

**SCHEDA ATTUAZIONE DEI PROVVEDIMENTI PREVISTI NELL'INTESA SUL PATTO PER LA SALUTE
2010 – 2012 DEL 3 DICEMBRE 2009 (aggiornata al 19 luglio 2011)**



a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settori “Salute e Politiche Sociali”

PATTO PER LA SALUTE 2010 - 2012	DISPOSIZIONI NORMATIVE	PROVVEDIMENTI ATTUATIVI
ART. 1 (DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DEI FABBISOGNI REGIONALI): Comma 2. Lo Stato si impegna ad assicurare in relazione al livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011 -di cui agli articoli 61 e 79 del decreto-legge 112/2008 e all'articolo 1-ter della legge 3 agosto 2009, n. 102, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro di cui all'articolo 22, comma 2 del DL 78/2009 e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6 del citato DL 78/2009 e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria, di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244-, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011. Comma 3. Per l'anno 2012 lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto	LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010: Art. 2. (Disposizioni diverse) comma 67. Per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all' articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466 milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'articolo 1, comma 4, lettera a), della citata intesa Stato – Regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all' articolo 22, comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009, nonché dell'importo	

all'anno 2011 del 2,8%. Comma 4. A tali risorse aggiuntive concorrono: a) il riconoscimento con riferimento alla competenza 2010 di incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale con economie pari a 466 milioni di euro annui; b) il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011; c) le ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 dirette ad assicurare l'intero importo delle predette risorse aggiuntive.	di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all' articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244. Con successivi provvedimenti legislativi è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata intesa Stato – Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento. LEGGE 122/2010 – C.D. MANOVRA FINANZIARIA ESTIVA Art 11 comma 5. Al fine di razionalizzare la spesa e potenziare gli strumenti della corretta programmazione, si applicano le disposizioni recate dai commi da 6 a 12 dirette ad assicurare: a) le risorse aggiuntive al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pari a 550 milioni di euro per l'anno 2010, ai sensi di quanto disposto dall'art. 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009. Alla copertura del predetto importo di 550 milioni di euro per l'anno 2010 si provvede per 300 milioni di euro mediante l'utilizzo delle economie derivanti dalle disposizioni di cui al	
---	---	--

	comma 7, lettera a) e per la restante parte, pari a 250 milioni di euro con le economie derivanti dal presente provvedimento. A tale ultimo fine il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, previsto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è rideterminato in aumento di 250 milioni di euro per l'anno 2010; b) un concorso alla manovra di finanza pubblica da parte del settore sanitario pari a 600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2011. LEGGE 220/2010 – C.D. LEGGE DI STABILITÀ: Art. 1 comma 49: Ai sensi dell'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato - Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, è incrementato di 347,5 milioni di euro per l'anno 2011, per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, limitatamente ai primi cinque mesi dell'anno 2011. (L'incremento copre una quota (cinque dodicesimi) delle risorse residue (pari a 834	Il livello del finanziamento del SSN è incrementato di 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell' anno 2011. L'incremento copre una quota (cinque dodicesimi) delle risorse residue (pari a 834 milioni), che, relativamente al prossimo esercizio, lo Stato si è impegnato ad assicurare alle Regioni con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012" del 3 dicembre 2009.
--	--	--

	milioni), che, relativamente al prossimo esercizio, lo Stato si è impegnato ad assicurare alle Regioni con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012"). LEGGE 111/2011 – STABILIZZAZIONE FINANZIARIA Art. 17 comma 6: Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato - Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, per l'anno 2011 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 1, comma 49, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, è incrementato di 105 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le Regioni, ai sensi della citata intesa, con riferimento al periodo compreso tra il 1 ° giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1,	Rimanevano 486,5 milioni di euro da finanziare per il 2011 previsti dal Patto per la Salute 2010-2012, per coprire l'intero importo pari a 834 milioni di euro. La “Manovra” ha incrementato il FSN 2011 per un importo pari a 105 milioni di euro con riferimento al periodo 1° giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto (17 luglio 2011). Il mancato finanziamento pari a 381,5 mln di euro dovrà essere coperto dai ticket delle Regioni. Cessa quindi di avere effetto l’art. 61 comma 19 della Legge 133/2008 che aboliva per gli anni 2009, 2010 e 2011, la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Per cui a partire dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, viene reintrodotta il ticket per le prestazioni specialistiche secondo quanto stabilito all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296:
--	---	--

	comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133	“Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro. Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente: 1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza, da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; 2) stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie”.
--	--	---

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

Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2010
CONFERENZA STATO REGIONI 29 APRILE 2010

Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2011
CONFERENZA STATO REGIONI DEL 20 APRILE 2011.

Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2011.

NELLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 20 APRILE 2011 E' STATA RAGGIUNTA INTESA POLITICA SOLO SULLA COLONNA DEL FABBISOGNO.

