



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sugli indirizzi progettuali per le Regioni, per l'anno 2005, per la realizzazione degli specifici progetti, elaborati ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie di cui all'accordo del 24 luglio 2003.

Rep. n. 2475..... del 9..... febbraio 2005

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

Nell'odierna seduta del 9 febbraio 2006:

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il quale affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1992, n. 662, il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 - 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni;

VISTA l'intesa espressa da questa Conferenza sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2005 che vincola una quota destinata al finanziamento degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per il medesimo anno ;

VISTO l'accordo sancito da questa Conferenza il 24 luglio 2003 (repertorio atti n. 1812) in attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, con il quale sono state individuate le seguenti

STATO MINISTRI - PRESIDENZA





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

cinque linee prioritarie di attività e con il quale si è convenuto che costituissero gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, da individuarsi ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- 1) Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 2) Cure primarie;
- 3) Rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
- 4) Centri di eccellenza;
- 5) Comunicazione istituzionale;

VISTE le delibere di questa Conferenza adottate nelle sedute del 10 dicembre 2003 (Repertorio atti n. 1895) e del 20 maggio 2004 (Repertorio atti n. 2019), con le quali sono stati individuati i progetti per la realizzazione degli specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Campania, Toscana, Sardegna, Siciliana, Liguria, Veneto, Umbria, Marche, Molise, Lazio, Emilia-Romagna, Lombardia, Calabria, Puglia, Piemonte, nonché del progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto "Mattoni SSN"), affidato alla Regione Veneto e del progetto per l'ampliamento dell'indagine ISTAT "Multiscopo sulle famiglie 2004-2005", affidato alla Regione Piemonte;

VISTO l'accordo sancito da questa Conferenza il 29 luglio 2004 (repertorio atti n. 2074), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2004;

VISTE le delibere di questa Conferenza, adottate nelle sedute del 3 marzo 2005 (Repertorio atti n. 2244), del 16 giugno 2005 (Repertorio atti n. 2303) e del 28 luglio 2005 (rep atti n. 2344), con le quali sono stati individuati i progetti per l'anno 2004 per la realizzazione degli specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 delle Regioni: Puglia, Toscana, Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Sardegna, Emilia-Romagna, Umbria, Basilicata e Marche;

VISTA la proposta di accordo in oggetto, trasmessa con nota del 24 ottobre 2005 del Ministero della salute, sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2005 per l'elaborazione degli specifici progetti nell'ambito delle cinque linee prioritarie di cui all'accordo del 24 luglio 2003;

CONSIDERATO che nella riunione tecnica del 22 novembre 2005 i rappresentanti regionali hanno avanzato alcune proposte di modifica al testo dell'accordo;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la nota in data 8 febbraio 2006, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, in esito alla predetta riunione tecnica, una nuova stesura della proposta di accordo in esame;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome sull'accordo sugli indirizzi progettuali per le Regioni, per l'anno 2005, per la realizzazione degli specifici progetti, elaborati ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie di cui all'accordo del 24 luglio 2003, nei termini di cui all'allegato sub A;

SANCISCE ACCORDO

tra il Ministero della salute e le Regioni e le Province autonome, nei termini di cui all'allegato sub A, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino



IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

ALLEGATO A

PREMESSO CHE:

-l'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 ha individuato, nell'ambito degli obiettivi strategici e generali del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, quali linee prioritarie costituenti obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il cui perseguimento le Regioni elaborano specifici progetti, ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis della legge 662/96, lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza, le cure primarie, la rete integrata dei servizi sanitari e sociali con particolare riferimento alla non autosufficienza, i centri di eccellenza, la comunicazione istituzionale, con particolare riferimento alle attività di prevenzione;

-il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, in particolare tra i **DIECI PROGETTI PER LA STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO** ha individuato, al punto.2.2 la *promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*, da affrontare con nuovi mezzi e strategie, quali *sfide per il Servizio Sanitario Nazionale per "...soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro, considerato che le categorie di malati interessate a questo modello di assistenza sono sempre più numerosi, anziani non autosufficienti o affetti da patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali"*;

-che lo stesso Piano al richiamato punto 2.2 ha precisato pertanto che "è indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, divenendo a tale scopo nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei Servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro..."

-che pertanto ha affermato al richiamato punto 2.2 che " la gestione dei Servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato";

RILEVATO che strategica è anche l'attivazione di un coordinamento tra le strutture sanitarie a diverse intensità di diagnosi e cura con attenzione rivolta non solo alla non autosufficienza ma anche ai bisogni di soggetti affetti da patologie cronico - degenerative; pertanto la linea progettuale sub 3), per l'anno 2005, è riferita alla " Rete integrata dei servizi sanitari e sociali";

- che, così come per l'utilizzazione dei fondi per l'anno 2004, anche per l'utilizzazione dei fondi 2005 le Regioni, qualora non abbiano già deliberato progetti a valenza pluriennale nel 2003 e nel 2004, dovranno predisporre e deliberare i progetti di cui al presente accordo, redatti secondo lo schema indicativo di cui all'allegato 1, e sulla base delle indicazioni progettuali su cui si articola il presente accordo, che dovranno essere inviati al Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, entro 45 giorni dalla data del presente accordo;

- che le Regioni che invece abbiano deliberato programmi pluriennali invieranno al Ministero il progetto previsto per l'anno 2005 armonizzato, previa approvazione con formale delibera, con le linee progettuali del presente accordo.



A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.

RILEVATO che le Regioni dovranno inviare al Ministero della Salute, unitamente agli anzidetti progetti per l'anno 2005, o unitamente al progetto previsto per il 2005 per i progetti già approvati negli anni 2003 e 2004, una relazione relativa alle attività progettuali svolte su ciascuna linea relativamente all'anno 2004, con specifico riferimento ai risultati raggiunti in relazione agli obiettivi prefissati dai progetti ammessi al finanziamento, che sarà esaminata da un gruppo di lavoro paritetico costituito *ad hoc* presso la Segreteria della Conferenza Stato Regioni nonché l'aggiornamento dei dati relativi alle attività di prevenzione, di cui all'allegato 2.

Il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concordano sui seguenti indirizzi progettuali per l'anno 2005:

Priorità 1 - Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di assistenza

L'appropriata erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza è fortemente condizionata dalla lesione del diritto del cittadino di accedere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale provocate dal fenomeno delle "liste d'attesa".

Le Regioni dovranno assicurare, tramite la propria progettualità:

- a) la partecipazione della totalità delle aziende sanitarie alle iniziative di rilevazione dei tempi d'attesa e di monitoraggio già poste in essere dal Ministero della Salute e dalla Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali;
- b) la regolamentazione delle attività di sospensione delle prenotazioni di un servizio, che dovrà essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, dovrà avvenire per gravi o eccezionali motivi, con l'esclusione del motivo di eccessiva lunghezza della lista, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, previa consultazione dei rappresentanti degli utenti e con l'approvazione del direttore sanitario;
- c) le Regioni dovranno inoltre con i progetti per il 2005 dare avvio ad attività che conducano a:
 1. lo sviluppo verso la dimensione sovra aziendale delle attività di prenotazione;
 2. l'utilizzo di *overbooking* (sovrapprenotazione), concordato con i professionisti erogatori, da calcolarsi sulla media dei prenotati non presentati;
 3. la sensibilizzazione dei cittadini alla disdetta della prenotazione in caso decidano o non possano usufruire della prestazione, con attuazione di procedure semplificative per le disdette;
 4. la pulizia delle liste, con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo.

In particolare si ritiene vincolante, per l'ammissione al finanziamento dei progetti regionali, la realizzazione di progetti inerenti i CUP, secondo le seguenti indicazioni

Il **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** è il sistema centralizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, generalmente telematico, che consente di organizzare con maggiore efficienza le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di informare i cittadini. I CUP devono essere adeguatamente collegati con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e con le altre strutture del territorio.

La centralizzazione delle prenotazioni rende più agevole la gestione del rapporto tra la domanda e l'offerta, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse disponibili ed alla gestione delle liste di attesa.

La gestione ottimale dei CUP, per assicurare l'integrazione dell'intero sistema dell'offerta, deve garantire lo sviluppo verso la dimensione sovra aziendale. In alcune realtà, infatti, sono presenti



gh

CUP metropolitani o provinciali (ad es. Milano, Firenze, Bologna, Trento, Friuli Venezia Giulia...) o comunque sovraziendali, che hanno consentito di conseguire risultati significativi sia in termini di tempi di attesa che di accessibilità ai servizi.

Il CUP diventa uno strumento indispensabile per la valutazione qualitativa e quantitativa della domanda e per la adeguata analisi e gestione dell'offerta, misurata attraverso l'adozione di opportuni indicatori informativi sulla disponibilità delle dotazioni strumentali e di personale.

Esso favorisce altresì l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso l'integrazione e la responsabilizzazione di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti.

Il CUP consente inoltre la rilevazione puntuale dei tempi di attesa di ciascuna prestazione e quindi garantisce la trasparenza delle liste di prenotazione, migliorando la accessibilità. Infatti, la condivisione in rete delle informazioni permette, da un lato, di migliorare l'accessibilità, rappresentando al cittadino l'intera offerta e permettendogli di esercitare effettivamente il diritto alla "libera scelta", mettendolo in condizione di scegliere anche in considerazione di distanze, tempi di attesa, centri di riferimento; dall'altro lato, garantisce una migliore gestione delle risorse, ma anche dei controlli potendo, ad esempio, eliminare i casi di contemporanee "prenotazioni multiple".

La centralizzazione delle prenotazioni consente di ottimizzare la gestione dei flussi informativi, favorendo la circolazione tempestiva delle informazioni e dei dati relativi all'attività svolta a fronte di indicatori definiti a livello nazionale, regionale ed aziendale.

A tal fine è indispensabile che le Regioni si pongano tramite la propria progettualità l'obiettivo di:

a) utilizzare tutti gli strumenti offerti dalla tecnologia informatica per facilitare l'accesso alle prenotazioni e, al tempo stesso, la diffusione delle informazioni e la comunicazione ai cittadini. Le informazioni per l'accesso alle prenotazioni devono essere adeguatamente pubblicizzate su tutti i canali disponibili, ad es. stampa, uffici pubblici, siti web, studi medici, farmacie e devono essere chiaramente esplicitate nella carta dei servizi dell'azienda;

b) completare la realizzazione di CUP aziendali con particolare attenzione allo sviluppo della prenotazione dei ricoveri e al completamento della specialistica ambulatoriale;

c) prevedere lo sviluppo dei CUP sovraziendali, per ricoveri e prestazioni specialistiche di carattere generale e di livello regionale/nazionale per le prestazioni altamente specialistiche erogate su base regionale/interregionale;

d) avviare il monitoraggio attraverso la costruzione di un set di indicatori di qualità dei CUP, volti a verificarne l'accessibilità, la trasparenza e l'equità di accesso (ad es. n° punti di accesso fisici o telematici);

e) permettere il monitoraggio, a livello regionale e nazionale dei tempi di attesa, secondo la metodologia condivisa che verrà indicata dal mattone 'tempi di attesa'. Ad un primo livello di approfondimento si prende in considerazione l'analisi della domanda di prestazioni. L'analisi si svolge attraverso indicatori di appropriatezza e mette in evidenza eventuali fenomeni di erogazione di prestazioni inappropriate che, aumentando sensibilmente i volumi della domanda, possono essere la prima determinante di elevati tempi di attesa. Ad un secondo livello di approfondimento, qualora non siano emerse criticità relativamente all'appropriatezza, si passa all'analisi della disponibilità di offerta. In stadio uno l'offerta può essere misurata attraverso la costruzione di opportuni indicatori che prendano a riferimento disponibilità di dotazioni strumentali, personale, etc. Da questa analisi è possibile individuare se alla base di elevati tempi di attesa per prescrizioni e prestazioni appropriate vi sia una carenza nella disponibilità di offerta.

Priorità 2 - Cure Primarie

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di recente sottoscritto, oltre a confermare le forme associative già previste (medicina in associazione, in rete, in gruppo, équipes territoriali, ecc.), ha stabilito che, in coerenza con l'accordo Stato-Regioni 29 luglio 2004, le

Regioni prevedano, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con la partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Trova ulteriore conferma la necessità, sancita al PSN 2003 - 2005, di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi sono assorbiti ancora dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile, e spostando fortemente l'attenzione sui MMG e PLS, ai quali si è chiesto di intraprendere un cammino che porti al superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini h 24 7 giorni a settimana, l'appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA, l'efficace continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione della salute e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri, l'attivazione dei percorsi assistenziali, una più efficace integrazione socio sanitaria.

Molte regioni hanno già sperimentato e/o organizzato forme aggregative finalizzate a questi obiettivi, anche secondo modelli autonomi, ovvero attraverso lo sviluppo delle forme previste dagli AACCNN o dall'accordo del 29 luglio 2004, ma un ulteriore impegno va richiesto per rendere disponibili sul territorio in maniera diffusa ed omogenea tali forme evolutive di erogazione dell'assistenza primaria.

