

Proposta delle Regioni per il Patto per la Salute 2013-2015

Commissione Salute 25 gennaio 2012

Proposta di indice

- 1) Introduzione ed analisi della situazione: la sostenibilità del sistema
- 2) Azioni prioritarie:
 - Fabbisogno e finanziamento
 - Riordino delle cure primarie
 - Ticket ed esenzioni
 - Declinazione dei LEA di cui al DPCM 29.11.2001
- 3) Argomenti specifici da definire tramite modifiche normative o accordi:
 - Farmaceutica
 - Dispositivi medici
 - Problematiche del personale dipendente
 - Tariffe, Tuc e Mobilità interregionale
 - Rapporti Servizio Sanitario Nazionale ed Università
 - Riorganizzazione della rete ospedaliera
 - Investimenti
 - Piani di rientro
 - Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera
 - Strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere
 - Integrazione socio-sanitaria
 - Non autosufficienza
 - Rapporto Territorio/Emergenza-Urgenza
- 4) Punti del Patto della salute non ancora attuati o in corso di definizione tecnica
- 5) Premessa normativa all'accordo in Conferenza Stato/Regioni

Introduzione ed analisi della situazione: sostenibilità del sistema

Il seguente Patto per la Salute fra Governo e Regioni si inserisce in un contesto di finanza pubblica nazionale nel quale ogni soggetto istituzionale è chiamato a fare la propria parte con forte senso di responsabilità, per il raggiungimento di obiettivi e di impegni che il Paese ha assunto nel contesto europeo ed internazionale.

Il Patto per la Salute nasce come un "accordo" tra Stato e Regioni relativo alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema. *Infatti, ogni Regione aveva già intrapreso in questi ultimi dieci anni un percorso per razionalizzare la spesa e per rendere efficace ed efficiente il sistema.*

Le ultime manovre finanziarie hanno agito profondamente sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario violando quanto stabilito dal Patto per la Salute (2010-2012) nonché generando indiscutibili effetti sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire, rinviando "sine die" l'introduzione dei nuovi LEA.

Già con le leggi n. 220/2010 (legge di stabilità per l'anno 2011) e la legge n. 111/2011 (manovra finanziaria per l'anno 2011) il fondo per le risorse finanziarie per il SSN previsto per l'anno 2012 dal Patto della Salute in 111.644 miliardi di € è stato rispettivamente ridotto prima a 109.614 miliardi di € e poi quest'estate a 108.780 miliardi di €.

Si evidenzia come prima dell'accordo dell'attuale Patto per la Salute, quindi nel 2009, il livello di finanziamento previsto per il FSN era pari a 108.653 miliardi di € e che per l'anno 2012, per effetto delle manovre finanziarie, è stato definito in € 108.780 miliardi di €, praticamente lo stesso del 2009. Anzi, di fatto, le risorse per il SSN sono diminuite perché il minimo aumento non copre nemmeno i costi dell'inflazione ISTAT.

Successivamente con la manovra "Salva Italia" del dicembre scorso (decreto legge n. 210 del 06.12.2011, convertito in legge n. 214/2011) sono state introdotte ulteriori misure che graveranno sui bilanci regionali come l'aumento di due punti dell'IVA. E' presumibile, come più oltre si prospetterà, che i "tagli" nel periodo 2011-2014 possano raggiungere i 17 miliardi di €. (Vedi tabella allegata).

Il dato incontrovertibile è che questa nuova situazione pone problemi di sostenibilità a tutto il sistema, a tutte le Regioni. E' perciò necessario ripensare alcuni importanti aspetti del SSN in modo tale da poter di riallineare le risorse a disposizione con i LEA da erogare, sempre in condizioni di efficienza, appropriatezza ed economicità. Il Patto per la salute, per la sua natura pattizia e concertativa, rappresenta un idoneo strumento per definire i necessari cambiamenti, e dovrà quindi avere caratteristiche e contenuti fortemente innovativi.

Pertanto, prioritariamente si individuano i nodi politici che rappresentano la premessa ad ogni ragionamento sul prossimo Patto per la Salute:

1. Entità del Finanziamento del Servizio Sanitario nazionale;

2. Garanzia del Finanziamento Investimenti per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico

Questi due argomenti rappresentano pertanto la cornice di riferimento dell'azione-tecnico politica che sottende al nuovo Patto per la salute in quanto investono direttamente (o indirettamente) la capacità del Sistema Sanitario Nazionale di mantener fede ai principi di equità ed appropriatezza delle prestazioni nonché della sua unitarietà nella uniformità delle prestazioni erogate.

