



# *Ministero della Salute*

## PROTOCOLLO DI INTESA

TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI  
BOLZANO

sul

## **PATTO PER LA SALUTE**

**su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e finanze**

**condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome  
di Trento e di Bolzano**

**28 settembre 2006**

**VISTI** gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht;

**CONSIDERATA** la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

**VISTI** gli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i quali prevedono che, in questa Conferenza, Governo, Regioni e Province Autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

**VISTO** l'accordo sancito il 3 agosto 2000 ( repertorio atti n. 1004) in materia di spesa sanitaria, come integrato dall'articolo 85, comma 6 della legge 23 dicembre 2000, n. 388;

**VISTO** l'accordo sancito il 22 marzo 2001( repertorio atti n. 1210) che integra l'accordo sancito il 3 agosto 2000 in materia di spesa sanitaria;

**VISTO** l'accordo sancito l'8 agosto 2001 recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 ed il 22 marzo 2001 in materia di spesa sanitaria ( repertorio atti n. 1285), con il quale si conviene di definire i Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, che, all'articolo 6 ha previsto la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** l'articolo 40 della legge 28 dicembre 2001, n.448, il quale prevede che il mancato rispetto da parte delle regioni e delle province autonome degli impegni indicati al punto 19 dell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, comporta, per il finanziamento della spesa nel settore, il ripristino per la regione e le province autonome inadempienti del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388;

**VISTO** l'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 ( rep.atti n. 2174), in attuazione dell'articolo 3, comma 33 della legge 24 dicembre 2003, n.350, con il quale sono state definite le modalità di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo previsto a carico dello Stato dal richiamato Accordo dell'8 agosto 2001, fermo restando, come disposto dal comma 32 del medesimo articolo 1 della richiamata legge n.350, l'obbligo del ripristino del livello di finanziamento corrispondente a quello previsto dall'accordo del 3 agosto 2000, nei confronti delle Regioni per le quali si sia verificato il rispetto del mancato adempimento;

**VISTO** l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale ha disposto, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

**VISTA** l'intesa stipulata il 23 marzo 2005 ( repertorio atti n. 2271) in attuazione dell' articolo 1, commi 173 e 180 della richiamata legge n. 311/2004, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

**VISTO** l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dall'articolo 1, comma 277 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la procedura del commissario *ad acta* e qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, con riferimento all'esercizio 2005 e all'anno d'imposta 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

**CONSIDERATA** la necessità, al fine di garantire la certezza del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica per il rispetto degli obblighi comunitari, di prorogare anche per gli esercizi

successivi al 2005 il meccanismo dell'automatismo fiscale di cui al richiamato articolo 1, comma 277, della legge 266/2005;

**VISTO** l'articolo 1, comma 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone, che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni e delle Province Autonome agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, è precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;

**VISTO** l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

**VISTO** l'articolo 1, comma 181, della richiamata legge n. 311/2004, il quale dispone che, con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al citato comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime, dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

**VISTO** l'articolo 1, comma 184, lettere a), b) e d) della richiamata legge n. 311/2004 in materia di anticipazioni,

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

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

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

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

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

**VISTO** l'articolo 1, comma 275 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;

**VISTO** l'articolo 1, comma 278 della legge 23 dicembre 2005, n.266 che dispone, al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, che il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 164, della [legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006, da ripartire tra le regioni, secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che prevedano comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo;

**VISTO** l'articolo 9 del decreto legge 30 settembre 2005 n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, concernente l'obbligo della costituzione degli accantonamenti in materia di rinnovi contrattuali;

**VISTO** l'articolo 117, comma 2 lettera m) della Costituzione che attribuisce allo Stato la competenza di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ed il comma 3 che individua tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute;

## **SI CONVIENE TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO QUANTO SEGUE:**

### **PREMESSO CHE:**

Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di due fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione, e il progresso della medicina e le modificazioni socio-economiche, che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze che, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, sono particolarmente pervasive in alcune Regioni. Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni conferma che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. A questo proposito la valutazione preliminarmente condivisa a che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute.