Pertanto, si confermano per l'anno 2005 gli indirizzi ed i vincoli di risorse (20%) di cui all'accordo del 29 luglio 2004, in materia di Cure primarie.

Priorità 3 - Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza

In considerazione che il mondo della cronicità e dell'anziano restano aree in progressiva crescita, richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese, hanno una copertura finanziaria insufficiente, si confermano gli indirizzi di cui all'accordo 29 luglio 2004

Priorità 4 - Centri di eccellenza

Il progetto del PSN 2003 - 2005 "Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere" persegue un obiettivo ampio, di sostegno alla diversificazione dei ruoli all'interno delle reti ospedaliere, puntando da un lato alla realizzazione dei Centri di Eccellenza e da un altro al recupero di strutture minori all'assistenza extraospedaliera e territoriale.

Si tratta di un progetto che peraltro è collegato ad altri due obiettivi posti dal Piano, "promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari" e "potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza".

L'eccellenza assistenziale è quindi la manifestazione più rilevante di un processo di redistribuzione delle risorse, che riguarda in primo luogo l'intera rete ospedaliera ma che da impulso e beneficio a tutto il sistema dell'assistenza sul territorio.

Le politiche di investimento sono chiamate a fornire un contributo determinante a tale processo: le strutture esistenti, per assumere nuovi ruoli e supportare nuovi modelli organizzativi, hanno bisogno di interventi qualificanti, di trasformazioni fisiche che consentano di accogliere nuove funzioni e di adeguamenti delle dotazioni tecnologiche.



gl

Gli obiettivi di potenziamento dei centri di riferimento e di ammodernamento dei punti di servizio distribuiti sul territorio (e in particolare degli ospedali minori da riconvertire) richiedono per il loro raggiungimento, insieme ad un'accurata programmazione edilizia e tecnologica, un valido supporto informativo, in quanto inscindibilmente connessi ad una razionalizzazione di sistema.

Per la valutazione ex ante della selezione delle strutture beneficiarie e per la valutazione ex post delle ricadute assistenziali e gestionali degli interventi avviati è quindi essenziale l'integrazione tra le informazioni relative agli investimenti e quelle provenienti dal monitoraggio delle reti di assistenza e dal monitoraggio dei costi.

L'Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità ha trovato posto tra gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario anche in virtù della capacità di fornire alle Regioni elementi di correlazione tra interventi strutturali e tecnologici e impatti sull'offerta assistenziale e sui bilanci aziendali.

La prima fase di implementazione degli strumenti di elaborazione necessari a tale scopo si è conclusa con il rilascio delle funzionalità applicative, ma ad essa è necessario far seguire l'avvio operativo del sistema. Le Regioni tuttavia non dispongono delle risorse per l'attività straordinaria di popolamento iniziale degli archivi con i dati relativi agli interventi già iniziati ed ancora in corso.

Il recupero delle informazioni relative agli investimenti in corso consente di ricavare, con l'ausilio dei dati sulla rete di assistenza già disponibili con i flussi informativi attuali, elementi di valutazione e monitoraggio fondamentali per l'analisi dei sistemi regionali e di ciascuna delle strutture ospedaliere coinvolte nella revisione dei ruoli all'interno della rete.

Il funzionamento a regime di un sistema informativo che integri dati assistenziali, strutturali e gestionali appare quindi presupposto indispensabile per dare un sostrato oggettivo, storico e previsionale, al riconoscimento e alla promozione delle eccellenze e ad una redistribuzione delle risorse mirata all'appropriatezza dell'assistenza e alla qualità delle prestazioni, nonché alla diffusione di punti di servizio adeguati a tali scopi.

Tanto premesso, si concorda di vincolare l'ammissione al finanziamento della progettualità delle singole Regioni alla presentazione di un progetto finalizzato all'attività straordinaria di cui sopra. Al fine di facilitare la predisposizione del progetto, si forniscono le indicazioni di cui all'allegato 3.

Fermo restando il vincolo sopra richiamato, si confermano, per la restante attività progettuale delle Regioni sulla presente linea, gli indirizzi di cui ai precedenti accordi del 24 luglio 2003 e del 29 luglio 2004.

Priorità 5 - Comunicazione istituzionale

Tenendo conto di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, si ritiene che anche per l'anno 2005, le attività relative alla priorità 5 debbano coincidere con quelle relative all'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione. Infatti, l'art. 4, comma 1, lettera d) dell'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271) prevede:

1. l'impegno delle Regioni ad adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'allegato 2 della suddetta intesa, coerentemente con il vigente Piano Sanitario Nazionale;
2. la destinazione a tale finalità di 240 milioni di euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007 a valere sulle risorse accantonate per gli obiettivi del PSN, A tali risorse le Regioni, in tale intesa, hanno convenuto di aggiungere ulteriori 200 milioni di euro annui, a valere sulla parte indistinto del finanziamento del proprio servizio sanitario;
3. l'impegno delle Regioni ad adottare entro il 30 giugno ed avviare entro il 30 settembre il programma attuativo regionale del Piano Nazionale della Prevenzione, sulla cui attuazione il



Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) dovrà idonea documentazione , in modo da poter certificare l'avvenuto adempimento.

In questa situazione , il progetto relativo alla priorità 5 si intende adottato con l'adozione del programma regionale attuativo del Piano Nazionale della Prevenzione. Ai fini dell'ammissione al finanziamento, di cui al presente provvedimento, le Regioni dovranno pertanto allegare copia del piano della prevenzione adottato, su cui la Direzione Generale della programmazione sanitaria, provvederà a chiedere un parere istruttorio al Centro per il controllo delle malattie (CCM)



gl

ALLEGATO 1

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PSN 2003-2005. SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI (anno 2005).

Regione proponente

Titolo del progetto

Linea progettuale nella quale il progetto si colloca

Referente (nome, struttura , indirizzo , telefono, fax , e-mail)

Durata del progetto (annuale, biennale, triennale)

Aspetti finanziari (NB dovrà essere previsto il budget assegnato a ciascuna linea progettuale)

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2004

Eventuale partecipazione della Regione al finanziamento

Spese stimate (per il personale, per beni e servizi, spese generali , totale)

Impianto progettuale:

Sintesi del contenuto del progetto

Contesto (motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare; valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

Obiettivi e risultati attesi (Obiettivo complessivo del programma, suddiviso in obiettivi specifici, intermedi e finali; risultati attesi e relativi indicatori)

Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti)

Nota metodologica per la verifica del progetto

I progetti saranno valutati, ai fini dell'ammissione al finanziamento, in base a:

- *corrispondenza del progetto agli obiettivi prioritari indicati dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 e agli indirizzi del presente accordo;*
- *adeguatezza e congruenza tra gli obiettivi proposti e gli strumenti adottati per conseguirli;*
- *coerenza del piano progettuale e controllabilità dell'avanzamento in termini di obiettivi intermedi e finali.*



gl

ALLEGATO 2

Progetti regionali per obiettivi prioritari PSN 2003-2005
Linea progettuale n. 5 – Comunicazione istituzionale
MAPPATURA ATTIVITA' DI PREVENZIONE

REGIONE:

ASL:

1 - Screening oncologici: PAP test

INDICATORI

Copertura = $\frac{\text{n}^\circ \text{ donne invitate ad effettuare il test}}{\text{Pop. Target (n}^\circ \text{ di donne tra i 25 e i 64 aa.)}}$

Pop. Target (n° di donne tra i 25 e i 64 aa.)

Adesione = $\frac{\text{n}^\circ \text{ donne che hanno effettuato il test}}{\text{n}^\circ \text{ donne invitate}}$

n° donne invitate

STADI

Stadio 0 = nessun programma attivato

Stadio 1 = programma determinato

Stadio 2 = copertura < 50% ; adesione < 50%

Stadio 3 = copertura tra 50 e 69 % ; adesione tra 50 e 84 %

Stadio 4 = copertura = o > 70% ; adesione = o > 85 %



gl

2- Screening oncologici: SANGUE OCCULTO NELLE FECE

INDICATORI

Copertura : n° persone invitate ad effettuare il test

Pop. Target (uomini e donne tra 50 e 75 anni)

Adesione : n° di persone che hanno effettuato il test

n° di persone invitate

STADI

Stadio 0 : nessun programma attivato

Stadio 1 : programma determinato

Stadio 2 : copertura < 50% ; adesione < 50%

Stadio 3 : copertura tra 50 e 69 %; adesione tra 50 e 69 %

Stadio 4 : copertura = o > 70 %; adesione = o > 70%

3- Screening oncologici: MAMMOGRAFIA

INDICATORI

Copertura : n° donne invitate ad effettuare il test

Pop. Target (donne tra 50 e 69 anni)

Adesione : n° di donne che hanno effettuato il test

n° di donne invitate

STADI

Stadio 0 : nessun programma attivato

Stadio 1 : programma determinato

Stadio 2 : copertura < 50% ; adesione < 50%

Stadio 3 : copertura tra 50 e 69 %; adesione tra 50 e 69 %



gh

Stadio 4 : copertura = o > 70 %; adesione = o > 70%

3- RISCHIO CARDIOVASCOLARE

INDICATORI

Copertura : n° di MMG coinvolti nella somministrazione della carta del rischio

n° tot. MMG

STADI

Stadio 0 : nessun programma attivato

Stadio 1 : programma determinato

Stadio 2 : copertura < 50% ;

Stadio 3 : copertura tra 50 e 69 %;

Stadio 4 : copertura = o > 70 %;

4- COMPLICANZE DEL DIABETE

INDICATORI

Copertura : n° di MMG coinvolti nell'attività di disease management

n° tot. MMG

n° di pazienti sottoposti a disease management

n° tot. esenti per diabete

STADI

Stadio 0 : nessun programma attivato

Stadio 1 : programma determinato

Stadio 2 : copertura < 50% ;

Stadio 3 : copertura tra 50 e 69 %;

Stadio 4 : copertura = o > 70 %;



gh

5- VACCINAZIONI; Vaccinazioni raccomandate: MPR-Haemophilus influenzae tipo b

INDICATORI

Copertura vaccinale nei bambini in età inferiore ai 24 mesi

STADI

Stadio 0 : copertura < 80 %

Stadio 1 : copertura tra 81 e 94 %

Stadio 2 : copertura = o > 95% ;

6- VACCINAZIONI; Vaccinazione antinfluenzale

INDICATORI

Copertura vaccinale negli anziani in età superiore o uguale a 65 anni

STADI

Stadio 0 : copertura < 60 %

Stadio 1 : copertura tra 61 e 74 %

Stadio 2 : copertura = o > 75% ;

14

g

Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
 DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
 DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
 UFFICIO VII

OSSERVATORIO DEGLI INVESTIMENTI PUBBLICI IN SANITA'
PARAMETRI DI CALCOLO DELLE RISORSE PER L'INIZIALIZZAZIONE DEL SISTEMA

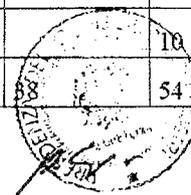
Ai fini della valutazione delle risorse necessarie alle Regioni per le operazioni di verifica dei dati presenti sul sistema e di immissione dei dati mancanti si possono utilizzare le seguenti grandezze:
 numero di interventi da recuperare;
 quantità degli interventi eventualmente esclusi dal recupero;
 tempo medio (in ore) per il recupero dei dati relativi ad un intervento;
 costo medio di un'ora di attività per il recupero.

NUMERO DI INTERVENTI DA RECUPERARE

Il numero di interventi Regione per Regione è riportato in tabella 1. Occorre sottolineare che non c'è proporzionalità tra importo dei finanziamenti assegnati e numero degli interventi finanziati, per cui per ogni Regione l'onerosità del recupero dei dati non è strettamente riconducibile al volume dei finanziamenti ricevuti.

Tab. 1

	ART. 20 ACCORDI	ART. 71	ART. 20 SICUREZZA e COMPLET.	LIBERA PROFESS.	HOSP ICE	RADIOTER.	MATERNI INFANT.	ART. 20 I FASE	AIDS	TOTA LE
Piemonte	54	17	10	5	7	10		66	24	193
Val d'Aosta	6		1	2	1			2		12
Lombardia	103	9	18	30	30		10	10	12	222
Prov. Aut. Bolzano	6									6
Prov. Aut. Trento	7		1	15	2				1	26
Veneto	150	19	47	42	16	1			57	332
Friuli Venezia Giulia	8		1		4	1		1		15
Liguria	178	13	20	19	6	2	3	14	8	263
Emilia Romagna	134	8	2	8	21	1		14	2	190
Toscana	63	27		26	16		3	69	11	215
Umbria	7		3	11		1		4		26
Marche	100	45	16	35	7	1		10	9	223
Lazio	199		9	47		4		54	11	362



Abruzzo	32		12				27	63	7	141
Molise	4		20		2			5	1	32
Campania	206	1	1					188	10	406
Puglia	94	22	3	41	8	2		164	7	341
Basilicata	48	8	15	25	5	1	15	12		129
Calabria	8	2	5		7	1	14	78	3	118
Sicilia	223	39	4		22			9		297
Sardegna	196	6	11	7	3	2		29	8	262
	1826	216	199	313	157	27	110	792	171	3811

QUANTITÀ DEGLI INTERVENTI EVENTUALMENTE ESCLUSI DAL RECUPERO

In tabella 2 è riportato il numero di interventi per 3 diverse ipotesi di recupero (minimo, parziale, totale).