A fronte della congiuntura economica, che ha determinato la necessità di sacrifici per tutti i settori della Pubblica amministrazione e dello Stato, emerge inequivocabilmente il fatto che la previsione di un finanziamento decrescente dei SSR pone il problema del mantenimento degli attuali standard assistenziali o, alternativamente, caratterizza l'eccezionalità del momento quale opportunità ed occasione per affrontare un processo riformatore in grado di mantenere, sia pur con risorse inferiori, lo stesso livello di garanzie e di diritti per i cittadini.

Il serio rischio della riduzione del finanziamento del SSN, e la riduzione delle risorse per gli investimenti, se non pongono conseguentemente due ulteriori questioni:

- **la declinazione dei LEA in termini di appropriatezza rapportata al fabbisogno attuale rispetto alla riduzione del finanziamento proposto;**
- **l'aumento delle risorse per mezzo di ulteriori misure**

Fermo restando l'attuale declinazione dei LEA e il loro finanziamento, diventa non più rinviabile il tema dell'erogazione uniforme nel territorio nazionale e della loro appropriatezza. Il mantenimento degli attuali standard qualitativi e quantitativi pone pertanto la necessità di evitare il rischio che porti altre Regioni, a fronte di un finanziamento insufficiente, ad aggiungersi a quelle che attualmente sono in Piano di rientro. Si verrebbe a configurare uno scenario caratterizzato, nell'ipotesi che ciò avvenga per la maggioranza delle Regioni, da un autentico "stato di default" dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Per tale ragione è anche necessario affrontare il problema dei Piani di rientro definendo, specificatamente e realisticamente, le opportune deroghe da apportare alla percentuali di sfondamento del bilancio regionale.

Ancor più fondamentale è il problema di come si possa garantire il livello di finanziamento al netto delle manovre degli ultimi anni.

Pertanto, è necessario un chiarimento di natura politica sull'effettiva possibilità di ridurre i tagli previsti (8 miliardi di € per gli anni 2013-2014) soprattutto perché insostenibili nelle misure previste dalla manovra.

Si ritiene, quindi, opportuno verificare con il Governo ogni possibile strada per evitare o ridurre i tagli previsti al fine anche di evitare una conseguente diminuzione dei LEA che le Regioni non possono accettare.

In ogni caso, come da mandato della Conferenza delle Regioni e delle PP.AA., la Commissione Salute ha elaborato il seguente documento di proposte che individuano misure alternative che permettano nei prossimi anni la sostenibilità del sistema agendo su due livelli:

- **Azioni prioritarie;**
- **Argomenti specifici da definire tramite modifiche normative o accordi.**

Le azioni prioritarie sono intese come quelle azioni da affrontare con spirito riformatore ed innovativo che consentano di ridisegnare l'assetto organizzativo del SSN. Per questo esse sono da considerarsi più sensibili e cogenti ad una discussione politica e programmatica:

1. Fabbisogno 2013/2015;
2. Cure primarie e Convenzionata;
3. Ticket ed esenzioni;
4. Declinazione dei LEA di cui al Dpcm 29.11.2001 in termini di appropriatezza

Gli Argomenti specifici sono invece da intendersi quali particolari momenti di riorganizzazione o di ridefinizione tecnica di taluni argomenti che, per la loro rilevanza devono essere considerati all'interno del nuovo patto per la salute o sono da annoverarsi in continuità con quelli presenti nel Patto precedente. Nella fattispecie questi sono:

1. Farmaceutica;
2. Dispositivi medici;
3. Personale dipendente;
4. Tariffe, TUC e mobilità;
5. SSN/Università,
6. Rete ospedaliera;
7. Investimenti;
8. Piani di rientro;
9. Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera;
10. Strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere;
11. Integrazione Socio Sanitaria
12. Non autosufficienza;
13. Rapporto Territorio/Emergenza-Urgenza

Argomenti ulteriori non ricompresi nei punti precedenti che possono essere oggetto di approfondimento:

- Abolizione della quota di Finanziamento Finalizzato del FSN (AIDS, Fibrosi cistica, ecc.) con messa a disposizione delle Regioni delle risorse dedicate nel fondo indistinto nel quale deve essere trasferite anche le risorse vincolate ai progetti del PSN;
- Ruolo delle Regioni all'interno degli Enti Vigiliati del Ministero della Salute
- Visite fiscali (rideterminazione del fondo 70 mln di € a seguito del minore numero di visite al fine di ridurre la riduzione del FSN in quota parte)
- ARPA
- CROCE ROSSA

TAGLI IN SANITA' CONSEGUENTI ALLE MANOVRE FINANZIARIE PER GLI ANNI 2012-2014				
	2012	2013	2014	Totale tagli 2012-2014
Art. 9 comma 16 L.122/2010 (Riduzione livello finanziamento SSN - blocco dei contratti e delle convenzioni)	€ 1.132.000.000	€ 1.132.000.000	€ 1.132.000.000	€ 3.396.000.000
Art. 11 comma 12 - L. 122/2010 (economie di spesa - Farmaceutica)	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 1.800.000.000
Art. 17 comma 6 - L. 111/2011 (Reintroduzione ticket specialistica ambulatoriale)	€ 834.000.000	€ 834.000.000	€ 834.000.000	€ 2.502.000.000
Art. 17 - L. 111/2011 (Misure di contenimento della spesa)*		€ 2.500.000.000	€ 5.450.000.000	€ 7.950.000.000
Patto per la salute 2010- 2012- art. 2 comma 67 L.191/2009 - risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 1.398.000.000
TOTALE TAGLI	€ 3.032.000.000	€ 5.532.000.000	€ 8.482.000.000	€ 17.046.000.000

* Tali misure saranno definite con un'intesa Stato Regioni, ai sensi della legge 131/2003, entro il 30 aprile 2012.

Note a Introduzione ed analisi della situazione: sostenibilità del sistema

Fabbisogno

il **decreto legge 78/2010**, convertito in legge 122/2010 e il **decreto legge 98/2011**, convertito in legge 111/2011 – manovra di luglio - hanno previsto:

- **Per l'anno 2010:** un effettivo aumento delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale pari a 250 milioni, a fronte dei pattuiti 550 milioni. I restanti 300 sono subordinati al realizzarsi delle economie relative alla spesa farmaceutica.
- **Per l'anno 2011:** una decurtazione delle risorse per il SSN di 418 milioni a fronte del blocco dei contratti e delle convenzioni e una riduzione di 600 milioni in funzione delle disposizioni di razionalizzazione della spesa farmaceutica.
- **Per l'anno 2012:** una riduzione del Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale di 600 milioni per la razionalizzazione della spesa farmaceutica oltre ad una ulteriore riduzione prevista in 1.132 milioni di euro per il blocco dei contratti e delle convenzioni.

Il fabbisogno riconosciuto determinato aggiungendo al valore dell'esercizio precedente la maggiorazione prevista nel vigente Patto per la Salute nella misura del 2,8 % risulta pertanto pesantemente ridotto (circa 1,75%) a causa delle manovre correttive;

- **Per gli anni 2013 e 2014:** il fabbisogno riconosciuto è stato rideterminato applicando gli incrementi previsti dalla manovra, rispettivamente nelle misure dello 0,5 % e dell' 1,4 %. La crescita risulta pertanto inferiore al PIL nominale negli stessi anni (+3,3% e 3,4%). Le misure di contenimento della spesa sono state stimate in 2.500 mln per l'anno 2013 e in 5.450 mln per l'anno 2014. Tali misure saranno definite con un'intesa, ai sensi della Legge 131/2003 fra Stato e Regioni, entro il 30 aprile 2012.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 1° settembre 2011 ha formulato una proposta emendativa, non recepita, volta al reintegro integrale dei tagli previsti sulla sanità e al conseguente incremento del fabbisogno sanitario nazionale per l'anno 2013 di 2.500 mln di euro e per l'anno 2014 di 5.000 mln di euro.