Comma 8: Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279, della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.	LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010: Art. 2 comma 69: Ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall' articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, rideterminato in 23 miliardi di euro dall' articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, è elevato a 24 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. L'incremento di cui al presente comma è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro. LEGGE 122/2010 (C.D. MANOVRA ESTIVA) Art. 14 comma 2 : Il comma 302 dell'<i>articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 244</i>, è abrogato e al comma 296, secondo periodo, dello stesso articolo 1 sono soppresse le parole: «e quello individuato, a decorrere dall'anno 2011, in base al comma 302». Le risorse statali a qualunque	NELLA CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 27 LUGLIO 2011 E' STATA ESPRESSA L'INTESA SUL RIPARTO RISORSE ANNO 2011. Ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico art. 20 l.n. 67/88 - Art. 1 comma 8 Intesa sul Patto per la Salute Innalzamento dell'importo da 23 a 24 miliardi. Priorità alle Regioni che hanno esaurito la loro disponibilità tramite sottoscrizione di accordi a valere sui 23 mld. Nella seduta dell'11 novembre 2010 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato all'unanimità la ripartizione delle riduzioni delle risorse statali tra le Regioni a Statuto Ordinario di
--	--	---

	titolo spettanti alle regioni a statuto ordinario sono ridotte in misura pari a 4.000 milioni di euro per l'anno 2011 e a 4.500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012. Le predette riduzioni sono ripartite secondo criteri e modalità stabiliti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e recepiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, secondo principi che tengano conto della adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno e della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva nonché dell'adozione di misure di contenimento della spesa sanitaria e dell'adozione di azioni di contrasto al fenomeno dei falsi invalidi. In caso di mancata deliberazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e per gli anni successivi al 2011 entro il 30 settembre dell'anno precedente, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è comunque emanato, entro i successivi trenta giorni, ripartendo la riduzione dei trasferimenti secondo un criterio proporzionale. In sede di attuazione dell' articolo 8 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale, non si tiene conto di quanto previsto dal primo, secondo, terzo	cui all'articolo 14, comma 2 del Decreto Legge 78/2010, convertito con modificazioni in Legge 122/2010. In particolare, le Regioni hanno convenuto di escludere dalle riduzioni le risorse dell'edilizia sanitaria pubblica, che nel 2011 ammontano complessivamente a 558,7 milioni di euro, le risorse per la salute umana (173,9 milioni di euro nel 2011) nonché una quota delle risorse ex art. 9 del Decreto Legislativo 422/1997 finalizzate al trasporto pubblico locale per un importo complessivo pari a 372,1 milioni di euro nel 2011. Vengono escluse dall'applicazione delle riduzioni, analogamente a quanto previsto per il 2011, le risorse relative all'edilizia sanitaria pubblica, che per il 2012 ammonteranno a 1.161,2 milioni di euro. In tale modo, le risorse individuate dall'articolo 1, comma 6 del Disegno di Legge di Stabilità 2011 a valere sui programmi attuativi regionali FAS per gli interventi di edilizia sanitaria pubblica (pari a 1.500 milioni di euro per l'anno 2012) rimangono nella disponibilità delle Regioni per l'attuazione dei predetti programmi regionali. La Conferenza Stato – Regioni nella riunione del 18 novembre 2010 ha accolto la suddetta proposta delle Regioni tramite una presa d'atto. Il successivo DPCM del 28 gennaio 2011
--	---	--

	e quarto periodo del presente comma. I trasferimenti erariali, comprensivi della compartecipazione IRPEF, dovuti alle province dal Ministero dell'interno sono ridotti di 300 milioni per l'anno 2011 e di 500 milioni annui a decorrere dall'anno 2012. I trasferimenti erariali dovuti ai comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti dal Ministero dell'interno sono ridotti di 1.500 milioni per l'anno 2011 e di 2.500 milioni annui a decorrere dall'anno 2012. Le predette riduzioni a province e comuni sono ripartite secondo criteri e modalità stabiliti in sede di Conferenza Stato-città ed autonomie locali e recepiti con decreto annuale del Ministro dell'interno, secondo principi che tengano conto della adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno, della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva e del conseguimento di adeguati indici di autonomia finanziaria. In caso di mancata deliberazione della Conferenza Stato-città ed autonomie locali entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e per gli anni successivi al 2011 entro il 30 settembre dell'anno precedente, il decreto del Ministro dell'interno è comunque emanato entro i successivi trenta giorni, ripartendo la riduzione dei trasferimenti secondo un criterio proporzionale. In sede di attuazione dell' articolo 11 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale, non si tiene conto di quanto previsto dal sesto, settimo, ottavo e nono periodo del presente comma. ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁶³⁾	recepisce la suddetta presa d'atto concernente i criteri relativi alle riduzioni delle risorse statali tra le regioni a statuto ordinario. Tale ripartizione prevede, per l'anno 2011, che siano escluse dalle riduzioni le risorse dell'edilizia sanitaria pubblica (558,7 milioni di euro), della salute umana e sanità veterinaria (173,9 milioni di euro); nonché una quota delle risorse di cui all'art. 9 del decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, finalizzate all'esercizio del trasporto pubblico locale (372,1 milioni di euro) e per l'anno 2012 una quota parte delle risorse dell'edilizia sanitaria pubblica (1.161,2 milioni di euro).
--	---	---