Il recupero minimo riguarda le linee di investimento (Accordi di Programma e art. 71) economicamente più rilevanti, i cui finanziamenti sono ancora in buona parte ancora non utilizzati e che maggiormente caratterizzano le scelte di programmazione degli investimenti.

Tutti gli interventi considerati sono comunque ancora soggetti a monitoraggio ma, se l'acquisizione informatizzata complessiva dei dati storici si rivelasse troppo onerosa, si potrebbe ipotizzare una gestione dei dati interamente cartacea per alcune linee di investimento.



gl

Tab. 2

	SOLUZIONE 1	SOLUZIONE 2	SOLUZIONE 3
	ART. ACCORDI +ART.71	20 TUTTE LE LINEE TRANNE I FASE ART.20 E AIDS	TUTTE LE LINEE
Piemonte	71	103	193
Val d'Aosta	6	10	12
Lombardia	112	200	222
Prov. Aut. Bolzano	6	6	6
Prov. Aut. Trento	7	25	26
Veneto	169	275	332
Friuli Venezia Giulia	8	14	15
Liguria	191	241	263
Emilia Romagna	142	174	190
Toscana	90	135	215
Umbria	7	22	26
Marche	145	204	223
Lazio	199	297	362
Abruzzo	32	71	141
Molise	4	26	32
Campania	207	208	406
Puglia	116	170	341
Basilicata	56	117	129
Calabria	10	37	118
Sicilia	262	288	297
Sardegna	202	225	262
	2042	2848	3811



TEMPO MEDIO (IN ORE) PER IL RECUPERO DEI DATI RELATIVI AD UN INTERVENTO

In tabella 3 è riportata la stima del numero di ore/uomo, per un singolo intervento, effettuata utilizzando valori condivisi durante una riunione con rappresentanti tecnici delle Regioni, che avevano ricevuto idonea formazione sul nuovo sistema informativo e che operano negli uffici regionali che si occupano di investimenti.

Sono state considerate tre tipologie di attività

- A. inserimento/validazione scheda intervento
- B. inserimento dati di ammissione a finanziamento
- C. inserimento dati riassuntivi dell' avanzamento finanziario.

Sono state formulate le seguenti ipotesi operative:

attività svolta in parallelo da due persone, per un maggiore controllo della qualità dei dati immessi massivamente, a condizione che quanti operano non siano contemporaneamente chiamati ad altre attività

disponibilità costante ed immediata delle informazioni sull'organizzazione, sulle procedure e sul software applicativo che si rendano necessarie per procedere con continuità e affidabilità alle operazioni di immissione e verifica ;

disponibilità presso la postazione di immissione della documentazione cartacea di riferimento (con esclusione di eventuali oneri per trasferta, trasporto e recupero di documenti da archivi remoti).

Si è valutato che per ogni intervento siano necessari, con un recupero ridotto ai dati essenziali, 50 minuti di lavoro di 2 persone, ossia dai 100 minuti complessivi per intervento.

Tab. 3 - ORE / UOMO

	Accordi Programma Art. 71	Compl. e Sic. Libera Prof. Radioterapia Mat. infant. Hospice	I triennio art. 20 AIDS	Totale
inserimento/validazione scheda intervento	2042	806	963	3811
inserimento dati di ammissione a finanziamento	1021	403	482	1906
inserimento dati avanzamento finanziario	340	134	161	635
Totale	3403	1343	605	6352

COSTO MEDIO DI UN'ORA DI ATTIVITÀ PER IL RECUPERO

Per il lavoro aggiuntivo necessario al recupero dei dati storici si può ipotizzare un costo orario medio pari a 16 Euro, calcolato a partire dalle retribuzioni orarie straordinarie di 2 posizioni economiche del comparto Enti Locali (posizione D3, € 13,96 per ora, e C3, € 11,64 per ora) assumendo come retribuzione di riferimento la media tra le due, pari a € 12,80, in virtù dell'ipotesi della contemporanea necessità dei due livelli di competenza.

Il costo orario di 16,00 euro si ricava maggiorando del 25 % la retribuzione di riferimento (€ 12,80), per comprendere in maniera forfettaria le attività organizzative e addestrative propedeutiche e gli oneri di recupero e trasporto della documentazione cartacea.

La quantificazione basata sul costo del lavoro del personale interno appare congrua anche nell'ipotesi di ricorso a personale esterno a contratto, e consente di comprendere nella stima gli oneri per le attività di verifica finale e validazione comunque poste sotto la responsabilità delle amministrazioni regionali.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di assegnazione alle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per l'anno 2005 alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del piano sanitario nazionale 2003 - 2005, individuati con l'Accordo Stato - Regioni del 24 luglio 2003.

Rep. n. 2476... del 8 febbraio 2006

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

Nell'odierna seduta del 9 febbraio 2006:

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662, che all'articolo 1:

- comma 34, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati del Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

- comma 34bis, prevede che la Conferenza Stato - Regioni, su proposta del Ministro della salute, individui i progetti ammessi al finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo Sanitario Nazionale ai sensi del citato comma 34;

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

VISTO l'accordo Stato - Regioni del 24 luglio 2003 che ha individuato, nell'ambito degli obiettivi strategici e generali del piano Sanitario nazionale 2003-2005, cinque linee prioritarie che costituiscono obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il cui perseguimento le Regioni elaborano specifici progetti, ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la nota in data 24 ottobre 2005 del Ministero della salute di trasmissione della proposta di intesa in oggetto, con la quale la somma di € 1.228.848.000, accantonata per le suddette finalità sul FSN 2005, viene ripartita sulla base dei criteri già adottati per il precedente anno;

CONSIDERATI gli esiti della riunione tecnica intervenuta sull'argomento il 22 novembre 2005, nel corso della quale i rappresentanti delle Regioni hanno espresso parere tecnico favorevole sulla proposta di assegnazione delle risorse in oggetto;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sulla proposta di riparto in esame, nel testo trasmesso dal Ministero della salute, allegato sub A, parte integrante del presente atto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta di assegnazione delle risorse di cui in premessa, come da allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino



IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

Tell

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

FSN 2005 - Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario

Importo previsto in sede di riparto: 1.228.848.000

(importi in euro)

REGIONI	Popolazione riparto 2005	Ripartizione 2005
PIEMONTE	4.296.822	99.043.080
LOMBARDIA	9.318.038	214.783.667
VENETO	4.671.372	107.676.574
LIGURIA	1.585.612	36.548.849
EMILIA R.	4.107.144	94.670.944
TOSCANA	3.589.289	82.734.225
UMBRIA	854.174	19.688.976
MARCHE	1.511.774	34.846.860
LAZIO	5.261.241	121.273.238
ABRUZZO	1.290.620	29.749.191
MOLISE	322.218	7.427.225
CAMPANIA	5.790.193	133.465.745
PUGLIA	4.047.094	93.286.772
BASILICATA	598.163	13.787.843
CALABRIA	2.018.767	46.533.206
SICILIA	2.881.470	66.418.778
SARDEGNA	1.167.569	26.912.827
TOTALE	53.311.560	1.228.848.000

Per Sicilia e Sardegna sono state effettuate le ritenute di legge sul parametro Popolazione

I dati originari ammontano, rispettivamente, a:

Sicilia:	5.011.253
Sardegna:	1.644.463



Normativa di riferimento

<i>D. Lgs. 502 del 30.12.1992</i>	Artt. 12 e 13
<i>L. 662 del 23.12.1996</i>	Art. 1, comma 34
<i>D. Lgs. 56 del 18.02.2000</i>	
<i>Accordo Governo-Regioni dell'8.8.2001</i>	
<i>D.L. 347 del 18.09.2001 convertito in L. 405 del 16.11.2001</i>	
<i>D.L. 63 del 15.04.2002 convertito in L. 112 del 15.06.2002</i>	Artt. 3, 4 e 4 bis
<i>L. 289 del 27.12.2002 (Legge Finanziaria 2003)</i>	Artt.: 21, comma 9 24, commi 1, 3 e 5 30 34, commi 5 e 6 41, comma 7 52 53 54 55 56 57 58 59 80, comma 14
<i>D.L. 269 del 30.09.2003 convertito in L. 326 del 24.11.2003</i>	Artt. 48, 49 e 50
<i>L. 350 del 24.12.2003 (Legge Finanziaria 2004)</i>	Art. 3, commi 30, 31, 32, 33, 34, 52, 125, 126, 144 e 145
<i>D.L. 156 del 24.06.2004 convertito in L. 202 del 02.08.2004</i>	
<i>L. 311 del 30.12.2004 (Legge Finanziaria 2005)</i>	Art. 1, commi 5, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187 e 188
<i>D.L. 35 del 14.03.2005 convertito in L. 80 del 04.05.2005</i>	Art. 4, comma 1, lett. a-bis)
<i>Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005</i>	

D.Lgs. 30-12-1992 n. 502
Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma
dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421

Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

12. Fondo sanitario nazionale.

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni ^(88/a).

2. Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

3) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

4) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie e le attività del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo ^(88/b);

c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'art. 11, comma 3, lettera d), della L. 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ^{(89) (89/a)}.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'art. 1, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;

b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;

c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali ⁽⁸⁹⁾.

4. Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale assicura quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche ⁽⁸⁹⁾.

5. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento ⁽⁹⁰⁾.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel Fondo comune di cui all'art. 8, L. 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio ^{(90) (91)}.

(88/a) L'art. 1, D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, ha disposto che, a decorrere dall'anno 2001, cessano i trasferimenti erariali previsti dal presente comma.

(88/b) Lettera così modificata dall'art. 10, L. 6 marzo 2001, n. 52.

(89) Comma così sostituito dall'art. 14, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).

(89/a) Le risorse previste nel presente comma sono costituite da una quota dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale stabilita dalla annuale legge finanziaria, ai sensi di quanto disposto dall'art. 3, D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213. Vedi, anche, le ulteriori disposizioni contenute nello stesso articolo 3.

(89) Comma così sostituito dall'art. 14, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).

(89) Comma così sostituito dall'art. 14, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).

(90) L'attuale comma 5 è stato aggiunto dall'art. 14, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.) e l'originario comma 5 è diventato comma 6.

(90) L'attuale comma 5 è stato aggiunto dall'art. 14, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.) e l'originario comma 5 è diventato comma 6.

(91) Vedi, anche, l'art. 1, comma 23, L. 23 dicembre 1996, n. 662, riportata alla voce Amministrazione del patrimonio e contabilità generale dello Stato.

13. Autofinanziamento regionale.

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato ^(92/a).

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

(92/a) La Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (Gazz. Uff. 4 agosto 1993, n. 32 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13, primo comma, nella parte in cui, nello stabilire l'esonero immediato e totale dello Stato da interventi finanziari volti a far fronte ai disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non prevede una adeguata disciplina diretta a rendere graduale il passaggio e la messa a regime del sistema di finanziamento previsto nello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992.

L. 23-12-1996 n. 662

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

Publicata nella Gazz. Uff. 28 dicembre 1996, n. 303, S.O.

1. Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza.

34. Ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ⁽²⁰⁾, e successive modificazioni, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie. Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia le regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, devono concedere gratuitamente i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite e antihaemophilus influenzae e tipo B quando queste vengono richieste dai genitori con prescrizione medica. Di tale norma possono usufruire anche i bambini extracomunitari non residenti sul territorio nazionale.

(20) Riportato alla voce Sanità pubblica. I termini e le sanzioni di cui al presente comma sono stati fissati con D.M. 25 febbraio 1997, riportato alla voce Sanità pubblica.

D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 ⁽¹⁾.

Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133 ^(1/circ).

Pubblicato nella Gazz. Uff. 15 marzo 2000, n. 62

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 15 marzo 2000, n. 62.