Edilizia sanitaria - ex. art. 20 legge 67/1988

Le risorse dell'art. 20 sono state de finanziate, in contrasto con quanto previsto dall'art. 1 comma 8 del Patto per la Salute che prevedeva un incremento di 1 miliardo di euro per gli investimenti di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, già nella manovra estiva dello scorso anno (legge 122 del 2010), aveva previsto che dalle riduzioni venissero escluse le risorse per edilizia sanitaria destinate ad investimenti (558,7 milioni di euro per l'anno 2011 e 1.161,2 milioni di euro per l'anno 2012). Con successivo DPCM del 28 gennaio 2011 sono stati recepiti i criteri relativi a tali riduzioni ma non sono stati finanziati gli accordi di programma per investimenti in sanità.

I tagli lineari hanno comportato l'impossibilità di definire tutti gli Accordi di Programma presentati dalle Regioni.

Le Regioni ritengono pertanto imprescindibile prevedere un piano di investimenti caratterizzato da assegnazione e messa a disposizione di risorse certe, che consentano di realizzare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi. Da ultimo, l'accordo governo-regioni sul trasporto pubblico locale del 21/12/2011, prevede che a fronte di un finanziamento di 148 milioni per il TPL delle risorse già destinate all'edilizia sanitaria, il governo si è impegnato a sbloccare entro un mese dall'accordo le risorse per l'edilizia sanitaria.

Ticket

Legge 220/2010: Il livello del finanziamento del SSN è stato incrementato di 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell' anno 2011. L'incremento ha coperto una quota (cinque dodicesimi) delle risorse residue (pari a 834 milioni) previste dal Patto per la Salute 2010-2012;

Legge n.111/2011 art. 17: ha previsto un incremento di risorse di 105 milioni per il periodo di vigenza del decreto, pertanto sono state reintrodotte le disposizioni sospese sul ticket relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale contenute nella Legge n.296/2006 - Finanziaria 2007 – a partire dalla data di entrata in vigore della legge di

conversione (17 luglio 2011). In merito alla suddetta disposizione, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 1° settembre 2011 ha ribadito la richiesta di reintegro del finanziamento pari a 381,5 mln di euro da reperire applicando una maggiore accisa sui tabacchi. A decorrere dal 2014 sono inoltre previsti nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie, per un risparmio stimato in circa 2 miliardi annui. Le misure sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte nelle singole Regioni. Oltre al ticket sulla diagnostica, è necessario rivedere tutto il sistema della partecipazione alla spesa.

Piani di rientro

I Piani di rientro della spesa sanitaria, parte integrante dello specifico Accordo fra lo Stato e la Regione, sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate: l'intero procedimento di attuazione e di monitoraggio dei Piani è incentrato sugli aspetti economico-finanziari, senza valorizzare un reale percorso di riorganizzazione sul territorio dell'intero sistema dei servizi sanitari.

Attualmente sono in Piano di rientro le Regioni: **Abruzzo** (Presidente Commissario); **Molise** (Presidente Commissario); **Campania** (Presidente Commissario); **Lazio** (Presidente Commissario); **Calabria** (Presidente Commissario); **Sicilia**; **Puglia** e **Piemonte**. La **legge 122/2010 (DL 78/2010)** ha previsto la possibilità per le Regioni che non superano la verifica per il raggiungimento degli obiettivi entro il 31 dicembre 2009, di chiedere la prosecuzione del Piano di rientro per un triennio;

- Nella manovra di luglio, **Legge 111/2011 (DL 98/2011)**, sono previste disposizioni per la salvaguardia della coerenza dei **Piani di rientro** e per la procedura sostitutiva ove la Regione non rimuova gli ostacoli all'attuazione del Patto.

- La successiva manovra estiva il **Decreto legge n. 138 convertito in legge n.148 del 14 settembre 2011** ha introdotto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro la possibilità della deroga al blocco del turn over previo accertamento dei tavoli tecnici della necessità di assicurare il mantenimento dei LEA.

I piani di rientro a cinque anni dalla loro introduzione necessitano di una revisione delle regole di gestione

Azioni prioritarie

Le azioni prioritarie individuate dalle Regioni e Province autonome sono sostanzialmente tre:

- La determinazione del fabbisogno
- Il riordino delle cure primarie
- La rimodulazione della compartecipazione dei cittadini (ticket)
- Ridefinizione dei LEA di cui al Dpcm 29.11.2011

1) IL FABBISOGNO

Premessa

La determinazione del fabbisogno (che è atto puramente politico) deve definire come è noto l'ammontare delle risorse che si ritengono necessarie e compatibili per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione e declinati nei livelli essenziali di assistenza.