E' dunque possibile, come indicato nel Documento di programmazione economico finanziaria 2007-2011, mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico – la spesa sanitaria è una forma essenziale di investimento nel capitale umano. Si tratta di un ruolo di interesse nazionale,

che richiede di combinare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni. In questo quadro è auspicabile un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali confederali nel dibattito sullo sviluppo e la qualificazione del Servizio Sanitario Nazionale e sulle politiche per la tutela della salute.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano convengono di sancire un Nuovo Patto per la Salute volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Oggi si evidenziano la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA.

Governo e Regioni ritengono necessario, con il presente patto, individuare in modo condiviso le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse su un arco pluriennale, nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole sulla politica del personale e sulla farmaceutica.

Il settore della sanità deve mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria del Paese. In ogni caso i livelli di finanziamento devono essere parametrati alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

All'interno di questo quadro di compatibilità, il Nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatica e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Verrà rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA e il livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, svolgerà non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni. Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. Nel migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità, un ruolo potranno svolgere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini in funzione del tipo di patologia e della condizione economica. Infine, facendo leva sul Fondo nazionale per il co-finanziamento degli investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/1988 e sui fondi strutturali UE 2007-2013 si punterà a sostenere l'attività di ricerca e innovazione e l'attività di investimento per l'innalzamento della qualità del sistema e nelle nuove tecnologie.

## **PRESO ATTO CHE:**

-il Governo si impegna ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e/o amministrativo in attuazione del presente accordo anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme, Accordi e Intese vigenti;

-il Governo ritiene indispensabile prorogare il meccanismo dell'automatismo fiscale;

-il Governo ritiene indispensabile assicurare la stabilità degli strumenti di programmazione finanziaria nel settore farmaceutico;

-il Governo si impegna con il presente accordo, in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, a stabilire il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009 e che comprende il livello delle entrate proprie così come definito nell'Accordo dell'8 agosto 2001, in modo da consentire alle Regioni l'ottimizzazione, efficienza e massimizzazione nell'uso delle risorse e rendere loro possibile una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie a correggere le inapproprietezze e a riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi per i cittadini;

-Governo e Regioni si impegnano ad affrontare il problema di superare i divari quantitativi e qualitativi tra sistemi sanitari regionali ed in particolare tra Nord e Sud del Paese, evidenziando che tale problema si è accresciuto negli ultimi anni e trova annualmente testimonianza nei rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria interregionale;

-il Governo si impegna a prevedere in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie, un fondo transitorio che, insieme con misure di affiancamento, sostenga tali Regioni in un percorso di rientro in grado di portare all'azzeramento dei loro disavanzi entro l'anno 2010;

-il Governo e le Regioni convengono che, nell'attuazione del presente accordo, sono fatte salve le funzioni generali dello Stato di monitoraggio e valutazione del Servizio Sanitario nazionale al fine di garantire il reale accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché di coordinamento della finanza pubblica e sono altresì fatte salve l'autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni;

## **TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SI CONVIENE QUANTO SEGUE:**

### **1) Disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale**

**1.1** Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009, al netto della componente transitoria di cui al successivo punto 3, è determinato in 96.000 milioni di euro per l'anno 2007, 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e 102.245 milioni di euro per l'anno 2009, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù». A fronte di tale disponibilità programmatica dovrà corrispondere un'assunzione di autonomia ed inderogabile responsabilità di bilancio da parte delle Regioni sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano di disavanzi.

**1.2** Il Ministro della salute, ai fini dell'esercizio della sua titolarità di proposta di riparto delle disponibilità finanziarie di cui al punto 1.1. per la determinazione del fabbisogno finanziario delle singole Regioni, dichiara la sua disponibilità ad avvalersi, in prima istanza, di criteri di riparto elaborati dalle Regioni, previa la ordinaria verifica tecnica con il Ministero delle economia e delle finanze sulla congruità dei predetti criteri, entro il 15 novembre 2006. In carenza di tali criteri ovvero qualora tali criteri non siano stati ritenuti congrui, il Ministro della salute elabora comunque la proposta di riparto entro il 30 novembre 2006, sulla base della normativa vigente. I criteri di riparto comunque, che siano recepiti dalla proposta delle Regioni o che siano proposti dal Ministro, restano validi per l'intero triennio 2007-2009.