Art. 2 (Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa) comma 3. Ai fini del calcolo degli indicatori di cui al comma 2 si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base a criteri stabiliti con intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da stipulare in sede di Conferenza Stato – Regioni con il supporto della struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2.		Intesa ancora da sancire.
Art. 3 (Organismi di monitoraggio) 1. Sono confermate le funzioni, previste dall'ordinamento vigente, del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, in materia delle verifiche trimestrali e annuali degli adempimenti regionali e dell'attuazione dei Piani di rientro. 2. Per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 2, comma 1, all'articolo 4, comma 2, all'articolo 13, comma 4 e all'articolo 14, comma 2, è istituita, quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni, la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica. 3. Le designazione dei componenti della Struttura tecnica di monitoraggio sono acquisite in sede di Conferenza Stato-Regioni. 4. La Struttura tecnica di monitoraggio è presieduta da un ulteriore componente, scelto d'intesa fra lo Stato e le Regioni e si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e		La STEM si è insediata il 9 febbraio 2011 alla presenza dei Ministri Fitto, Fazio e del Presidente Errani. La designazione dei componenti della STEM è stata acquisita il 18 novembre 2010 in sede di Conferenza Stato – Regioni.

dell'AIFA. I tavoli tecnici di cui al presente articolo si dotano di regolamenti che ne disciplinano il funzionamento dei lavori, sulla base di criteri di trasparenza e di simmetria informativa. L'attività ed il funzionamento sono disciplinati da regolamenti approvati in sede di Conferenza Stato Regioni. L'attività ed il funzionamento sono disciplinati da regolamenti approvati in sede di Conferenza Stato Regioni. Per i tavoli di cui al comma 1 i regolamenti si applicano a decorrere dalle verifiche degli adempimenti di competenza dell'esercizio 2010; nelle more dell'approvazione dei nuovi regolamenti continuano ad applicarsi quelli vigenti.		Il regolamento della STEM è stato approvato in sede di Conferenza Stato – Regioni il 18 novembre 2010. In sede di Conferenza Stato – Regioni del 10 febbraio 2011 è stato approvato lo schema di regolamento recante “Funzionamento del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.
Art. 4 (Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale) 1. In relazione alla necessità di garantire il coordinamento della funzione di governo della spesa, per il periodo 2010-2012, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, costituiscono adempimento regionale i seguenti: a) gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente; b) gli adempimenti derivanti dagli Accordi e dalle Intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza indicati annualmente dal Comitato		

permanente per la verifica dei LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui rispettivamente agli articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (d'ora in poi rispettivamente Comitato LEA e Tavolo di verifica); c) le regioni e le province autonome si impegnano ad inviare al Comitato LEA entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto; d) le regioni e le province autonome assolvono agli altri adempimenti previsti dalla presente Intesa. 2. La Struttura tecnica di monitoraggio provvede all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali, anche promuovendo le eventuali necessarie modifiche normative.		La STEM ha avviato il lavoro di aggiornamento al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti
Art. 5 (Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni)		

sanitarie)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 in materia di copertura del disavanzo sanitario, al fine dell'efficientamento del sistema sanitario e al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale, le Regioni e le Province autonome, nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua tenendo conto dei trend stagionali, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, ovvero di livello inferiore qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20 per cento dello squilibrio stimato:

a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);

b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle

prestazioni rese; c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie. 2. Le misure di cui al presente articolo sono oggetto di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e gli esiti sono comunicati alla Struttura di monitoraggio.		
Art. 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) Comma 4: Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni. Comma 5: In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a		L'Accordo è ancora da siglare. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 5 maggio 2011 ha approvato il Testo unico sulla mobilità sanitaria per l'anno 2010, all'interno del quale sono state apportate le modifiche concordate, tra cui si segnala la TUC per l'anno 2010 e ha fatto proprio quanto deciso dalla Commissione Salute il 4 maggio 2011 in merito alla revisione delle regole sulla mobilità sanitaria interregionale. La TUC 2010 approvata in Conferenza prevede rispetto alla TUC 2009 le seguenti modifiche: • aggiornamento dei valori soglia DRG specifici, così come individuati nel D.M. 18/12/2008;

definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.		• modifiche tariffarie introdotte per promuovere ulteriormente l'appropriatezza; • abbattimento del 10% di 8 DRG di alta complessità e del 5% del DRG 515; • abbattimento delle tariffe degli ulteriori 65 DRG potenzialmente inappropriati come segue: - dal 13% a 20% i 25 DRG chirurgici - 30 % per i restanti 40 DRG medici. Le Regioni, che non lo abbiano ancora fatto, sono state sollecitate ad introdurre nei propri sistemi di remunerazione le misure volte a penalizzare i DRG appartenenti alla lista dei 108 potenzialmente inappropriati.
Art. 7 (Accreditamento e remunerazione) 1. Si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati. 2. Si conviene sulla necessità di prorogare al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale.	Legge 26 febbraio 2011, n. 10 – Milleproroghe: Art. 2 comma 35: All'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dopo le parole: «strutture private» sono inserite le seguenti: «ospedaliero e ambulatoriali» e dopo	Intesa da sancire. Nella riunione della Commissione Salute del 9 marzo 2011 sono stati designati i componenti regionali del Tavolo di lavoro misto Regioni/Ministero Salute in materia di accreditamento per elaborare l'intesa. Nel Milleproroghe, su richiesta delle Regioni, è stato prorogato di due anni – fissando al primo gennaio 2013 - il termine della cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture socio sanitarie

3. Nelle more della revisione normativa, per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con intesa Stato Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, vengono definiti gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.	le parole: «decreto legislativo n. 502 del 1992;» sono inserite le seguenti: «le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992».	private e degli stabilimenti termali. Intesa da sancire.
---	---	--

b) individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto; c) proporre un'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da approvarsi, in sede di Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 dicembre 2010.		Intesa da sancire.
Art. 9 (Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti) 1. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che: a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA; b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della		

salute e delle politiche sociali. La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati; c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.		
Art. 10 (Monitoraggio e verifica dei LEA) 1. Si conviene, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nell'ambito di quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del presente patto, di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. 2. Si conviene di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che, annualmente aggiornato dallo stesso Comitato,		L'aggiornamento è ancora da attuare.

incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti. 3. Si conviene di monitorare l'andamento dei Livelli Essenziali di Assistenza in relazione alla definizione dei costi standard in attuazione del federalismo fiscale.		
Art. 11 (Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività) 1. In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine: a) le regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011; b) le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle	LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010 – Art. 2 comma 70: Per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato - Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all' articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 che prevedono che una quota delle risorse disponibili per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento possa essere utilizzata per il potenziamento degli strumenti di verifica e controllo gestionale.	DM 18 gennaio 2011 ad oggetto: "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici". Su tale Decreto sta lavorando il coordinamento tecnico della Commissione Salute.

procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale; c) le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67; d) le regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci. 2. L'accertamento di cui al comma 1 è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanarsi entro il 31 marzo 2010, in attuazione dell'articolo 1, comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, concernente i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle predette aziende del servizio sanitario nazionale. 3. Le regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate. 4. Quanto previsto dai commi 1 e 2 del presente		Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari in attuazione dell'articolo 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005 n. 266. INTESA SANCITA IL 23 SETTEMBRE 2010 IN CONFERENZA STATO – REGIONI.
--	--	---

articolo costituisce adempimento delle regioni ai sensi dell'articolo 4.		
Art. 12 (Personale del servizio sanitario regionale) 1. Ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, Stato e Regioni concordano che i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:	LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010 – Art. 2 comma 71: Fermo restando quanto previsto dall' articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, per il triennio 2007-2009, gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese	Anche per il triennio 2010 2012 le spese per il personale non devono superare l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Si considerano anche le spese per il personale a tempo determinato, con contratto di collaborazione o con convenzioni. Sono escluse le spese di personale a carico

a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale; b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010. 2. I protocolli di intesa Università – Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui al comma 1 sono da adeguarsi. In caso di mancato adeguamento eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università. 3. Agli adempimenti recati dal presente articolo le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010, le altre regioni entro il 31 dicembre 2010	per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell' articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. 72. Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma: a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale	di finanziamenti comunitari o privati e quelle dei contratti per l'attuazione di progetti di ricerca. Nell'ambito dei processi di riorganizzazione e per la razionalizzazione della rete ospedaliera sono previste:
---	---	--