Ne consegue che occorre tenere almeno presente :

- L'andamento storico
- I dati epidemiologici nello sviluppo delle patologie connesse, in particolare modo, all'andamento della popolazione anziana delle patologie croniche (ad es. tumori);
- I risultati della costante ricerca clinica intesi sia come nuove metodologie di cura che come nuove strumentazioni di diagnostica;
- L'aumento dei costi legati alle strutture del sistema (nuovi contratti personale, beni e servizi ecc.)

Il contesto normativo attuale che definisce il fabbisogno sanitario per gli anni 2013/2015 è riassunto nell'articolo 16 commi 1 e 2 (contratti del personale blocco fino al 2014) e art. 17 (determinazione del livello di finanziamento del FSN per gli anni 2013 e 2014) del DL 06/07/2011 n. 98 convertito nella legge 15/07/2011 n. 111. Fermo restando che una modifica della determinazione del fabbisogno deve necessariamente modificare la norma di cui sopra vanno preliminarmente tenuti presenti due aspetti:

1. Il livello è fissato dal legislatore a tutto il 2014
2. Il blocco della crescita dei trattamenti economici è fissato a tutto il 2014. Per gli anni 2015/2017 si disciplina solo l'indennità di vacanza contrattuale.

Considerato il respiro triennale del patto (2013/2015) ne consegue che le previsioni per il 2015 non hanno normativa certa di riferimento e quindi va stimato il livello di finanziamento e il costo dei rinnovi contrattuali.

Nel criterio previsionale si è tenuto conto dell'andamento del fondo indistinto, obiettivi di piano, rinnovo convenzioni SSN e extra- comunitari, in pratica si tiene conto delle risorse effettivamente in disponibilità delle regioni per la gestione delle attività sanitarie e non di quelle vincolate per interventi specifici (penitenziaria ecc.) e altri enti (IZS CRI ecc.)

Fatta salva la valutazione sull'opportunità di considerare nel FSN destinazioni di risorse non propriamente legate ad attività sanitarie del territorio (vedi CRI) e la necessità di mettere mano al

riordino delle numerose leggi che disciplinano interventi specifici (in maggiore parte già delineati nei LEA) si ritiene che predisporre un modello previsionale chiaro sia di aiuto agli Assessori e ai Presidenti.

Alla luce di quanto sopra detto le previsioni che seguono vengono predisposte con i seguenti criteri (quantificati in modo prudenziale)

1. Aggiornamento livello 2012 sulla base del tasso di inflazione ufficiale a novembre 2011 che tiene conto anche dell'aumento del punto percentuale dell'IVA
2. Proiezione sugli anni successivi sia del tasso di inflazione che degli impatti epidemiologici;
3. Valutazione dei flussi di cassa di erogazione delle risorse statali alle regioni per ridurre i ritardi dei pagamenti.

I. RIPARTO 2012

a) Indistinto	105.905	
b) Convenzioni extra comunitari	269	
c) Obiettivi di piano	1.478	
	107.652	+ 1,75% su 2011

d) Quota inflazione (calcolata in

differenziale 3,3% su 1,75 = 1,55% su 32% Fondo) 534

e) Quota incremento assistenza anziani e nuove

Modalità di cura 1,3% Fondo 1.400

Totale d+c	1.934	(=deficit livello finanziamento 2012) N.B. Non si considera eventuale incremento IVA 2 punti che per il 2012 (rateo 4 mesi su 24% fondo = 172 milioni)
------------	-------	---

Totale	109.586
--------	---------

II. RIPARTO 2013

a) 2012	107.652	
b) + 0,5%	538	
	108.190	
c) differenza 2012	1.934	
	970	tasso inflazione stimato 3,3%
d) + diff. 3,3 -0,5 = 2,8		

		Su 32% del Fondo	
e) Nuove assistenze 1,3%		1.406	
	d+e	<u>2.376</u>	
f) c+d+e (diff. 2013)		<u>4.310</u>	non considera impatto IVA 2 punti 516 milioni
	TOTALE	<u>112.500</u>	
 III. RIPARTO 2014			
a) 2013		108.190	
b) + 1,4% su 2012		1.507	
		<u>109.697</u>	
c) Differenza 2013		4.310	
d) inflazione 32% del Fondo		632	prevista 3,2% diff. 1,8% su
e) nuove assistenze 1,3%		1.426	iva 2 punti 526 milioni
	Totale d+e	<u>2.058</u>	
	TOTALE	<u>116.065</u>	
 IV. RIPARTO 2015			
a) 2014		109.697	
b) Incremento 2,2% (inflazione)		2.413	
c) Rinnovo contratti		1.350	(stima cautelativa)
d) Nuove assistenze 1,3%		1.426	
	Totale b+c+d	<u>5.189</u>	
d) differenza 2014		6.368	
	Totale b+c+d	<u>11.131</u>	
	TOTALE	<u>121.254</u>	