(1/circ) Con riferimento al presente provvedimento è stata emanata la seguente istruzione:

- *Ministero dell'economia e delle finanze: Ris. 8 luglio 2002, n. 219/E.*

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 10, comma 1, lettere *a), b), c), d), e), g), h), i), m), n), o), p), q)* e *r)*, comma 2 e comma 3, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Considerato che l'attuazione del presente decreto deve avvenire nel rispetto dei principi di armonizzazione dei bilanci pubblici e di coordinamento della finanza pubblica;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 gennaio 2000;

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

Acquisito il parere della Conferenza Stato - Città ed autonomie locali relativamente alle disposizioni di cui all'articolo 11 del presente decreto legislativo;

Acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari permanenti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 febbraio 2000;

Sulla proposta del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con i Ministri delle finanze, della sanità e per gli affari regionali;

Emana il seguente decreto legislativo:

1. Soppressione trasferimenti erariali.

1. A decorrere dall'anno 2001 cessano i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario previsti dalle seguenti disposizioni:

a) articolo 1, comma 2, ultimo periodo, della legge 7 gennaio 1999, n. 2, relativo alla compensazione della perdita di entrata realizzata in conseguenza della soppressione dell'addizionale regionale dell'imposta erariale di trascrizione;

b) articolo 34, comma 4, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e articolo 72, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, concernenti gli indennizzi di usura derivanti dall'uso dei mezzi d'opera;

c) articolo 8, comma 10, lettera b), della legge 23 dicembre 1998, n. 448, e articolo 2, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 22 febbraio 1999, n. 54, concernenti la compensazione del minor gettito derivante dalla riduzione della sovrattassa di cui all'articolo 8 del decreto-legge 8 ottobre 1976, n. 691, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 1976, n. 786;

d) articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, relativo al finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale ^(1/a).

2. La spesa sanitaria corrente di cui alla lettera d) del comma 1 è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali vigenti all'entrata in vigore del presente decreto, di quelle destinate al finanziamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali nell'anno 2000, di quelle destinate dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) al finanziamento della Croce Rossa Italiana nel 2000, di quelle destinate nel 2000 al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni ed integrazioni, nonché di quelle previste dalle seguenti norme:

legge 5 giugno 1990, n. 135;

legge 6 marzo 1998, n. 40;

legge 27 ottobre 1993, n. 433;

legge 23 dicembre 1993, n. 548;

legge 2 giugno 1988, n. 218;

decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256;

decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257;

articolo 26 del decreto-legge 28 febbraio 1981, n. 38, convertito dalla legge 23 aprile 1981, n. 153 ⁽²⁾.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sulla base del rispetto della programmazione sanitaria regionale e della

specificità degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nel rapporto tra attività di ricerca e attività assistenziale, sono stabiliti i criteri per il raccordo delle attività degli stessi Istituti con la programmazione regionale, in termini di definizione e verifica dei programmi di attività assistenziale e dei corrispondenti fabbisogni di finanziamento. [Con lo stesso provvedimento sono definiti i criteri per l'individuazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali strettamente connesse con l'attività di ricerca corrente e finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché le modalità per il loro finanziamento] ⁽³⁾.

4. I trasferimenti soppressi ai sensi del presente articolo sono compensati con la compartecipazione regionale all'imposta sul valore aggiunto (IVA), di cui all'articolo 2, con l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), di cui all'articolo 3, comma 1, e dall'aumento della compartecipazione di cui all'articolo 4, nelle misure necessarie a realizzare detta compensazione. A quest'ultimo fine, le aliquote e le quote di compartecipazione sono stabilite dagli articoli 2, 3 e 4, sulla base di dati previsionali e, successivamente, ove necessario, determinati in via definitiva sulla base di dati consuntivi a norma dell'articolo 5.

(1/a) Vedi, anche, il comma 58 dell'art. 1, L. 30 dicembre 2004, n. 311.

(2) Comma così modificato dall'art. 83, comma 2, L. 23 dicembre 2000, n. 388.

(3) Periodo abrogato dall'art. 83, comma 2, L. 23 dicembre 2000, n. 388.

2. Compartecipazione regionale all'IVA.

1. È istituita una compartecipazione delle regioni a statuto ordinario all'IVA.

2. A decorrere dall'anno 2001, la compartecipazione regionale all'IVA per ciascun anno è fissata nella misura del 25,7 per cento ^(3/a) del gettito IVA complessivo realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione, al netto di quanto devoluto alle regioni a statuto speciale e delle risorse UE.

3. L'importo della compartecipazione regionale all'IVA di cui al comma 2 è attribuito alle regioni utilizzando come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'ISTAT a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili.

4. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Ministero della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono stabilite annualmente entro il 30 settembre di ciascun anno per il triennio successivo, per ciascuna regione sulla base dei criteri previsti dall'articolo 7:

a) la quota di compartecipazione all'IVA di cui al comma 3;

b) la quota di concorso alla solidarietà interregionale;

c) la quota da assegnare a titolo di fondo perequativo nazionale;

d) le somme da erogare a ciascuna regione da parte del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ^(3/b).

(3/a) L'aliquota è stata rideterminata nella misura del 38,55 per cento per l'anno 2001 dall'art. 1, D.P.C.M. 17 maggio 2001.

(3/b) Le quote di cui al presente comma sono state determinate, per il 2001, con D.P.C.M. 17 maggio 2001 (Gazz. Uff. 5 giugno 2001, n. 128) e, per il 2002, con D.P.C.M. 14 maggio 2004 (Gazz. Uff. 2 agosto 2004, n. 179). Vedi, anche, l'art. 3, comma 33, L. 24 dicembre 2003, n. 350 e l'art. 1, comma 319, L. 23 dicembre 2005, n. 266. L'efficacia del citato D.P.C.M. 14 maggio 2004 è stata sospesa fino al 28 febbraio 2005 dall'art. 4, D.L. 30 dicembre 2004, n. 314.

3. Aliquote dell'addizionale regionale IRPEF e rideterminazione delle aliquote erariali.

1. A decorrere dall'anno 2000, le aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF dello 0,5 per cento e dell'1 per cento previste dall'articolo 50, comma 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, sono elevate, rispettivamente, allo 0,9 per cento e all'1,4 per cento.

2. A decorrere dal 2001 le aliquote dell'IRPEF previste dall'articolo 11, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, sono ridotte di 0,4 punti percentuali.

3. L'acconto dell'IRPEF è ridotto, relativamente al periodo d'imposta 2001, dal 98 per cento al 95 per cento ^(3/c).

(3/c) Vedi, anche, l'art. 1, D.P.C.M. 17 maggio 2001.

4. Aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine.

1. A decorrere dall'anno 2001, la quota dell'accisa spettante alle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 3, comma 12, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come modificato dall'articolo 17, comma 22, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è elevata da lire 242 a lire 250 per ciascun litro di benzina venduta ^(3/d).

(3/d) Vedi, anche, l'art. 1, D.P.C.M. 17 maggio 2001.

5. Rideterminazione delle aliquote.

1. Alla rideterminazione delle aliquote e delle compartecipazioni, di cui agli articoli 2, 3 e 4, si provvede, ove necessario, per le finalità di cui al comma 4 dell'articolo 1, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delle finanze e del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, secondo quanto previsto dal presente articolo.

2. Le aliquote di cui agli articoli 2, 3 e 4 sono rideterminate entro il 30 luglio 2000 e il 30 luglio 2001 sulla base dei dati consuntivi risultanti, rispettivamente, per l'anno immediatamente precedente. Per l'anno 2004 le predette aliquote e compartecipazioni sono rideterminate, entro l'11 agosto 2004, sulla base dei dati consuntivi del penultimo anno precedente; per l'anno 2003 restano determinate nelle misure definite alla predetta data ^(3/e).

3. Alla determinazione delle aliquote e compartecipazioni per l'anno 2005 si provvede, in via provvisoria, entro il 31 ottobre 2004 sulla base dei dati consuntivi dell'anno 2003. Entro il 31 luglio 2005 si provvede alla definitiva determinazione delle aliquote e compartecipazioni sulla base dei dati di consuntivo risultanti per l'anno 2004, tenuto conto anche delle esigenze di rimodulazione derivanti dall'eventuale minor gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) da riequilibrare preferibilmente mediante la rideterminazione dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF, ove compatibile con gli andamenti finanziari delle singole regioni. Il relativo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è trasmesso alle competenti Commissioni parlamentari per il parere ^(3/f).

(3/e) Comma così modificato dall'art. 3, D.L. 12 luglio 2004, n. 168.

(3/f) Comma prima modificato dall'art. 30, comma 3, L. 27 dicembre 2002, n. 289 e poi così sostituito dall'art. 3, D.L. 12 luglio 2004, n. 168, come modificato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, l'art. 3, D.L. 29 novembre 2004, n. 282. Per la determinazione dell'aliquota di cui al presente comma vedi il comma 323 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

6. Rideterminazione delle aliquote per il finanziamento delle funzioni conferite.

1. Il trasferimento dal bilancio dello Stato delle risorse individuate dai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, emanati ai sensi dell'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esclusione di quelle relative all'esercizio delle funzioni nel settore del trasporto pubblico locale, cessa a decorrere dal 1° gennaio 2006 ^(3/g).

2. [Le aliquote e compartecipazioni definitive di cui all'articolo 5, comma 3, sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio 2006, esclusivamente al fine di assicurare la copertura degli oneri connessi alle funzioni attribuite alle regioni a statuto ordinario di cui al comma 1] ^(3/h) ^(3/l).

(3/g) Comma così modificato prima dall'art. 11-bis, D.L. 24 dicembre 2003, n. 355, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione e poi dall'art. 4-bis, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

(3/h) Comma così sostituito dall'art. 3, D.L. 12 luglio 2004, n. 168 e dall'art. 4-bis, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione e poi abrogato dall'art. 1, comma 323, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

(3/i) Articolo così sostituito dall'art. 30, comma 4, L. 27 dicembre 2002, n. 289.

7. Fondo perequativo nazionale e criteri per le assegnazioni alle regioni.

1. È istituito nello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica il «Fondo perequativo nazionale» al fine di consentire che una parte del gettito della compartecipazione all'IVA venga destinata alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Le quote di compartecipazione all'IVA di cui all'articolo 2, comma 4, lettere b) e c), e l'entità del Fondo perequativo nazionale sono determinate annualmente con le procedure di cui all'allegato A).

2. Al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni, di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale e per tener conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e dell'esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali, la determinazione delle quote di cui all'articolo 2, comma 4, lettera d), è effettuata in funzione di parametri riferiti alla popolazione residente, alla capacità fiscale, le cui distanze rispetto alla media dovranno essere ridotte del 90 per cento, ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica di ciascuna regione, come definiti e determinati dalle specifiche tecniche di cui all'allegato A). A decorrere dal 2004 possono essere apportate modifiche alle specifiche tecniche di cui al predetto allegato A), relativamente al parametro della dimensione geografica, con il decreto di cui all'articolo 2, comma 4. Le quote di cui al presente comma sono fissate in modo tale da assicurare comunque la copertura del fabbisogno sanitario alle regioni con insufficiente capacità fiscale.

3. Per l'anno 2001 a ciascuna regione è comunque corrisposto un importo pari alla differenza tra l'ammontare dei trasferimenti soppressi e il gettito derivante dall'aumento dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'accisa sulle benzine di cui all'articolo 3, comma 1, e all'articolo 4. L'importo così determinato viene rapportato all'importo della compartecipazione all'IVA determinato in applicazione dell'articolo 2, comma 2, e al fine di individuare la quota di incidenza della spesa storica ^(3/l).

4. Per gli anni 2002 e 2003 la quota di cui al comma 3 è ridotta del 5 per cento ogni anno. A decorrere dall'anno 2004, per una efficace implementazione dei criteri di perequazione, la quota di cui al comma 3 è ridotta di un ulteriore 9 per cento ogni anno fino a totale azzeramento nel 2013. Le risorse che residuano in ciascun anno sono ripartite in base ai parametri di cui all'allegato A) ^(3/m).

(3/l) Per la riduzione della quota di cui al presente comma vedi il comma 320 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

(3/m) Per la sospensione dell'applicazione del presente articolo vedi l'art. 4, D.L. 30 dicembre 2004, n. 314.

8. Vincolo di destinazione delle spese sanitarie.

1. Al fine di assicurare in ogni regione i livelli essenziali ed uniformi di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per gli anni dal 2001 al 2003, ciascuna regione è vincolata a destinare, per l'erogazione delle tipologie di assistenza, delle prestazioni e dei servizi individuati dal Piano sanitario nazionale, una spesa corrente pari al fabbisogno finanziario per il Servizio sanitario regionale, definito in funzione della quota capitaria di finanziamento di cui all'articolo 1, comma 10, lettera c), del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, determinata tenendo conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio sanitarie di ciascuna regione secondo i criteri generali e le modalità indicate nell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ⁽⁴⁾.

2. Al finanziamento della spesa corrente di cui al comma 1 concorrono i trasferimenti erariali per le prestazioni assistenziali rese dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a favore della popolazione residente in ciascuna regione, secondo le modalità definite ai sensi dell'articolo 1, comma 3.

3. A partire dal 2004, il vincolo di cui al comma 1 è rimosso nei confronti delle regioni che hanno attivato le procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata e del sistema di garanzie di cui all'articolo 9.

4. Gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti alla regione che li ha realizzati, sempre che siano garantiti i livelli di assistenza di cui al comma 1.