4. Ai fini della verifica degli adempimenti recati dal presente articolo, la regione è valutata adempiente se è accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi. In caso contrario è valutata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.	dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall' articolo 1, commi 189, 191 e 194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni; b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma. 73. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata	- Adozione di misure di riduzione degli organici e di ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa; - Fissazione di parametri standard per individuazione di strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del comparto. La verifica è affidata al Tavolo di verifica art. 12 Intesa 23 marzo 2005 presso il MEF. La Regione è adempiente se consegue tali obiettivi o se abbia assicurato l'equilibrio economico.
--	--	---

	adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.	
Art. 13 (Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario) comma 2: All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e gli effetti dell' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre le vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del turn-over del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli; le modalità di verifica del presente adempimento sono definite nell'ambito del regolamento di cui all'articolo 3, comma 4, della presente Intesa.	LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010: Art. 2 75. Per le regioni che risultano in squilibrio economico si applicano le disposizioni di cui ai commi da 76 a 91. 76. All' <i>articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al quinto periodo: 1) dopo le parole: «si applicano comunque» sono inserite le seguenti: «il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo e»; 2) le parole: «scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto» sono sostituite dalle seguenti: «scaduto il termine del 31 maggio, la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto»; b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di	Il comma 174 Legge finanziaria 2005 dispone le procedure di diffida ad adempiere per la Regione e del Presidente della Regione quale commissario ad acta per l'adozione di provvedimenti per il ripiano del disavanzo. Oltre ai meccanismi già previsti di automatismo della misura massima aliquota Irap e addizionale Irpef, si prevedono: - blocco automatico del turn over del personale SSN fino al 31 dicembre del secondo anno successivo; - divieto spese non obbligatorie per lo stesso periodo. Gli atti emanati in violazione delle predette norme sono nulli.

Comma 3: È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è altresì tenuta a presentare entro il successivo 10	effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli». LEGGE 220/2010 (C.D. LEGGE DI STABILITA') Art. 1 comma 52. All'articolo 2, comma 2-bis, del decreto- legge 5 agosto 2010, n. 125, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° ottobre 2010, n. 163, dopo il primo periodo e` inserito il seguente: «Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010, non operano le citate misure di blocco automatico del turn-over, nel limite del 10 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza». LEGGE 191/2009 – FINANZIARIA 2010: Art. 2 77. È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la	In sede di verifica la Regione deve inviare certificazione attestante il rispetto dei vincoli. Lo standard dimensionale del disavanzo sanitario - rispetto al finanziamento ordinario ed alle maggiori entrate proprie – è definito nel 5% ovvero inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio non garantiscono la copertura totale del disavanzo.
---	--	---

giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, per le parti non in contrasto con la presente Intesa, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso. Comma 4: Il piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della presente Intesa e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dall'approvazione della regione. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della Struttura, ove espresso. 5. Il Consiglio dei ministri, su proposta del	copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso. 78. Il piano di rientro, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni dalla data di approvazione da parte della regione. La citata Conferenza, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della citata Struttura tecnica, ove espresso.	In caso di raggiungimento o superamento del suddetto standard, scatta il PIANO DI RIENTRO TRIENNALE. La Regione deve presentare entro il 10 giugno dell'anno successivo il Piano di Rientro elaborato con ausilio di AIFA ed AGENAS, che contenga sia misure di riequilibrio dell'erogazione dei LEA sia misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. Il Piano di rientro approvato dalla Regione è valutato dalla STEM – Struttura tecnica paritetica di monitoraggio prevista all'art. 3 dell' Intesa sul Patto per la Salute di supporto alla Conferenza Stato-Regioni – e dalla Conferenza Stato-Regioni nei termini perentori di 30 e 45 giorni dall'approvazione della Regione del Piano.
--	---	---

Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 4, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione entro i successivi trenta giorni del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario ad acta: a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dalla presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con DPCM, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio; b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle	79. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 78, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell' articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario ad acta: a) oltre all'applicazione delle misure previste dall' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere	Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del Piano: SE positivo è approvato dal CdM ed è efficace ed esecutivo SE negativo - o in caso di NON presentazione del Piano – il CdM nomina il Presidente della Regione Commissario ad acta per la predisposizione del Piano entro 30 giorni e per la sua attuazione per l'intera durata del Piano. A seguito della nomina a Commissario ad acta, oltre all'applicazione delle misure di cui al comma 76 innalzamento automatico leve fiscali; blocco del turn over e delle spese non obbligatorie si prevede: - in via automatica la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio; - in via automatica la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SS regionale nonché dell'assessorato regionale;
---	--	--

attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. 6. Per la regione sottoposta a piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo, della legge 23 dicembre 2006, n. 296 in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di	obbligatorio; b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. 80. Per la regione sottoposta al piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente	- incremento automatico in aggiunta a quanto previsto nel comma successivo, nelle misure di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali l'addizionale IRPEF. Obbligo per la Regione con Piano di Rientro del mantenimento per la durata del Piano delle maggiorazioni aliquote fiscali ove scattate automaticamente. Gli interventi previsti dal Piano sono vincolanti per la Regione con obbligo di rimozione e non adozione di provvedimenti di ostacolo all'attuazione del Piano. In caso di rispetto degli obiettivi intermedi con risultati quantitativamente migliori si possono ridurre le aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota
--	---	--

effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano. 7. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro. 8. L'approvazione del piano da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata	migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano. 81. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato - Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro. 82. L'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al	corrispondente al maggior risultato. Analogamente si può applicare misura di attenuazione del blocco turn over e del divieto spese non obbligatorie. Periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando possibilità verifiche straordinarie Trasmissione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e di tutti i provvedimenti aventi impatto sul SS regionale ed indicati in apposito paragrafo del Piano alla piattaforma informatica del Ministero della Salute a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'art. 3 dell'Intesa sul Patto per la Salute – Tavolo verifica presso MEF, Comitato Lea e STEM. Il Ministero della Salute di concerto con il MEF esprime un parere preventivo solo sui provvedimenti indicati nel Piano. L'approvazione del Piano e la sua attuazione sono presupposti per l'accesso al
--	--	--

l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.	maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40 per cento a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all' <i>articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 4 dicembre 2008, n. 189</i>. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all' <i>articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008</i>, e all' <i>articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 28 gennaio 2009, n. 2</i>.	maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano. L'erogazione del maggior finanziamento – quote premiali ed eventuali ulteriori risorse non erogate in conseguenza di inadempienze – avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del Piano. Le restanti somme a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano secondo le procedure dell'art. 1 comma 2 l. n. 189/2008 - autorizzazione all'erogazione in presenza di situazione di emergenza finanziaria; adozione da parte del commissario ad acta di provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa - . Per l'erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni dell'art 1 commi 2 e 3 della suddetta l.n. 189/2008 e dell'art. 6 bis commi 1 e 2 l.n. 2/2009 – copertura del disavanzo residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato, le somme sono soggette a recupero qualora la Regione non attui il Piano nella dimensione finanziaria stabilita.
9. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al precedente comma 7 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di	83. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al comma 81 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2,	Se emerge inadempienza della Regione – su proposta del MEF di concerto con MIN SAL e sentito Ministro per le Regioni, sentite la STEM e la Conferenza Stato-Regioni – il Consiglio dei Ministri

monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio, rispettivamente, di 10 e 20 giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata da Tavolo e Comitato, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione quale commissario ad acta per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano di rientro. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario: a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato ai sensi della presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio –da individuarsi a seguito del DPCM di cui al comma 5, lettera a)- e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e	della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che esprimono il proprio parere entro i termini perentori, rispettivamente, di dieci e di venti giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell' <i>articolo 120 della Costituzione</i> nomina il presidente della regione commissario ad acta per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed	DIFFIDA la Regione ad attuare il Piano. In caso di perdurante inadempienza accertata dal Tavolo tecnico di verifica e dal Comitato per la verifica dei LEA il Consiglio dei Ministri, su proposta del MEF di concerto con il Ministero della Salute e sentito il Ministro per le Regioni, nomina il Presidente della Regione quale Commissario ad acta per tutta la durata del Piano.
--	---	---

sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente; b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. 10. Qualora il presidente della regione, nominato commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano ai sensi dei commi 5 o 9, non adempia in	esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario: a) oltre all'applicazione delle misure previste dall' <i>articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, da individuare a seguito del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 79, lettera a), e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente; b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall' <i>articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. 84. Qualora il presidente della regione, nominato commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano ai sensi dei commi 79 o 83, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di	Il commissario adotta tutte le misure indicate nel Piano e ne verifica la piena ed esatta attuazione. Gestione commissariale Oltre all'applicazione delle misure di cui al comma 76 – sono sospesi in via automatica i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadono in via automatica i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del Sistema Sanitario regionale nonché dell'assessorato regionale. Con riferimento all'esercizio in corso dalla data di nomina sono incrementate in via automatica - in aggiunta a quanto previsto dal comma 80 – di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF. Qualora il Presidente della Regione quale Commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del Piano non adempie in tutto
---	--	---

tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati. 11. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo. 12. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli	redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell' <i>articolo 120 della Costituzione</i>, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'<i>articolo 120 della Costituzione</i>, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati. 85. Si applicano le disposizioni di cui all' <i>articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i>, e successive modificazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo. 86. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente	o in parte agli obblighi di redazione o derivanti dal Piano, il Consiglio dei Ministri adotta tutti gli atti necessari alla predisposizione e all'attuazione del Piano. Nomina da parte del CdM, sentita la Regione interessata, di uno o più commissari ad acta per l'attuazione di atti indicati nel Piano e non realizzati. Gli oneri della gestione commissariale sono a carico della regione.
--	---	--

obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 6 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 9, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. 13. Le disposizioni di cui ai commi 6, 8, ultimo periodo, e da 9 a 12 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro. 14. Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità della regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure, definite nel medesimo piano, per il passaggio dalla gestione straordinaria	determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. 87. Le disposizioni di cui ai commi 80, 82, ultimo periodo, e da 83 a 86 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro. 88. Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. È fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In	Il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano in sede di verifica annuale comporta l'applicazione delle misure previste dal comma 80, le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83 e l'incremento di 0,15 punti percentuali dell'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale IRPEF. Le disposizioni del comma 80, 82 ultimo periodo e da 83 a 86 si applicano anche alle Regioni che abbiano avviato il Piano di rientro. Per le Regioni con i Piani di rientro e già commissariate restano fermi l'assetto della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano - mediante Programmi operativi del Commissario - e le relative azioni di supporto contabile e gestionale. Possibilità per la Regione di presentare un Nuovo Piano ed a seguito dell'approvazione cessano i commissariamenti secondo le modalità stabilite nel Piano.
--	--	--

commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui ai commi 2 e da 6 a 12. 15. Lo Stato si impegna ad adottare misure legislative dirette a prevedere quanto segue: a) al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi Piani, per un periodo di dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge attuativa della presente Intesa non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori ed i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di dodici mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedano tassi di interesse inferiori; b) le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale di	ogni caso si applicano le disposizioni di cui all'<i>articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, e ai commi da 80 a 86 del presente articolo ⁽⁵⁴⁾. 89. Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'<i>articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311</i>, e successive modificazioni, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi piani, per un periodo di due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di due mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedono tassi di interesse inferiori. ⁽¹⁰⁾ 90. Le regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui	Si applicano comunque le disposizioni del comma 174 L.n. 311/2004 modificato dal comma 76 e dei commi da 80 a 86. Nelle Regioni con i Piani di rientro non possono essere intraprese o proseguite per 12 mesi azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere. La Legge n. 194/2009 c.d. Milleproroghe ha ridotto tale periodo a due mesi. La Legge 122/2010 all'art. 11 comma 2 proroga il periodo in cui non possono essere intraprese o proseguite nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere al 31 dicembre 2010. <u>Successivamente la Legge 220/2010 – “Legge di stabilità” proroga ulteriormente la scadenza al 31 dicembre 2011.</u> Le Regioni con i Piani di rientro possono utilizzare limitatamente a copertura dei debiti sanitari le risorse FAS.
---	---	---

cui alla delibera CIPE n. 1/2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE; c) limitatamente ai risultati d'esercizio 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico Piano di rientro dei disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009;	alla delibera del CIPE n. 1/2009 del 6 marzo 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 137 del 16 giugno 2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE. 91. Limitatamente ai risultati d'esercizio dell'anno 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico piano di rientro dai disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell' articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni: a) è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009; LEGGE 220/2010 (C.D. LEGGE DI STABILITA') Art. 1 comma 50. Limitatamente ai risultati d'esercizio dell'anno 2010, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico piano di rientro dai disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le	Solo per l'anno 2009 nelle Regioni con i Piani di rientro in cui si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi di risanamento e di riequilibrio economico è consentito coprire il disavanzo con risorse di bilancio regionale adottate entro il 31 dicembre 2009; La Legge 220/2010 – “Legge di stabilità” all'art. 1 comma 50 proroga il suddetto termine al 31 dicembre 2010.
---	--	---

d) con riferimento ai risultati dell'esercizio 2009 si applicano, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le disposizioni di cui al comma 12 in deroga a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Art. 14 (Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio) 1. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui al presente articolo. 2. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla Regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato Accordo il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3 e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio rispettivamente di 15 e di 30 giorni dall'invio. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere,	relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2010. b) si applicano, secondo le procedure previste dall' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, le disposizioni di cui al comma 86 del presente articolo, in deroga a quanto stabilito dall' articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. 92. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97. 93. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell' articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato accordo, il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori, rispettivamente, di quindici e di trenta giorni dall'invio. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e	Si applicano le disposizioni del comma 86 Sottoscrizione di un Accordo con Piano di rientro approvato dalla Regione. La valutazione del Piano è affidata alla STEM ed alla Conferenza Stato-Regioni Costituisce presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui
---	---	--

tiene conto del parere della struttura, ove reso. Alla sottoscrizione del citato Accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di 30 giorni. 3. La sottoscrizione dell'Accordo e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80% a seguito della sottoscrizione dell'Accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 154/2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del citato decreto legge 185/2008. 4. Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla	le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della citata Struttura tecnica, ove reso. Alla sottoscrizione del citato accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di trenta giorni. 94. La sottoscrizione dell'accordo di cui al comma 93 e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all' articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all' articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008 e all' articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2. 95. Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.	si è verificata l'inadempienza. L'erogazione avviene nella misura dell'80% a seguito della sottoscrizione dell'Accordo e le restanti somme a seguito della verifica con le procedure dell'art. 1 comma 2 l. n. 189/2008 - autorizzazione all'erogazione in presenza di situazione di emergenza finanziaria; adozione da parte del commissario ad acta di provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa. Per l'erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni dell'art 1 commi 2 e 3 della suddetta l. n. 189/2008 e dell'art. 6 bis commi 1 e 2 l. n. 2/2009 – copertura del disavanzo residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato, le somme sono soggette a recupero qualora la Regione non attui il Piano nella dimensione finanziaria stabilita -. Gli interventi previsti dal Piano sono vincolanti per la Regione con obbligo di rimozione e non adozione di provvedimenti di ostacolo all'attuazione del Piano.
---	--	--