Infine occorre modificare la norma che disciplina l'erogazione delle risorse statali spostando gli accenti in corso d'anno al 98/99% dalla quota ripartita a ogni regione.

Erogazione della cassa delle vincolate in corso d'anno di competenza almeno per il 90% dei valori dell'anno precedente.

Tempi precisi per le erogazioni in capitale : MAX un mese per il rimborso delle anticipazioni in capitale ex art. 20 L 67/88; diversamente oneri finanziari a carico stato.

2) RIORDINO CURE PRIMARIE

Attivare un modello di cure primarie che aggreghi, organizzandole, le risorse umane e strutturali in forma coordinata e funzionale alla continuità assistenziale, alla gestione delle patologie croniche, alla medicina di iniziativa.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario:

- Creare/consolidare le equipe multi professionali territoriali che operino per mezzo di percorsi diagnostico terapeutici standardizzati;
- realizzare strutture territoriali (Case salute, UTAP, ecc.), anche mediante la riconversione di piccoli ospedali, nelle quali siano presenti diverse figure (medici, infermieri, consulenti esterni) dotate anche di risorse diagnostiche.
- Definire un livello coordinamento e governo delle cure primarie (collegio di direzione, comitati e direzioni di distretto e di dipartimento delle CP) anche per mezzo dell'affidamento di particolari funzioni ai MMG;
- Implementare un sistema informativo specifico per le cure primarie a supporto delle attività di prevenzione nonché di diagnosi e cura delle patologie croniche;
- Rendere omogeneo l'assetto organizzativo, normativo e retributivo della medicina penitenziaria inserendolo nei sistemi di responsabilità delle Aziende Sanitarie;
- Rivedere l'organizzazione della **continuità assistenziale per mezzo** l'integrazione con il Servizio di Emergenza/Urgenza, prevedendone, ove di interesse regionale, la collocazione presso i PS ospedalieri, per la gestione dei codici bianchi. Essenziale è l'accesso informatizzato alle informazioni cliniche (patient-summary) dei pazienti. Affidare, ove possibile, il servizio di anche all'intera equipe territoriale;
- Modificare le convenzioni relativamente prevedendo di assegnare ai Pediatri libera scelta unicamente i bambini da 0 a 6 anni trasferendo gli assistiti al compimento del settimo anno, ai MMG.
- Sospendere, a partire dal 1° gennaio 2013, il settore della medicina dei servizi;
- Al fine di sostenere il percorso di riordino delle CP le Regioni e le Provincie autonome condividono la necessità di **modificare l'art.8 del Dlgs 502/92** e smi come segue:

- a. Al fine di promuovere un riassetto dell'assistenza primaria volto ad apportare significativi miglioramenti in termini di efficienza ed efficacia nell'uso delle risorse impiegate sia nell'area della stessa assistenza primaria, sia in quella più generale dell'intero SSN, il Governo della Repubblica si impegna, i provvedimenti normativi necessari a recepire i seguenti principi generali:
- i. L'assistenza territoriale medico-generica, pediatrica e specialistica ambulatoriale è prestata dal personale dipendente o convenzionato col SSN. *(cfr note regioni Veneto, Abruzzo)*
 - ii. Riguardo all'attività prestata da personale medico convenzionato, il rapporto tra il SSN e i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) è disciplinato da accordi collettivi nazionali stipulati con le OOSS di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale, di curata pari a quella dei contratti di lavoro della dirigenza.
 - iii. Il personale convenzionato ha l'obbligo di operare nell'ambito dell'organizzazione dei servizi stabilita dalla Regione, nel rispetto del contratto individuale di lavoro sottoscritto con l'ASL di appartenenza
 - iv. Con accordo in Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sono definite le norme atte a sostituire quelle del vigente art. 8 del Dlgs 502/92 e succ.