(4) Il vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario nazionale di cui al presente comma è stato soppresso dall'art. 83, comma 1, L. 23 dicembre 2000, n. 388.

9. Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

1. Al fine di consentire la tempestiva attivazione di procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione, nonché di permettere la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilità finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, definisce con uno o più decreti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in

vigore del presente decreto, un sistema di garanzia del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale.

2. Il sistema di garanzia di cui al comma 1 comprende:

a) un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a statuto ordinario, anche tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

b) le regole e le convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni e dei dati statistici necessari per l'applicazione del sistema di cui alla lettera a);

c) le procedure per la pubblicizzazione periodica dei risultati dell'attività di monitoraggio e per l'individuazione delle regioni che non rispettano o non convergono verso i parametri di cui alla lettera a), anche prevedendo limiti di accettabilità entro intervalli di oscillazione dei valori di riferimento.

3. Il Governo, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, adotta le raccomandazioni al fine di correggere le anomalie riscontrate attraverso il sistema di monitoraggio di cui al presente articolo e per la individuazione di forme di sostegno alle regioni, anche attraverso la sottoscrizione di convenzioni ai sensi dell'articolo 19-ter, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. In caso di inadempimento totale o parziale, da parte della regione, delle misure di garanzia fissate a norma dei commi 1 e 2, il Governo, su proposta del Ministro della sanità, con le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-octies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dispone la progressiva riduzione dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni, in misura non superiore al 3 per cento della quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale e la loro contestuale sostituzione con trasferimenti erariali finalizzati all'attivazione del sistema di garanzie.

5. Le determinazioni incidenti sui fattori generatori della spesa sanitaria, ed in particolare quelle riguardanti la spesa per il personale, la spesa farmaceutica e gli oneri per la cura dei non residenti, sono assunte, ognuna secondo il rispettivo regime, in modo da rendere trasparenti le responsabilità di dette determinazioni, con riguardo ai diversi livelli di governo, centrale, regionale e locale e da consentire il confronto nelle competenti sedi istituzionali, nonché da evidenziare i prevedibili effetti finanziari delle determinazioni medesime sui diversi livelli di governo, assicurando che gli eventuali maggiori oneri a carico delle regioni a statuto ordinario, derivanti da disposizioni legislative assunte a livello nazionale, siano correlati ad un corrispondente adeguamento della quota di compartecipazione regionale all'IVA ^(4/a).

(4/a) Vedi, anche, il D.M. 12 dicembre 2001 e il comma 288 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

10. Partecipazione delle regioni a statuto ordinario all'attività di accertamento.

1. Le regioni a statuto ordinario partecipano all'attività di accertamento dei tributi erariali. Con decreto del Ministro delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, saranno stabilite le modalità della partecipazione all'attività di accertamento in analogia a quanto previsto dall'articolo 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600.

11. Abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito IRAP.

1. Dal 2001 è abolita la compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP, prevista dall'articolo 27 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446; il corrispondente gettito rimane attribuito alle regioni.

2. Conseguentemente sono rideterminate le quote di finanziamento della spesa sanitaria spettanti a ciascuna regione e soppresse dall'articolo 1.

3. Con la stessa decorrenza alle province ed ai comuni vengono assicurati trasferimenti erariali di importo pari alla compartecipazione IRAP per l'anno 1998, incrementata del tasso programmato d'inflazione per gli anni 1999, 2000 e 2001 a valere sul Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali - capitolo 1601 - unità previsionale di base 3.1.2.2 dello stato di previsione del Ministero dell'interno, opportunamente integrato.

4. Le modalità di invio al Ministero dell'interno delle notizie relative al gettito di cui al comma 1, spettante alle singole province ed ai singoli comuni, sono fissate con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri delle finanze e del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali.

12. Ulteriore compartecipazione all'accisa sulla benzina alle regioni di confine.

1. In attuazione dell'articolo 10, comma 1, lettera p), della legge 13 maggio 1999, n. 133, le regioni confinanti con la Svizzera, al fine di ridurre la concorrenzialità delle rivendite di benzine situate nel vicino Stato non facente parte dell'Unione europea, possono determinare, con propria legge e nell'ambito della quota complessiva dell'accisa a loro riservata, nel rispetto della normativa comunitaria, una riduzione del prezzo alla pompa delle benzine utilizzate dai privati cittadini

residenti nella regione per consumi personali, in modo tale da garantire che il prezzo non sia inferiore a quello praticato nello Stato confinante e che la riduzione sia differenziata nel territorio regionale in maniera inversamente proporzionale alla distanza dei punti di vendita dal confine.

2. Nel caso di incremento delle vendite rispetto ai quantitativi erogati nell'anno precedente a quello di attuazione della normativa regionale, alla regione viene corrisposta una somma pari ai nove decimi dell'incremento espresso in litri per l'importo unitario pari a quello dell'accisa vigente nell'anno di competenza.

3. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro delle finanze, sono stabilite le modalità di applicazione delle disposizioni del presente articolo ⁽⁵⁾.

(5) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 25 gennaio 2001.

13. Modifiche dell'attribuzione del gettito IRAP alle regioni a statuto ordinario.

1. A decorrere dall'anno 2001 sono soppressi l'articolo 41, comma 1, e 42, commi 2, 3 e 4, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, e cessano di avere effetto nei confronti delle regioni a statuto ordinario le disposizioni previste dagli articoli 38 e 39, commi 1, 2, 3 e 4, del predetto decreto legislativo n. 446 del 1997.

2. Per l'anno 2001, ai fini della determinazione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente e delle specifiche quote da assegnare alle regioni a statuto ordinario si considera come dotazione propria il gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF, commisurato all'aliquota dello 0,5 per cento e il gettito dell'IRAP al netto dell'ammontare della quota di cui all'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, delle spettanze determinate, per il medesimo anno 2001, in applicazione dell'articolo 3, commi 2 e 3, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, nonché, limitatamente alla regione Toscana, della somma spettante ai sensi dell'articolo 4 della legge 8 aprile 1999, n. 87.

3. Per il periodo 2001-2004 è istituito nello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica un fondo di garanzia per compensare le regioni a statuto ordinario delle eventuali minori entrate dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, commisurata all'aliquota dello 0,5 per cento rispetto alle previsioni delle imposte medesime contenute nel documento di programmazione economico-finanziaria ^(5/a).

4. Per le regioni a statuto ordinario che realizzano in ciascuno degli anni relativi al periodo 2001-2004 un gettito complessivo dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF commisurata all'aliquota dello 0,5 per cento superiore a quello previsto, si provvede al recupero delle eventuali maggiori entrate a valere sulle somme spettanti ai sensi dell'articolo 7 ovvero sulle spettanze a titolo di compartecipazione all'accisa sulle benzine ^(5/b).

5. Alla quantificazione del fondo di garanzia si provvede ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni da accreditare sui conti correnti di cui all'articolo 40, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, in essere presso la tesoreria centrale dello Stato in misura sufficiente ad assicurare, insieme con gli accreditamenti dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, l'ordinato finanziamento della spesa sanitaria corrente. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni del presente comma ^(5/c).

7. Ai soli fini dell'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 3, 4, 5 e 6 si considerano i gettiti dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, commisurata all'aliquota dello 0,5 per cento, affluiti sui conti correnti infruttiferi di tesoreria centrale di cui all'articolo 40 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 ⁽⁶⁾.

(5/a) Comma così modificato dall'art. 3, D.L. 12 luglio 2004, n. 168.

(5/b) Comma così modificato dall'art. 3, D.L. 12 luglio 2004, n. 168.

(5/c) In deroga a quanto stabilito dal presente comma vedi l'art. 3, comma 30, L. 24 dicembre 2003, n. 350 e l'art. 1, comma 184, L. 30 dicembre 2004, n. 311. Con D.M. 21 febbraio 2001 (Gazz. Uff. 6 marzo 2001, n. 54) sono state determinate le modalità di concessione delle anticipazioni alle regioni a statuto ordinario per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Vedi, anche, l'art. 9, D.L. 8 luglio 2002, n. 138.

(6) Vedi, anche, il comma 321 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

14. Provvedimenti di attuazione.

1. I provvedimenti da adottare per l'attuazione del presente decreto legislativo sono predisposti con il concorso della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, fatta eccezione per quanto disposto dall'articolo 11 del presente decreto, e sono comunicate alle competenti Commissioni parlamentari.

15. Norme di coordinamento.

1. Al fine di assicurare l'assenza di oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e di effetti finanziari netti negativi per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano, con le procedure previste dai singoli statuti, entro

un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, si provvederà a coordinare le disposizioni in esso contenute con i rispettivi ordinamenti finanziari.

Allegato A

(previsto dall'art. 7, comma 1)

Specifiche tecniche

PARTE I

Computo delle somme da erogare a ciascuna Regione

(articolo 2, comma 4, lettera d)

1. La quota percentuale di ripartizione della compartecipazione all'IVA (COMP), di cui all'articolo 7, per ciascuna delle regioni, viene determinata annualmente con riferimento ai dati più recenti a disposizione al momento del calcolo e viene proiettata sul triennio successivo all'anno in cui tale determinazione viene effettuata.

Per il calcolo della quota percentuale di ripartizione è utilizzata la seguente espressione:

$$\varphi^{it} = \frac{n^{it}}{(\sum_i n^{it}) + [n^{it} \beta \sum_j \tau_j^t (x_j^t - x_j^{it})]} \div [R^t] + \frac{[n^{it} (s^t - s^{it})]}{[R^t] + [n^{it} \gamma^t (p^t - p^{it})]} \div [R^t]$$

dove:

- l'apice t indica l'anno in cui vengono effettuati i calcoli e a cui si riferiscono le stime delle variabili incluse nella formula;
- l'apice i indica le regioni (i=1,2....15) ...;
- φ^{it} , $0 \leq \varphi^{it} \leq 1$, indica la quota percentuale del COMP spettante alla regione i-esima;
- n^{it} è la popolazione residente della regione i-esima, al 1° gennaio dell'anno t;
- $\beta=0,9$ è il «coefficiente di solidarietà» o di perequazione della capacità fiscale;
- il pedice j indica i tributi propri e le compartecipazioni ai tributi erariali che definiscono la capacità fiscale delle regioni per il triennio considerato;
- τ_j^t rappresenta l'aliquota standard del tributo proprio o della compartecipazione j-esima che definiscono la capacità fiscale, così come determinata nell'anno t;

- x_j^{it} è la base imponibile potenziale procapite nella regione i-esima del tributo o della compartecipazione j inclusa nella definizione della capacità fiscale, così come valutata nell'anno t;

- x_j^t è la base imponibile potenziale del tributo o della compartecipazione j procapite media delle regioni: $x_j^t = (\sum_i n^{it} x_j^{it}) / (\sum_i n^{it})$;

- s^{it} è il fabbisogno sanitario procapite della regione i-esima così come valutato nell'anno t;

- s^t è il fabbisogno sanitario procapite medio delle regioni: $s^t = (\sum_i n^{it} s^{it}) / (\sum_i n^{it})$;

- γ^t è il coefficiente di correzione delle dimensioni geografiche;

- p^{it} rappresenta la spesa procapite standardizzata della regione i-esima per le funzioni legate al territorio e all'apparato amministrativo, così come valutata nell'anno t;

- p^t rappresenta la spesa standardizzata media procapite delle regioni, per le funzioni legate al territorio e all'apparato amministrativo, così come valutata nell'anno t:

$$p^t = (\sum_i n^{it} p^{it}) / (\sum_i n^{it});$$

- R^t è l'ammontare complessivo di COMP nell'anno t.

2. La quota spettante a ciascuna regione è ottenuta dall'applicazione della formula, i cui parametri sono definiti nel modo seguente:

a) Parametro popolazione residente: $(n^{it}) / (\sum_i n^{it})$

per ciascuna regione, è definito come rapporto tra la popolazione residente della regione, n^{it} , e la popolazione totale delle regioni $\sum_i n^{it}$.

b) Parametro perequazione della capacità fiscale: $[n^{it} \beta \sum_j \tau_j^t (x_j^t - x_j^{it})] / [R^t]$

1. Per ciascuna regione la capacità fiscale procapite è definita dal rapporto tra l'ammontare dei gettiti potenziali dei principali tributi propri e dei gettiti standardizzati delle compartecipazioni ai tributi erariali e la popolazione della regione. Il gettito potenziale di ciascun tributo proprio deriva dal prodotto dell'aliquota standard del tributo e della sua base imponibile potenziale. Per quanto riguarda l'addizionale all'IRPEF e l'accisa sulle benzine il gettito potenziale è valutato tenendo conto solo dell'aliquota standard. Le basi imponibili potenziali dell'IRAP e della tassa automobilistica sono rese disponibili dal Ministero delle Finanze che le determina sulla base delle dichiarazioni dei redditi, delle risultanze di bilancio e dei dati relativi al pubblico registro automobilistico, tenendo conto, possibilmente, del valore della base imponibile evasa.