**1.3** Le Regioni si impegnano ad esprimere entro il 30 ottobre 2006 l'intesa sul DPCM attuativo del d.Lgs n. 56/2000 per l'anno 2005 e, entro il 31 marzo 2007 per l'anno 2006.

**1.4** In via aggiuntiva agli adempimenti previsti dal presente Accordo, sono confermati e prorogati per tutta la durata del presente accordo gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi, come integrati dalle disposizioni di cui all'articolo 1, commi 203 e 275 della legge n. 266/2005 e dall'articolo 9 del decreto legge 30 settembre 2005 n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248. Tali procedure restano in vigore salvo quanto eventualmente concordato nel tavolo di cui al successivo punto 4.16. In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. A tal fine il Governo si impegna alla proposizione delle necessarie norme di deroga. ▸

**1.5** La quota di finanziamento condizionata alla verifica degli adempimenti di cui al punto 1.4 è determinata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie per le Regioni a statuto ordinario; delle entrate proprie e della partecipazione di Sicilia e Sardegna per queste ultime.

**1.6** E' confermato lo schema delle anticipazioni di cui all'articolo 1, comma 184, lettere a), b) della citata legge n. 311/2004 secondo le procedure di determinazione di cui al punto 1.5 nella misura del 97 per cento degli importi stabiliti per le singole Regioni in sede di riparto delle disponibilità finanziarie complessive per il Servizio Sanitario Nazionale. La procedura dell'anticipazione provvisoria è determinata con riferimento al finanziamento corrispondente a quello previsto per l'anno 2006 e incrementato a decorrere dal 2008 sulla base del tasso di crescita del PIL nominale programmato. Alle Regioni che abbiano superato gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal tavolo di verifica di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si riconosce la possibilità di un incremento di detta percentuale nei limiti della compatibilità di bilancio dettate dagli obiettivi di finanza pubblica.

## **2) Livelli Essenziali di Assistenza**

**2.1** Entro il 31 dicembre 2006, al fine di consentirne una tempestiva entrata in vigore il 1 gennaio 2007, si procederà, con le modalità di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni, nelle sedi competenti, ad una revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza vigenti, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, sulla base dei seguenti principi e criteri:

- i criteri ed i principi contenuti nell'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229:

1. principio della dignità della persona;
2. principio del bisogno di salute;
3. principio dell'equità nell'accesso all'assistenza;
4. principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
5. principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Inoltre la revisione dei LEA terrà conto dei criteri:

- di cui al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- dei risultati del Progetto Mattoni;

-della previsione di rimodulazione dei Livelli Essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 292, lettera a), della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

- della integrazione dei LEA con l'aggiornamento delle liste delle prestazioni erogabili con particolare riferimento alla omogeneizzazione di quanto previsto in materia di assistenza odontoiatrica, parto indolore e terapie del dolore, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminando prestazioni ormai obsolete o sostituite da altre di comprovata efficacia;
- il criterio di revisione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui al DPCM del 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, ampliandone il numero.

**2.2** In ciascuno degli anni del triennio, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, viene operata almeno una revisione ordinaria anche al fine di tenere conto dei risultati del monitoraggio dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza .

**2.3** Entro il 30 novembre 2006 si procede, in via straordinaria, nelle sedi competenti, ad una analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, assumendo come riferimento i costi delle pratiche ritenute più efficienti in condizioni di appropriatezza, riscontrabili nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale analisi costituirà la base di riferimento di un'attività ordinaria di monitoraggio di tali costi da effettuarsi ogni anno entro il 30 novembre, i cui risultati saranno riportati nella relazione sullo stato sanitario del Paese da inviare al Parlamento.