3) LA RIMODULAZIONE DELLA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI (TICKET)

Premessa

L'obiettivo è modificare quanto previsto dalla normativa attuale prevedendo interventi finalizzati a reimpostare in maniera unitaria il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria sulla base dei seguenti **principi generali**:

1. Compartecipazione crescente al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta
2. Compartecipazione differenziata per situazione economica
3. Limitazione delle esenzioni diverse dal reddito (patologia, invalidità, ecc..) alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità
4. Innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età e contestuale riduzione, rispetto ai 36.000 euro attuali del reddito familiare, per le esenzioni da reddito.

Con la applicazione dei criteri suddetti si punta a innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione rispetto al 30% attuale; nel contempo viene garantita maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione.

In alternativa al punto 3 si può verificare la soluzione di introdurre un tetto annuale massimo alla compartecipazione differenziato per situazione economica che garantirebbe comunque la sostenibilità della compartecipazione anche per le categorie di pazienti che hanno necessità di ricorrere alle prestazioni sanitarie con una frequenza molto superiore alla media.

Si ritiene che il sistema di compartecipazione debba riguardare l'assistenza farmaceutica convenzionata e l'assistenza specialistica, includendo in quest'ultima il pronto soccorso e l'assistenza termale, anche se sarà necessario introdurre adattamenti specifici alle regole generali.

Criteri di individuazione della Situazione Economica

Per garantire equità alla compartecipazione è necessario superare l'attuale sistema basato sul reddito con un criterio che individui la situazione economica degli assistiti attraverso l'ISEE eventualmente apportando alcune modifiche che definiscano un indicatore più adatto alla specifica utilizzazione nel settore del pagamento dei ticket. Già in passato la proposta del "sanitometro" si basava su un ISEE modificato che introduceva ad esempio una detrazione specifica per gli ultrasessantacinquenni e per i bambini con età inferiore a 8 anni presenti in famiglia al fine di favorire i nuclei familiari con presenza di persone fragili. Altri modelli ipotizzano la possibilità di opzione per la situazione economica individuale per gli anziani al fine di incentivare la loro permanenza nel nucleo familiare anagrafico piuttosto che la costituzione di un nucleo proprio.

Argomenti specifici da definire tramite modifiche normative o accordi

TITOLO: Farmaceutica

Le proposte delle Regioni e PPAA sul tema della farmaceutica si rapportano all'ipotesi prospettata dal Ministero della salute che prevede sulla **spesa farmaceutica territoriale** per gli anni 2013 e 2014 prevede:

- tetto di spesa pari al 12,1 % del FSN
- esclusione dal tetto della spesa a carico del cittadino per l'acquisto dei farmaci aventi un prezzo superiore a quello di riferimento;
- esclusione dal tetto di spesa delle somme versate dalla filiera alle regioni a titolo di pay back ;
- ripiano, in caso di sfondamento, del tetto a totale carico della filiera;

Calcolo della spesa farmaceutica e del tetto della farmaceutica territoriale

Fondo sanitario Nazionale 2013	109.294 mln
Tetto farmaceutica territoriale anno 2013	13.224 mln
Fondo sanitario Nazionale 2014	110.786 mln
Tetto farmaceutica territoriale anno 2014	13.405 mln

Stima spesa farmaceutica territoriale netta anno 2011 - 2012 - 2013

	2011	2012	2013	2014
Stima spesa convenzionata	10.133 mln	9.650 mln	10.036 mln	?
Stima spesa farmaceutica in DPC + diretta	2.705 mln	2.747 mln	2.792 mln	?
Totale	12.838 mln	12.397 mln	12.828 mln	?

Applicazione ipotesi del Ministero per l'anno 2013 sulla spesa farmaceutica territoriale

Spesa farmaceutica netta	12.828 mln
+ ticket fisso	468 mln
- pay back (5%)	<u>250 mln</u>
Totale	13.046 mln

Effetti:

A fronte di un tetto di spesa stabilito in 13.224 milioni di euro la spesa farmaceutica, così come definito dal del ministero, dovrebbe essere pari a 13.046 mln. Pertanto la filiera, non è chiamata a ripianare nessun quota.