2. Per la media nazionale, la capacità fiscale procapite del complesso delle regioni è pari al rapporto tra l'ammontare dei gettiti potenziali dei principali tributi propri e dei gettiti effettivi e delle compartecipazioni regionali e la popolazione complessiva delle regioni medesime.

Per il triennio 2002-2004, i tributi e le compartecipazioni considerati ai fini del calcolo della capacità fiscale sono i seguenti: l'IRAP, l'addizionale IRPEF, la compartecipazione all'accisa sulla benzina spettante alle regioni e la tassa automobilistica. Per il triennio 2002-2004, le aliquote standard sono pari a quelle vigenti nell'anno 2001 per l'IRAP, l'addizionale IRPEF e l'accisa sulla benzina; per la tassa automobilistica al valore medio ponderato tra le aliquote standard vigenti nell'anno 2001 nelle diverse regioni italiane.

c) Parametro fabbisogno sanitario: $[n^{it} (s^{it} - s^t)] / [R^t]$

1. Per ciascuna regione il fabbisogno sanitario procapite è ottenuto rapportando il fabbisogno sanitario di ciascuna regione alla popolazione residente della regione medesima.

2. Per il complesso delle regioni il fabbisogno sanitario è definito dal Ministero della Sanità, in funzione della quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale sulla base dei criteri fissati dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Il predetto fabbisogno è determinato con riferimento alla spesa sanitaria corrente, come considerata all'articolo 1, comma 1, lettera e), al netto delle entrate proprie potenziali delle Aziende Sanitarie. Il fabbisogno sanitario medio procapite è pari al rapporto fra il fabbisogno sanitario di cui al periodo precedente e il totale della popolazione residente nelle regioni.

d) Parametro dimensione geografica: $[n^{it} \gamma^t (p^{it} - p^t)] / [R^t]$

La spesa procapite standardizzata delle regioni è stimata mediante un modello statistico di regressione del valore medio procapite delle spese correnti di ciascuna regione relative alle funzioni diverse dalla sanità, sostenute negli ultimi tre anni di cui si dispongono i consuntivi, con la dimensione geografica, utilizzando come regressore il logaritmo della popolazione residente. La funzione di regressione utilizzata per l'anno 2002 è rappresentata dalla seguente espressione: $y = a + b \cdot \log(x)$, dove y è il vettore delle spese procapite delle regioni, $\log(x)$ è il vettore del logaritmo naturale della popolazione delle regioni, a e b sono i parametri da stimare. Sulla base dei valori stimati da questa regressione sono stati valutati i valori della spesa procapite standardizzata per ciascuna regione e la spesa procapite media per l'insieme delle regioni.

Per l'anno 2002 il valore del coefficiente di correzione γ è stabilito nella misura di 0,70.

3. Le quote percentuali, come determinate ai punti precedenti, sono applicate al COMP di ciascun anno, per determinare insieme, con le ponderazioni decrescenti sulla spesa storica di cui all'articolo 7, comma 3, le somme annuali da erogare alle singole regioni (QRI(i)).

Parte II - Computo delle quote di cui all'articolo 2, comma 4, lettere b) e c)

1. Definita con QRI(i) la quota computata ai sensi della parte prima, con CIVA(i) la quota di compartecipazione all'IVA di ciascuna regione, come determinata ai sensi dell'articolo 2, comma 3, con QRS(i) la quota di concorso alla solidarietà interregionale e con FOPER (i) la quota di fondo perequativo nazionale, le quote regionali di cui all'articolo 2, comma 4, lettere b) e c) sono determinate come segue:

$$QRS(i) = CIVA(i) - QRI(i)$$

per $CIVA(i) > QRI(i)$

$$FOPER(i) = QRI(i) - CIVA(i)$$

per $CIVA(i) < QRI(i)$



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1285 dell'8 agosto 2001

**CONFERENZA STATO-REGIONI
SEDUTA DELL' 8 AGOSTO 2001**

Oggetto: Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria.

**La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province
Autonome di Trento e di Bolzano**

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto;

VISTO l'articolo 4, comma 1 del predetto decreto legislativo, nel quale si prevede che, in questa Conferenza, Governo, Regioni e province Autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'accordo tra i Ministri del tesoro, bilancio e programmazione economica, della sanità e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di spesa sanitaria, sancito da questa Conferenza il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004);

VISTO l'accordo del 22 marzo 2001 (repertorio atti n. 1210) sancito tra i Ministri del tesoro, bilancio e programmazione economica, della sanità e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di spesa sanitaria, che integra il predetto accordo sancito da questa Conferenza il 3 agosto 2000;

VISTA la proposta di integrazioni e modifiche al richiamato accordo trasmessa il 3 agosto u.s. dal Ministro dell'Economia e delle Finanze;

VISTO lo schema di accordo predisposto a seguito delle riunioni del 7 agosto u.s. e dell' 8 agosto 2001, presso il Ministero dell'economia e delle finanze nonché, da ultimo, nel corso della seduta;

CONSIDERATO che, nell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni hanno reso alcune dichiarazioni a verbale e presentato un documento relativo alle misure di contenimento per la spesa farmaceutica;

CONSIDERATO altresì che, nel corso della medesima seduta, il Ministro dell'economia e delle finanze ha dichiarato di condividere sia le dichiarazioni a verbale avanzate dalle Regioni che le richieste avanzate in materia di spesa farmaceutica;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del richiamato decreto legislativo;

sancisce il seguente accordo tra Governo e Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:

- **CONSIDERATO** che si è verificata una costante sottostima delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, con una crescita della spesa sanitaria superiore al 7% annuo e altresì che, nell'anno 2001, è proseguita la persistente divaricazione tra costi previsti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'effettiva spesa, con conseguente superamento dei limiti fissati nell'Accordo del 3 agosto 2000 tra Stato, Regioni e province autonome;

-**CONSIDERATA** inoltre la persistente incertezza riguardante l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza e la necessità che gli stessi vengano quanto prima definiti;

-**CONSIDERATA** la necessità di definire un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, che, tenendo conto degli impegni assunti con il Patto di stabilità e crescita, consenta di migliorarne l'efficienza razionalizzando i costi;

Governo e Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono, nel rivedere l'accordo sancito il 3 agosto 2000, quanto segue:

- il presente accordo dirime definitivamente qualsiasi controversia relativa all'accordo del 3 agosto 2000 per le responsabilità del Governo e delle regioni circa la congruità delle risorse finanziarie statali relative all'anno 2001, convenendo che eventuali ulteriori eccedenze di spesa resteranno a carico dei bilanci regionali;

- allo scopo di rendere realistica l'entità dei finanziamenti statali, eliminando gli inconvenienti derivanti da sottostime delle esigenze finanziarie e conferire stabilità alla spesa in un arco almeno triennale, nell'ambito delle compatibilità di finanza pubblica e nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interno, è incrementata la quantificazione delle risorse previste per l'anno 2001 a chiusura definitiva tra Governo e Regioni della partita finanziaria e sulla base del principio della corrispondenza delle risorse alle responsabilità. Le Regioni, da parte loro, si impegnano a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, ai sensi del successivo punto 2. In ogni

caso, adotteranno tutte le iniziative possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili;

- secondo quanto sopra convenuto, si intendono, con il presente accordo, definitivamente risolte tutte le questioni inerenti tutti i disavanzi del settore sanità al 31 dicembre 2001;

- con successivo accordo, da sancirsi in questa Conferenza, saranno definiti i Livelli Essenziali di assistenza prima che gli stessi vengano adottati dal Governo con un provvedimento formale entro il 30 novembre 2001, d'intesa con questa Conferenza, a stralcio delle procedure di approvazione del Piano sanitario nazionale previste dalle norme vigenti in materia;

- si conviene pertanto che la validità del presente accordo sia subordinata all'attuazione di quanto sopra convenuto relativamente all'adozione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza.

**Governo, Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano
convengono, inoltre, quanto segue:**

1. Il Governo si impegna ad incrementare il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2001 con riferimento ad un livello di spesa pari a 138.000 miliardi. In caso di emersione di disavanzi rispetto alla nuova somma determinata in questa sede, le regioni, al verificarsi delle condizioni previste dal presente accordo assumono a proprio carico la copertura degli oneri relativi, facendo ricorso alle misure di cui al successivo punto 2, ai sensi dell'articolo 83, comma 4, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.
2. L'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato avverrà a condizione che le regioni abbiano adottato misure di anticipazione di verifica degli andamenti della spesa del 2001, ai sensi dell'art. 83 della legge n. 388 del 2000, abbiano aderito alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi, restando inteso che la spesa eccedente non potrà essere finanziata a carico dello Stato, abbiano adempiuto agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa, si adeguino alle prescrizioni del patto di stabilità interno, abbiano sottoscritto l'impegno a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, si impegnino a mantenere la stabilità della gestione, applicando direttamente misure di contenimento della spesa stessa – che potranno riguardare l'introduzione di strumenti di controllo della domanda, la riduzione della spesa sanitaria o in altri settori, ovvero l'applicazione di un'addizionale regionale all'IRPEF o altri strumenti fiscali previsti dalla normativa vigente, nella misura necessaria a coprire l'incremento di spesa – e abbiano fatto fronte alla quantificazione dei maggiori oneri a loro carico, indicandone i mezzi di copertura.
3. Scopo della revisione dell'Accordo del 3 agosto 2000 è quello di definire regole compatibili con gli obiettivi di finanza pubblica e con il Patto di stabilità e crescita sottoscritto in sede europea per la determinazione senza sottostime del livello della

spesa sanitaria a cui concorre lo Stato: a tal fine, concordano che, compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica e con il miglioramento qualitativo e

quantitativo del servizio, tendenzialmente il rapporto tra finanziamento del Servizio sanitario Nazionale e PIL debba attestarsi, entro un arco temporale ragionevole, ad un valore del 6 per cento, comprese le entrate proprie quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione della copertura del fabbisogno finanziario del 2001.

4. Tenendo conto dell'esigenza di dare stabilità e certezza al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e della necessità di adeguare il finanziamento del medesimo servizio per il 2001 e gli anni successivi, anche in considerazione della maggiore spesa realizzatasi e prevedibile nei medesimi esercizi, come conseguenza dei recenti provvedimenti nazionali, preliminarmente alla definizione dell'entità delle risorse è l'individuazione delle responsabilità, attribuibili alle regioni o allo Stato, degli sfondamenti relativi all'anno 2001 dei limiti di spesa così come definiti nel predetto accordo e successivamente nella legge finanziaria per il 2001. La definizione della quota di eccesso di spesa imputabile alla responsabilità di ciascuno dei due livelli per l'anno 2001 consente di definire il nuovo livello della spesa sanitaria cui concorre lo Stato per l'anno medesimo, che resta definito come "anno zero" nel rapporto tra Stato e Regioni per la prefissione dell'entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato.
5. Tenuto conto dei risultati dei tavoli di monitoraggio, del livello di responsabilità di Stato e Regioni relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati per l'anno 2001, si stabilisce che lo Stato integrerà il finanziamento definito nell'Accordo del 3 agosto 2000, e successivamente integrato nella legge finanziaria per il 2001, fino ad un totale di lire 138.000 miliardi. Resta in ogni caso salva la possibilità di modificare il paniere di imposte da cui provengono le risorse destinate al finanziamento delle regioni.
6. In tale prospettiva, con l'obiettivo di una evoluzione dei finanziamenti che mantenga un quadro stabile nel tempo, è definito, per il triennio 2002-2004, il quadro finanziario complessivo ed esaustivo delle risorse statali utilizzabili per finanziare la spesa sanitaria pubblica, che si basa sulla quota, per il 2001, incrementata, di anno in anno, in relazione all'andamento del Pil così come previsto nel DPEF 2002-2006. Si conviene pertanto di determinare la disponibilità complessiva ed onnicomprensiva di risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario nazionale per gli anni dal 2002 al 2004 nelle seguenti somme: lire 144.376 miliardi per l'anno 2002, lire 150.122 miliardi per l'anno 2003 e lire 155.871 miliardi per l'anno 2004. Si conviene inoltre di destinare una quota aggiuntiva rispettivamente pari a 2.000 miliardi per l'anno 2002 e per l'anno 2003 e 1.500 miliardi per l'anno 2004 quali risorse specificamente destinate alle finalità espresse nei successivi punti 16 e 17.
7. Per quanto riguarda specificamente l'anno 2000 si conviene che, a fronte del maggior fabbisogno evidenziato dalle Regioni pari a Lire 7.080 miliardi, il Governo si impegna a mettere a disposizione delle Regioni stesse, con le procedure di cui alla legge n. 129 del 2001, subordinatamente all'adozione da parte delle Regioni dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico, una somma sino ad un massimo di lire 2.700 miliardi, anche attraverso il ricorso

all'indebitamento. Il Governo si impegna ad adottare i relativi provvedimenti legislativi.