**2.4** Entro il 30 novembre 2006, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e con il sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, si conviene di definire un "pacchetto" o *set* di indicatori, concordato tra Ministeri della salute e dell'economia e finanze e Regioni a partire dal set di indicatori, comprensivo anche di indicatori sulle risorse umane e professionali del Servizio Sanitario Nazionale, utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa per la verifica dell'erogazione dei LEA per l'anno 2005. La verifica degli indicatori sarà condotta dal predetto Comitato in modo da configurare un percorso certificativo che evidenzi: l'uso delle risorse, la qualità dell'output e la capacità organizzativa. In quella sede vengono stabiliti indirizzi programmatori - per esempio relativi alla dotazione di letti ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario nazionale, alla loro articolazione nelle funzioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e, alle funzioni dei grandi ospedali e dei piccoli ospedali, al dimensionamento e all'organizzazione di particolari attività, all'attivazione e al funzionamento delle grosse tecnologie. Ogni Regione, coerentemente con le risorse programmate per l'erogazione dei LEA, stabilisce prima dell'inizio di ogni anno i risultati attesi e i relativi programmi che vengono poi monitorati dal citato Comitato. Tale procedura implica che il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolga non solo una funzione di verifica, ma, per le regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di rientro, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni, finalizzata anche ad una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata.

**2.5** Entro il 30 novembre 2006 vengono adottati con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le Province autonome i nuovi modelli di rilevazione dei conti del Servizio Sanitario nazionale e le nuove linee guida alla loro compilazione con riferimento ai risultati già disponibili del progetto collaborativo "Mattoni" denominato "Misura dei costi" da adottarsi a partire dall'anno di competenza 2007.

**2.6** Per il loro rilevante impatto sui Livelli Essenziali di Assistenza si ritiene necessario attivare un



percorso valutativo al quale subordinare la immissione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico nel Servizio Sanitario Nazionale, attivando, a tal fine, un'apposita sezione di lavoro nell'organismo deputato alla elaborazione delle proposte tecniche per la manutenzione dei LEA, avvalendosi delle agenzie nazionali e delle altre strutture tecniche del Servizio sanitario nazionale.

### **3. Ulteriore concorso transitorio dello Stato alle Regioni in difficoltà economico- finanziaria**

**3.1** Per il percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le Regioni in difficoltà si conviene quanto segue:

- a) Il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, individua le Regioni che presentano un disavanzo pari o superiore al 7% nell'anno precedente e/o nelle quali sia entrata in vigore la massimizzazione dell'aliquota di addizionale IRPEF e della maggiorazione Irap, d'ora innanzi "Regioni in difficoltà";
- b) viene istituito, per tutto il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. L'accesso alle risorse di tale Fondo resta subordinato alla sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311, comprensivo di un Piano di rientro. Il Piano di rientro deve contenere, sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005. Le Regioni in difficoltà possono accedere al fondo transitorio. Tale accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap. Qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.
- c) il Ministero della salute, di concerto per quanto di competenza con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicurerà l'attività di affiancamento delle Regioni in difficoltà e di monitoraggio dei loro piani di rientro, sia per i provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive e di supporto tecnico. Tali funzioni consultive e di supporto sono svolte per la predisposizione dei provvedimenti di carattere programmatico e di alta gestione del Servizio Sanitario Regionale e per l'attuazione dei provvedimenti approvati con prescrizioni da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, per risolvere le questioni poste.

#### **4) Tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale.**

**4.1** Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale si conviene, in analogia a quanto operato dall'articolo 83, comma 3 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sulla opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, elevandolo dagli attuali 17 miliardi di euro a 20 miliardi di euro, riservando la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro alle seguenti linee prioritarie:

- innovazione tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;
- superamento del divario Nord-Sud;
- possibilità per le Regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;
- messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del d.P.R. 14 gennaio 1997;
- premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti (una quota del 10 per cento);

Il Governo e le Regioni si impegnano altresì a sostenere l'inserimento della tematica " sanità-sviluppo economico" tra le finalità individuate per l'utilizzo dei fondi disponibili nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 ed a convenire, con riferimento ai piani di investimento immobiliare deliberati dall'INAIL, cui all'articolo 1, comma 301 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sugli interventi di edilizia sanitaria da realizzare ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e nel rispetto delle compatibilità degli obiettivi di finanza pubblica assunti con il patto di stabilità e crescita.