piena attuazione del Piano di rientro. 5. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro. 6. Si conviene che le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere entro il 31 dicembre 2009 un Accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo Accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro i	96. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro. 97. Le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell' articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la	Verifica con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando possibilità verifiche straordinarie. Trasmissione dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e di tutti i provvedimenti aventi impatto sul SS regionale ed indicati in apposito paragrafo del Piano alla piattaforma informatica del Ministero della Salute a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'art. 3 dell'intesa sul Patto per la Salute – Tavolo verifica presso MEF, Comitato LEA e STEM-. Il Ministero della Salute di concerto con il MEF esprime un parere preventivo solo sui provvedimenti indicati nel Piano. Per le Regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere l'Accordo con il Piano di rientro entro l'anno 2009, il termine ultimo è il 31 aprile 2010 ed in caso di mancata sottoscrizione entro i successivi 90 giorni la quota di maggior finanziamento viene sottratta alla competenza della Regione.
--	--	---

successivi 90 giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata. Articolo 15 (Piano nazionale della prevenzione): 1. In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 relativa al Piano nazionale della prevenzione, si conviene di pervenire entro il 30 giugno 2010 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2010- 2012, coerentemente con gli interventi previsti dal Piano vigente. 2. Le Regioni e le Province autonome convengono di confermare per gli anni 2010- 2012, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.	quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata.	Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012. INTESA SANCITA IL 29 APRILE 2010 IN CONFERENZA STATO – REGIONI Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante modifiche all'Intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012: richiesta di modifica dei termini previsti nell'intesa per adozione dei piani regionali (31 dicembre 2010) e Piano nazionale delle azioni centrali a supporto delle Regioni (31 ottobre 2010). INTESA SANCITA IL 7 OTTOBRE 2010 IN CONFERENZA STATO – REGIONI CHE INTEGRA LA PRECEDENTE. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012". INTESA SANCITA IL 10 FEBBRAIO
---	---	---

Articolo 16 (Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute) 1. Al fine di dare attuazione al punto 4.2 del Patto per la salute , si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente. 2. Al fine di dare attuazione al punto 4.6 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni finalizzata a 4 promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla base di una documento tecnico redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali entro il 31 marzo 2010. 3. Al fine di dare attuazione al punto 4.9 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici		2011 IN CONFERENZA STATO-REGIONI. Intesa da sancire. Intesa da sancire. Intesa da sancire.
---	--	--

lo Stato, di erogazione della quota premiale e di eventuali recuperi, fermo restando quanto disposto dall'articolo 77-quater del decreto-legge 112/2008. 2. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio il livello delle erogazioni, ivi comprese eventuali anticipazioni, è fissato nella misura del 98%; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica. 3. La quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale) è confermata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie e, per la regione Sicilia, della partecipazione regionale al finanziamento. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio la quota premiale è determinata nella misura del 2 per cento. 4. Nelle more dell'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il livello provvisorio delle erogazioni del finanziamento effettuato in via anticipata è pari al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento dell'Intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento.	2000, n. 56, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario e alla Regione siciliana anticipazioni, con riferimento al livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, da accreditare sulle contabilità speciali di cui al comma 6 dell' articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, fermo restando quanto previsto dall' articolo 77-quater, commi da 2 a 6, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133; b) la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensiva di eventuali anticipazioni di cui alla lettera a), è fissata al livello del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e, per la Regione siciliana, della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per i medesimi anni. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è fissata al livello del 98 per cento; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza	
---	--	--

	pubblica; c) la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge; d) nelle more dell'espressione dell'intesa, ai sensi delle norme vigenti, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'erogazione delle risorse in via anticipata provvisoria è commisurata al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento della citata intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento; e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi necessari, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi; f) sono autorizzate, a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all' articolo 12, comma 3,	La quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è del 3%. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio è del 2% (cd premialità).
--	--	--

Art. 19 (Mobilità interregionale): 1. Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione della presente Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di: a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale; b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale; c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro; d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la	<i>lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.</i>	Fare il punto sugli Accordi tra Regioni confinanti.
---	---	---

definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda. Articolo 20 (Recepimento della presente intesa e impegno a disporre modifiche normative) 1. Il Governo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e amministrativo in attuazione della presente Intesa anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme. 2. Sono fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente Intesa ai sensi dei rispettivi Statuti speciali e delle relative norme di attuazione.		
---	--	--