8. I risultati del procedimento di verifica per l'anno 2001, ai sensi dell'art. 83, comma 4, della legge n. 388 del 2000, dovranno essere comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore dello strumento legislativo di cui al successivo punto. Per gli anni successivi al 2001 tale comunicazione dovrà essere effettuata contestualmente alla conclusione del procedimento di verifica e comunque non oltre il 30 settembre di ciascun anno.
9. Al fine di consentire alle regioni di mantenere i tetti prefissati, da verificarsi ogni anno entro il mese di settembre e nel 2001 con apposita procedura anticipatrice di quella prevista nella legge finanziaria per il 2001, il Governo procederà, mediante appositi e separati strumenti legislativi di urgenza o con corsia preferenziale, all'adozione di una serie di misure, indirizzate principalmente alle seguenti finalità:
 - a. la definizione di meccanismi di contenimento della spesa e di monitoraggio delle prescrizioni;
 - b. l'attribuzione alle Regioni della potestà autorizzatoria in materia di sperimentazioni gestionali ex articolo 9 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229;
 - c. l'attribuzione alle Regioni della piena potestà di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera, con modifica dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;
 - d. l'adeguamento delle previsioni normative concernenti la dotazione dei posti letto ospedalieri per acuti fissando il nuovo parametro di riferimento a 4 posti-letto per mille abitanti;
 - e. la definizione di misure di contenimento della spesa farmaceutica.

Inoltre, al fine di una più efficace ed efficiente programmazione e gestione delle risorse umane, anche attraverso un nuovo approccio alla problematica degli incrementi contrattuali, le parti si impegnano a dare indicazioni al Comitato di Settore affinché, le risorse finalizzate ai rinnovi, nei limiti previsti e nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria, vengano avviate, di concerto con le parti sociali, a rinegoziazione su due livelli così riferibili:

- centrale, per le risorse finalizzate alla tutela del potere di acquisto del personale dipendente così come definito nell'Intesa sul costo del lavoro del 23 luglio 1993;
- regionale/aziendale, per le risorse rivolte alla remunerazione degli incrementi di produttività o al raggiungimento di progetti-obiettivo, comprese le eventuali maggiori dotazioni finanziarie legate alla crescita economica, nel rispetto dei vincoli connessi al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica nazionale e regionale.

Il Governo si impegna ad attribuire alle regioni, fermo restando quanto già richiamato nelle lettere b) e c) del presente punto, autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità.

Dalla combinazione degli effetti di tali misure potranno derivare per le regioni effetti di risparmio o incrementi di entrate, che potranno essere acquisiti direttamente nei bilanci delle regioni stesse o essere utilizzati prioritariamente per il finanziamento della copertura dei disavanzi della spesa sanitaria.

10. Il Governo si adopererà per ottenere l'assenso dell'Unione Europea a misure che prevedano la non assoggettabilità all'IVA, almeno per un triennio sperimentale, dei contratti di fornitura di servizi alle aziende sanitarie. L'esito della trattativa non pregiudica il presente accordo.
11. Il Governo, intendendo salvaguardare il personale del settore, d'intesa con le Regioni e di concerto con le parti sociali, si farà carico di definire strumenti normativi e finanziari, nei limiti delle risorse disponibili per il settore stesso, atti a consentire la riqualificazione, riconversione, mobilità, anche intersettoriale e/o intercompartimentale, delle risorse umane che risultassero eventualmente eccedenti a seguito della rideterminazione della programmazione nelle singole realtà regionali.
12. Il Governo si riserva di introdurre coerentemente con il Patto di stabilità possibili modifiche delle norme vigenti (articolo 2, comma 2-sexies, lettera g), punti 1 e 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992) in materia di anticipazioni di cassa e accensione di mutui o altre forme di indebitamento da parte delle aziende sanitarie.
13. Il Governo si impegna ad emanare, previa intesa con le Regioni, entro il 31 dicembre 2001, tutti i provvedimenti necessari a riconfermare la piena riconduzione delle attività assistenziali svolte dalle Aziende Ospedaliere Universitarie (miste e/o Policlinici) alla programmazione regionale, prevedendo una adeguata corresponsabilizzazione finanziaria delle Università per la loro parte. Per quanto riguarda l'esigenza espressa dalla Regione Lazio circa gli oneri connessi ai policlinici a gestione diretta - condivisa da altre Regioni in situazioni simili - il Governo si impegna a definire, compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica, e previa presentazione di un piano di risanamento da parte della regione interessata, uno specifico stanziamento pluriennale, il cui onere dovrà essere coperto con risorse finanziarie aggiuntive rispetto a quelle riportate nel presente accordo.
14. La soppressione dei *ticket* sulla diagnostica sarà dilazionata di un anno, al fine di consentire una più accurata valutazione delle implicazioni finanziarie del provvedimento.
15. Il Governo si impegna ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, a stralcio del Piano Sanitario Nazionale. Governo e Regioni concordano che i Livelli siano definiti - ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - e in relazione con le risorse di cui al punto 6. Governo e Regioni si impegnano, in sede di prima applicazione dei nuovi LEA, ad attivare un tavolo di monitoraggio e verifica, presso la segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, tra Ministeri della Salute e dell'Economia e le Regioni e le Province autonome, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali - anche ad integrazione di quanto previsto dall'art. 19-ter del richiamato decreto legislativo n. 229 del 1999 - sui suddetti livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità

decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale.

Governo e Regioni si impegnano inoltre a valutare congiuntamente, nella stessa sede, gli effetti degli interventi concordati ai fini del controllo della spesa per la farmaceutica, per gli altri beni e servizi e per il personale.

Tutto ciò al fine del conseguimento di una effettiva congruità tra prestazioni da garantire e risorse finanziarie messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Governo si impegna ad accompagnare eventuali variazioni in incremento dei Livelli Essenziali di Assistenza, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive.

16. In base all'accordo sui livelli, il riparto delle risorse verrà operato tra le Regioni, tenendo conto della necessità di addivenire ad un riequilibrio tra le regioni medesime in un arco di tempo predefinito, che tenga anche conto della necessità di incentivare i comportamenti virtuosi, di rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi. In questo contesto le Regioni si impegnano a rivedere i parametri di ponderazione di cui all'art. 34 della legge n. 662 del 1996.
17. Nell'ambito della somma globalmente definita al punto 6, per gli stessi anni, sono ricomprese risorse per far fronte ai maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli IRCCS, la componente universitaria delle Aziende miste e dei policlinici.
18. Per le Regioni Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, che attualmente provvedono con risorse proprie al finanziamento del loro Servizio sanitario, il Governo si impegna a verificare l'opportunità di rivedere i rapporti finanziari con lo Stato, al fine di pervenire a finanziamenti coerenti con le intese raggiunte con le altre Regioni.
19. Relativamente all'integrazione del finanziamento statale riferito all'anno 2001, l'ulteriore somma a carico dello Stato, da definirsi in sede di legge finanziaria per il 2002, verrà erogata a condizione che siano rispettati gli impegni di cui ai punti 2 e 15.
20. Resta stabilito che, addivenendosi all'accordo novativo di quello del 3 agosto 2000, resta valido il principio dell'attribuzione della responsabilità degli sfondamenti della spesa al livello istituzionale che li ha provocati.
21. Il Governo si impegna ad adottare ogni provvedimento, normativo e/o amministrativo, necessario all'attuazione del presente accordo, anche a modifica, integrazione o abrogazione di norme vigenti incompatibili con quanto convenuto nel presente accordo.

Il Segretario
f.to La Falce

Il Presidente
f.to La Loggia

D.L. 18 settembre 2001, n. 347 ⁽¹⁾.
Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria
Publicato nella Gazz. Uff. 19 settembre 2001, n. 218 e
convertito in

Legge, con modificazioni, dall'art. 1, L. 16 novembre 2001, n.
405 (Gazz. Uff. 17 novembre 2001, n. 268).

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87 della *Costituzione*;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di adottare misure finalizzate alla stabilizzazione della spesa sanitaria, sulla base di quanto stabilito nell'accordo Stato-regioni approvato in data 8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 14 settembre 2001;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, del Ministro dell'economia e delle finanze e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari regionali, con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie e con il Ministro per la funzione pubblica;

Emana il seguente decreto-legge:

1. Patto di stabilità interno.

1. Ai fini del concorso delle autonomie regionali al rispetto degli obblighi comunitari della Repubblica ed alla conseguente realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2002-2004 il complesso delle spese correnti per l'esercizio 2002, al netto delle spese per interessi passivi, delle spese finanziate da programmi comunitari e delle spese relative all'assistenza sanitaria delle regioni a statuto ordinario non può superare l'ammontare degli impegni a tale titolo relativi all'esercizio 2000, aumentati del 4,5 per cento. Per gli esercizi 2003 e 2004 si applica un incremento pari al tasso di inflazione programmato indicato dal documento di programmazione economico finanziaria. L'ammontare delle spese per l'assistenza sanitaria resta regolato sino al 2004 nei termini stabiliti dall'accordo Stato-regioni sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome ^{(2) (2/a)}.

2. In deroga a quanto previsto dal comma 1, le regioni possono prevedere ulteriori spese correnti necessarie per l'esercizio delle funzioni statali ad esse trasferite a

decorrere dall'anno 2000 e seguenti, nei limiti dei corrispondenti finanziamenti statali ^(2/b).

3. Le limitazioni percentuali di incremento di cui al comma 1, si applicano al complesso dei pagamenti per spese correnti, come definite dai commi 1 e 2, con riferimento ai pagamenti effettuati nell'esercizio 2000 ^(2/c).

4. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano concordano con il Ministero dell'economia e delle finanze il livello delle spese correnti e dei relativi pagamenti per gli esercizi 2002, 2003 e 2004.

5. All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le parole: «risorse pubbliche» sono sostituite dalle seguenti: «le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3».

(2) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(2/a) Vedi, anche, l'art. 29, L. 27 dicembre 2002, n. 289.

(2/b) Vedi, anche, l'art. 29, L. 27 dicembre 2002, n. 289.

(2/c) Vedi, anche, l'art. 29, L. 27 dicembre 2002, n. 289.

2. Disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario.

1. Le regioni adottano le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, attuino i principi di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e all'articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, ovvero altri strumenti di contenimento della spesa sanitaria approvati dal CIPE, su parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Le regioni, inoltre, prevedono con legge le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino. Le regioni, in conformità alle direttive tecniche stabilite dal Ministro per l'innovazione e le tecnologie, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, adottano le opportune iniziative per favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni e servizi in materia sanitaria ⁽³⁾.

1-bis. [Al fine del contenimento della spesa sanitaria, pur nel rispetto dei parametri di sicurezza previsti dalla vigente normativa in materia di smaltimento di rifiuti sanitari pericolosi, gli stessi possono essere smaltiti attraverso procedimenti di disinfezione mediante prodotti registrati presso il Ministero della salute che assicurino un abbattimento della carica batterica non inferiore al 99,999 per cento e nel pieno rispetto del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, in materia di sicurezza e salute degli operatori. I rifiuti sanitari speciali non tossico-nocivi, dopo un procedimento di disinfezione di una durata non inferiore a 72 ore, o sottoposti a processo di sterilizzazione mediante autoclave dotata di sistemi di monitoraggio e controllo delle fasi di sterilizzazione, possono essere assimilati ai rifiuti urbani] ⁽⁴⁾.

2. [Le aziende sanitarie ed ospedaliere possono decidere, con proprio provvedimento, di non aderire alle convenzioni solo per singoli acquisti per i quali sia dimostrata la non convenienza. Tali provvedimenti sono trasmessi al collegio sindacale ed alla regione territorialmente competente per consentire l'esercizio delle funzioni di sorveglianza e di controllo] ⁽⁵⁾.

3. Le regioni, attraverso le proprie strutture ed unità di controllo, attivano sistemi informatizzati per la raccolta di dati ed informazioni riguardanti la spesa per beni e servizi, e realizzano, entro il 31 dicembre 2001, l'Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, rendendo disponibili i relativi dati su un apposito sito internet ⁽⁶⁾.

4. Nel monitoraggio della spesa sanitaria relativa alle singole regioni si attribuisce separata evidenza:

a) agli acquisti effettuati al di fuori delle convenzioni e per importi superiori ai prezzi di riferimento;

b) alla spesa complessiva per il personale del comparto sanità, ivi compreso il personale dirigente, superiore al livello registrato nell'anno 2000, fatti salvi gli incrementi previsti dai rinnovi contrattuali.

5. ⁽⁷⁾.

5-bis. Al comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunte, prima delle parole: «Sono soppressi» le seguenti: «A far data dal 1° febbraio 2002» ⁽⁸⁾.