**4.2** Per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente, che rende effettivo il diritto alla salute, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di assistenza Primaria, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare. Su questi temi come in generale su quelli della medicina del territorio, della prevenzione e della tutela della salute nei luoghi di lavoro, Governo e Regioni si impegnano a definire linee di indirizzo entro il 31 dicembre 2006.

**4.3** In coerenza con quanto previsto al punto precedente, si conviene che debbano essere intensificate ed integrate iniziative idonee a responsabilizzare i medici di medicina generale sul versante dell'appropriatezza prescrittiva.

**4.4** Si conviene di sviluppare nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

**4.5** Si conviene sulla necessità di omogeneizzare le forme di compartecipazione alla spesa in funzione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni, anche al fine di promuovere la riduzione dell'uso improprio del pronto soccorso ospedaliero e il ricorso appropriato al day hospital, nonché migliorando il ricorso alla diagnostica.

**4.6** Al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, con Intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della

funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle Regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli Piani di rientro. Tali linee saranno definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza. Sarà anche necessario procedere ad un'analisi delle modalità organizzative, anche innovative, interne ai presidi finalizzate alla maggiore integrazione delle attività ed al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza.

**4.7** Si conviene di razionalizzare le tariffe di laboratorio in modo da promuovere il dimensionamento efficiente dei laboratori e la diffusione dei punti di prelievo, con effetti di riduzione dei prezzi a vantaggio dei cittadini e del Servizio Sanitario nazionale.

**4.8** Si conviene sulla necessità di applicare anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 189, 191 e 194 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Conseguentemente il Governo e le Regioni si impegnano ad approfondire con le rappresentanze sindacali le regole di alimentazione dei fondi relativi alla contrattazione integrativa. Fermo restando gli obiettivi finanziari connessi al contenimento della spesa per il personale del SSN di cui agli articoli 1, comma 98 della legge n. 311/2004 e articolo 1, comma 198 della legge n. 266/2005, si conviene che per il loro conseguimento debbano essere individuate nuove modalità e procedure più aderenti alle specifiche realtà operative rispetto a quelle vigenti.

**4.9** Per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con Intesa Stato-Regioni da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

Con l'Intesa, per le medesime finalità:

- si promuoveranno le opportune iniziative per supportare normativamente, per gli aspetti di normazione di principio eventualmente carenti, le politiche regionali in questo settore;
- si promuoveranno iniziative per l'eventuale messa a punto della metodologia di remunerazione così come normati dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Coerentemente con queste esigenze, già si conviene che:

- viene individuata nel 1° gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è

trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del presente Accordo i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

**4.10** In materia di promozione della qualità, il Governo e le Regioni si impegnano a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008. A tal fine si conviene di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale. Il Programma nazionale prevederà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti.

**4.11** In considerazione della dimensione assunta, in campo nazionale, dal problema dell'assistenza alla non autosufficienza e considerate le iniziative che diverse Regioni stanno assumendo in merito, si conviene di attivare un tavolo di lavoro presso il Ministero per la solidarietà sociale con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero per le politiche della famiglia, che approfondisca le seguenti tematiche:

- area prestazionale di confine tra le prestazioni, i servizi e le tipologie di assistenza già assicurate dai LEA di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni e le altre linee prestazionali;
- aspetti sanitari e socio sanitari dell'accertamento del bisogno;
- analisi delle iniziative regionali già in essere.

**4.12** In maniera complementare all'iniziativa di cui al punto 4.10, al fine di favorire una qualificazione delle attività di integrazione socio-sanitaria previste dal decreto legislativo n. 502/92 così come, in particolare, modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99, il Ministero della salute si impegna a rifinalizzare una propria struttura per dedicarla all'integrazione socio-sanitaria ed alla diffusione di processi permanenti di qualificazione delle strutture del S.S.N. impegnate nei vari settori assistenziali caratterizzati dalla prevalente esigenza di integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali.