6. All'articolo 85, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: «A decorrere dal 1° gennaio 2002» sono sostituite dalle seguenti: «Dal 1° gennaio 2003»;

b) le parole: «dal 1° gennaio 2003» sono sostituite dalle seguenti: «dal 1° gennaio 2004».

(3) Comma così modificato prima dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 e poi dall'art. 3, comma 168, L. 24 dicembre 2003, n. 350. In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 14 aprile 2005.

(4) Comma aggiunto dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405. L'art. 16, D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 ha disposto l'abrogazione del comma 1-bis dell'art. 2, L. 16 novembre 2001, n. 405, di conversione del presente decreto-legge. L'abrogazione è da intendersi riferita al presente comma.

(5) Comma prima modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 e poi abrogato dall'art. 3, comma 168, L. 24 dicembre 2003, n. 350.

(6) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(7) Il presente comma, modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, aggiunge i commi 5-bis, 5-ter e 5-quater all'art. 87, L. 23 dicembre 2000, n. 388.

(8) Comma aggiunto dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

3. Disposizioni in materia di equilibrio dei presidi ospedalieri e di sperimentazioni gestionali.

1. ⁽⁹⁾.

2. Le regioni adottano le disposizioni necessarie:

a) per stabilire l'obbligo delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome, di garantire l'equilibrio economico ⁽¹⁰⁾;

b) per individuare le tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio;

c) per determinare le misure a carico dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico.

3. Fino alla data di entrata in vigore delle leggi regionali o dei provvedimenti adottati in applicazione dei commi 1 e 2, continuano ad applicarsi tutte le disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, come modificate dal presente articolo ⁽¹¹⁾.

4. Nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera prevista dall'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, le regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Gli esuberanti di personale risultanti dalla ristrutturazione sono prioritariamente riassorbiti nell'ambito delle strutture realizzate in sede di riconversione di quelle dismesse, per assicurare la sostituzione del personale cessato dal servizio nell'ambito della stessa azienda e per realizzare servizi medici ed infermieristici domiciliari per malati cronici e terminali. Per le ulteriori eccedenze di personale si applicano le disposizioni di cui agli articoli 33 e 34 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ⁽¹²⁾.

5. [Gli effetti finanziari positivi o negativi derivanti dall'entrata in vigore delle leggi o dei provvedimenti regionali adottati ai sensi del presente decreto sono acquisiti o ricadono sui bilanci delle singole regioni] ⁽¹³⁾.

6. All'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1 le parole: «La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizza» sono sostituite dalle seguenti: «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano»;

b) al comma 2 le parole: «è proposto dalla regione interessata» sono sostituite dalle seguenti: «è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata»⁽¹⁴⁾.

7. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, copia dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali adottati sulla base dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero sulla base della normativa regionale o provinciale disciplinante la materia. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono annualmente ai predetti Ministeri, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi⁽¹⁵⁾.

(9) Aggiunge il comma 2-bis all'art. 19, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

(10) Lettera così sostituita dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(11) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(12) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(13) Comma soppresso dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(14) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(15) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

4. Accertamento e copertura dei disavanzi.

1. Relativamente all'anno 2001, per le finalità di cui al comma 4 dell'articolo 83, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, ai fini della anticipazione delle misure di copertura degli eventuali disavanzi di gestione, l'accertamento di detti disavanzi è effettuato con riferimento ai dati di preconsuntivo entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le risultanze dell'accertamento sono comunicate entro i successivi dieci giorni al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali.

2. Entro il 30 giugno dell'anno successivo le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali, le risultanze dell'accertamento dei conti consuntivi della spesa sanitaria previsto dall'articolo 83, comma 4, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

3. Gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-regioni di cui all'articolo 1, comma 1, sono coperti dalle regioni con le

modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di:

a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;

b) variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente;

c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci ⁽¹⁶⁾.

3-bis. Limitatamente all'anno 2002, in deroga ai termini ed alle modalità previste dall'articolo 50, comma 3, secondo periodo, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, ed all'articolo 24, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504, le regioni possono disporre la maggiorazione dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e determinare i tributi regionali di cui all'articolo 23 del citato decreto legislativo n. 504 del 1992 con propri provvedimenti da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale entro il 31 dicembre 2001. La maggiorazione dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche superiore alla aliquota dello 0,5 è determinata con legge regionale ⁽¹⁷⁾.

4. Al fine di assicurare la copertura della quota dei disavanzi relativi all'anno 2000 di pertinenza regionale in base all'accordo tra lo Stato e le regioni citato all'articolo 1, comma 1, le regioni sono autorizzate a contrarre, anche in deroga alle limitazioni previste dalle vigenti disposizioni, mutui con oneri a carico dei rispettivi bilanci.

⁽¹⁶⁾ Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405. In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi il comma 164 dell'art. 1, L. 30 dicembre 2004, n. 311 e il comma 279 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

⁽¹⁷⁾ Comma aggiunto dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

5. Tetti di spesa.

1. A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola regione, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tale fine le regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui al presente articolo ^(17/a).

^(17/a) Vedi, anche, l'art. 48, D.L. 30 settembre 2003, n. 269.

6. Livelli di assistenza.

1. Nell'ambito della ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la Commissione unica del farmaco, con proprio provvedimento, individua i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, alla presenza fra i medicinali concedibili di prodotti aventi attività terapeutica sovrapponibile secondo il criterio delle categorie terapeutiche omogenee, possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità ^(17/b). Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta 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, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ⁽¹⁸⁾.

2. La totale o parziale esclusione dalla rimborsabilità dei farmaci di cui al comma 1 è disposta, anche con provvedimento amministrativo della regione, tenuto conto dell'andamento della propria spesa farmaceutica rispetto al tetto di spesa programmato.

(17/b) Vedi, anche, il Decr. 4 dicembre 2001.

(18) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405. Sui livelli essenziali di assistenza sanitaria vedi l'Acc. 22 novembre 2001 e il D.P.C.M. 29 novembre 2001.

7. Prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione.

1. I medicinali, aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione ⁽¹⁹⁾.

2. Il medico nel prescrivere i farmaci di cui al comma 1, aventi un prezzo superiore al minimo, può apporre sulla ricetta adeguata indicazione secondo la quale il farmacista all'atto della presentazione, da parte dell'assistito, della ricetta non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente un prezzo più basso di quello originariamente prescritto dal medico stesso ⁽²⁰⁾.

3. Il farmacista, in assenza dell'indicazione di cui al comma 2, dopo aver informato l'assistito, consegna allo stesso il farmaco avente il prezzo più basso, disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, in riferimento a quanto previsto nelle direttive regionali di cui al comma 1.

4. Qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione di cui al comma 2, con cui ritiene il farmaco prescritto insostituibile ovvero l'assistito non accetti la sostituzione proposta dal farmacista, ai sensi del comma 3, la differenza fra il prezzo più basso

ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie ^(20/a) ⁽²¹⁾.

(19) Comma prima modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, poi sostituito dall'art. 9, comma 5, D.L. 8 luglio 2002, n. 138 ed infine così modificato dal comma 31 dell'art. 48, D.L. 30 settembre 2003, n. 269. Vedi, anche l'art. 1-bis, D.L. 27 maggio 2005, n. 87, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

(20) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(20/a) Comma così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

(21) Vedi, anche, il Comunicato 14 febbraio 2002.

8. Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale ^(21/a);

b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale ⁽²²⁾.

(21/a) Lettera così modificata dal comma 65 dell'art. 52, L. 28 dicembre 2001, n. 448.

(22) Articolo così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, che ha soppresso l'originaria lettera a) e ha ridenominato, modificandole, le successive lettere b), c) e d).

9. Numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta.

1. Fermo restando quanto previsto dal comma 12 dell'articolo 85 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, la prescrizione dei medicinali destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è limitata al numero massimo di tre pezzi per ricetta. La prescrizione non può comunque superare i sessanta giorni di terapia.

2. Sono abrogati il comma 6 dell'articolo 1 del decreto-legge 30 maggio 1994, n. 325, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 467, nonché il primo e il secondo periodo del comma 9 dell'articolo 3 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.

3. Limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica e ai medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi è confermata la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, ai sensi dell'articolo 9, comma 1, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

4. Per i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore di cui all'articolo 43, comma 3-bis, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di trenta giorni ⁽²³⁾.

(23) Articolo così sostituito dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

9-bis. Medicinali non soggetti a ricetta medica.

1. Le confezioni esterne dei medicinali non soggette a ricetta medica immesse sul mercato a partire dal 1° marzo 2002 devono recare un bollino di riconoscimento che ne permetta la chiara individuazione da parte del consumatore; il bollino sarà definito con decreto non regolamentare del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. È ammesso il libero e diretto accesso da parte dei cittadini ai medicinali di automedicazione in farmacia ⁽²⁴⁾.

(24) Articolo aggiunto dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405. Il bollino di riconoscimento per i medicinali non soggetti a ricetta medica è stato definito con D.M. 1° febbraio 2002 (Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33).

10. Introduzione sperimentale del prezzo di rimborso dei farmaci.

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto 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, avvia con le regioni interessate una sperimentazione della durata di sei mesi per l'introduzione del prezzo di rimborso di particolari categorie di farmaci in relazione alle due seguenti metodiche:

a) adozione del prezzo di riferimento dei farmaci per categorie omogenee ⁽²⁵⁾;

b) riduzione del prezzo del farmaco rimborsabile all'aumentare del fatturato relativo al farmaco medesimo.

(25) Lettera così modificata dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

11. Percentuale di sconto a carico di farmacie.

1. ⁽²⁶⁾.

(26) Il presente articolo, sostituito dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, sostituisce il terzo e quarto periodo dell'art. 1, comma 40, L. 23 dicembre 1996, n. 662.

11-bis. Monitoraggio.

1. Il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze verificano periodicamente l'attuazione del presente decreto con particolare riferimento all'andamento della spesa farmaceutica ⁽²⁷⁾.

(27) Articolo aggiunto dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405.

12. Norma finale.

1. I principi desumibili dal presente decreto costituiscono norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.

13. Entrata in vigore.

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

D.L. 15-4-2002 n. 63
Disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di
riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del
costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti
comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e
finanziamento delle infrastrutture
Publicato nella Gazz. Uff. 17 aprile 2002, n. 90 e
convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1,
L. 15 giugno 2002, n. 112
(Gazz. Uff. 15 giugno 2002, n. 139)

3. Razionalizzazione del sistema dei costi dei prodotti farmaceutici.

1. Il prezzo di vendita al pubblico dei medicinali di cui alla lettera a) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, ivi compresi quelli previsti dal D.M. 4 dicembre 2001 del Ministro della salute pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, è ridotto, fino al 31 dicembre 2002, del cinque per cento al netto dell'IVA ⁽⁵⁾.
2. Sono esclusi dalla riduzione del prezzo di cui al comma 1 i medicinali emoderivati estrattivi e da DNA ricombinante nonché i medicinali da DNA ricombinante inseriti nell'allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000, del Ministro della sanità pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10 gennaio 2001, e i farmaci il cui prezzo di vendita al pubblico è inferiore a cinque euro ⁽⁶⁾.
3. Alle imprese farmaceutiche titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali, è consentito di organizzare o contribuire a realizzare mediante finanziamenti anche indiretti all'estero per gli anni 2002 e 2003 congressi, convegni o riunioni ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541, nella misura massima del cinquanta per cento di quelli notificati al Ministero della salute nell'anno 2001 o autorizzati ai sensi del comma 7 del citato articolo 12 ⁽⁷⁾.
4. La spesa delle imprese farmaceutiche per la organizzazione, partecipazione e il finanziamento anche indiretto di convegni, congressi, seminari o riunioni di cui al comma 3 per gli esercizi 2002 e 2003 non potrà eccedere il cinquanta per cento delle spese sostenute e documentate per il medesimo fine nell'esercizio 2001 ⁽⁸⁾.
5. Per le imprese farmaceutiche di nuova costituzione le stesse spese non potranno comunque eccedere l'8% del fatturato annuo ⁽⁹⁾.
6. Il rapporto percentuale tra il fatturato globale dell'anno 2002 e la differenza tra la spesa sostenuta dalla singola impresa farmaceutica per la organizzazione, la partecipazione e il finanziamento anche indiretto di convegni, congressi, seminari o riunioni di cui al comma 3 per l'anno 2002 e la stessa spesa relativa all'anno 2001, comporterà, a decorrere dal 1° gennaio 2003, la riduzione percentuale di pari entità del prezzo di vendita al pubblico dei medicinali di cui al comma 1 ⁽¹⁰⁾.
7. Sono precluse la organizzazione e la partecipazione a congressi, convegni o riunioni eccedenti la percentuale di cui al comma 3, fatti salvi quelli già regolarmente notificati o autorizzati dal Ministro della salute alla data di entrata in vigore del presente decreto.
8. [Al fine di adeguare progressivamente la durata della copertura brevettuale complementare a quella prevista dalla normativa comunitaria le disposizioni di cui alla legge