#### **4.13 Nuovo Sistema Informativo Sanitario.**

La scadenza del 30 giugno 2005, prevista dall'articolo 3, comma 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'adozione di un Accordo quadro Stato-Regioni tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze, per le riforme e l'innovazione della pubblica amministrazione e le Regioni e le Province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, è prorogata al 31 dicembre 2006. Fino a tale data restano ferme le competenze attribuite alla Cabina di regia per lo sviluppo del NSIS di cui alla richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il Governo e le Regioni si impegnano a promuovere l'utilizzo dei dati acquisiti con le procedure di cui al comma 10 dell'articolo 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 presso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della salute, fermo restando quanto previsto dall'articolo 87 della legge n. 388 del 2000, ferma restando le competenze del Ministero dell'economia e delle finanze previste dai citati articoli 50 e 87.

Nell'attuale fase transitoria si conviene sulla necessità di completare, entro il 31 dicembre 2007, il processo di acquisizione all'NSIS, promosso dalla sua Cabina di regia, dei dati regionali informatizzati già disponibili per il monitoraggio delle prestazioni relative all'assistenza specialistica ambulatoriale ed all'assistenza farmaceutica convenzionata, nonché di integrare tale acquisizione con i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci e alla c.d. distribuzione per conto e con il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa.

**4.14** Al fine di rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse disponibili, Governo e Regioni convengono sulla necessità di ulteriormente incrementare forme di razionalizzazione dei sistemi di gestione delle attività tecnico-amministrative e di supporto, quali la logistica, gli acquisti di beni e servizi, la manutenzione ecc., anche attraverso modalità di esercizio sovraziendale e di centralizzazione degli acquisti, con particolare riferimento ai dispositivi medici.

**4.15** La sede tecnica integrata per promuovere l'attività di armonizzazione dei risultati delle linee di confronto tecnico-programmatico che - nei vari ambiti e organismi previsti dalla normativa vigente - si sviluppano tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e finanze e Regioni per tutte le attività che impegnano Governo e Regioni nella garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e per il monitoraggio della spesa sanitaria, è costituita, rispettivamente, dal Comitato di verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa stato-Regioni del 23 marzo 2005. Il Comitato e il Tavolo verificano altresì periodicamente lo stato di attuazione del presente accordo.

**4.16** Ulteriore revisione degli accordi precedenti e delle leggi.

Uno specifico Tavolo di lavoro misto Stato-Regioni, presso il Ministero della salute, costituito da rappresentanti del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e finanze, del Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, provvederà a formulare proposte di revisione di punti della normativa vigente, anche in riferimento al rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale di enti ed organismi di rilevanza nazionale, di cui sia condivisa la criticità di applicazione.

**4.17** Al fine di armonizzare i contenuti e la tempistica del presente Patto con il vigente Piano Sanitario Nazionale di cui al d.P.R. 7 aprile 2006, si conviene di promuovere modifiche ed integrazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

**4.18** Governo e Regioni convengono sulla necessità di riaprire una fase di confronto sugli strumenti di monitoraggio e regolazione della spesa farmaceutica, in modo da pervenire ad eventuali modifiche della disciplina vigente, fermo restando l'obiettivo del conseguimento degli effetti finanziari derivanti dalla vigente normativa.

Nei confronti delle regioni che abbiano comunque garantito la copertura degli eventuali relativi disavanzi, è consentito l'accesso agli importi di cui all'articolo 1, comma 181 della legge 311/2004, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni:

- con riferimento al superamento del tetto del 13%, per la spesa farmaceutica convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, con le misure di cui al decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, si applica, nell'ambito della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004, una quota fissa per ricetta e/o confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento del 40%;
- con riferimento al superamento della soglia del 3%, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio

carico, le regioni presentano ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze un Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, che contenga interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci la cui idoneità è da verificarsi congiuntamente nell'ambito dei Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

4.19 Si conviene sulla opportunità di prevedere che, nella fase applicativa del Patto, siano assicurate iniziative che aprano al confronto con le organizzazioni sindacali confederali l'approfondimento delle linee di sviluppo del Patto stesso, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza e alle altre tematiche rilevanti per il Servizio sanitario nazionale.

Roma 28 settembre 2006