Proposta delle regioni :

contabilizzare nella spesa territoriale la quota sostenuta dal cittadino per la erogazione di farmaci con prezzo superiore a quello di riferimento (comunque trattasi sempre di un introito per l'industria)

Applicazione ipotesi delle regioni per l'anno 2013 sulla spesa farmaceutica territoriale

Spesa farmaceutica netta	12.828 mln
+ ticket fisso + quota prezzo riferimento	1.300 mln
- pay back (5%)	<u>250 mln</u>
Totale	13.878 mln

Effetti:

a fronte di un tetto di spesa (12,1% del FSN) pari a 13.224 milioni la spesa reale, come sopra presunta, dovrebbe essere di 13.878 milioni. La filiera del farmaco è chiamata a ripianare la differenza pari a 654 milioni di euro.

Tetto spesa farmaceutica ospedaliera**Stime spesa farmaceutica ospedaliera:**

stima spesa 2011	4 miliardi
stima spesa 2012 con incremento atteso 5%	4,2 miliardi
stima spesa 2013 con incremento atteso 5%	4,4 miliardi
Ipotesi Ministero con tetto 3,6 % FSN	3,960 miliardi
Differenza tra tetto e spesa 2013	440 milioni
Ripiano a carico dell'industria 2013	154 milioni
Ipotesi delle regioni con tetto spesa pari a 3,2% FSN	3,49 miliardi
Differenza tra tetto e spesa 2013 (ipotesi regioni)	910 milioni
Ripiano a carico dell'industria 2013	318 milioni

Proposta conclusiva delle Regioni

- modulare i tetti della farmaceutica ospedaliera e territoriale in modo tale che il ripiano di 1 miliardo di euro sia ripartito per 2/3 sulla spesa farmaceutica territoriale e per 1/3 sulla spesa farmaceutica ospedaliera.
- nel caso in cui non sia possibile computare nel tetto della farmaceutica territoriale la quota pagata dagli assistiti in relazione al prezzo di riferimento lo stesso tetto deve essere ridotto di una quota percentuale equivalente.

ARGOMENTI

- a. Valutare le implicazioni cliniche, organizzative, economiche, relative all'introduzione dei nonché il rapporto costo-beneficio dei nuovi dispositivi per mezzo tavolo coordinato da Agenas;
- b. La Commissione unica dispositivi (CUD) definirà le Categorie omogenee dei dispositivi analoghi al fine di fissare un prezzo di riferimento;
- c. Introdurre il principio che, analogamente ai farmaci, la responsabilità dello sfioramento del tetto (5,2%) sia condiviso con l'industria;
- d. Attivare registri per tracciare i dispositivi impiantabili che, a distanza di tempo, possa rendersi necessario un richiamo (si veda protesi PIP);
- e. Attivare nuovi flussi e migliorare gli esistenti;
- f. Introdurre ticket sull'erogazione di protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, in relazione alla fascia ISEE.

TITOLO: Personale dipendente

MOBILITA' DEL PERSONALE

RIFORMA DELLA LIBERA PROFESSIONE

PROPOSTA PER LO SVILUPPO DEI PROFILI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

PROPOSTA PER LO SVILUPPO DELLA PROFESSIONE MEDICA - RUOLO DELLA DIRIGENZA MEDICA

DEFINIZIONE DI STANDARD DI FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO, DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DI SUPPORTO

TITOLO: Tariffe, Tuc e mobilità

Proposta di revisione della normativa contenuta nella Legge 311/2004

Le Regioni chiedono quindi che il nuovo Patto per la Salute contenga l'impegno ad apportare le modifiche ai commi 170 e 171 dell'articolo 1 della Legge 311/2004 al fine di assumere la TUC come tariffario di riferimento da approvare e aggiornare periodicamente attraverso un'Intesa Stato-Regioni, prevedendo che la stessa debba essere applicata direttamente per la remunerazione delle prestazioni erogate a pazienti non residenti.

La TUC costituirà automaticamente un riferimento per i tariffari regionali da applicare alle prestazioni erogate ai propri residenti che potranno comunque essere modulati dalle Regioni all'interno dei propri sistemi di remunerazione.

Se sull'applicazione della TUC agli erogatori si è raggiunta una volontà unanime da parte delle Regioni non si può dire altrettanto per la definizione dei volumi massimi di attività nel caso in cui non si pervenga ad un accordo volontario fra le parti.

Le Regioni con saldo negativo chiedono l'adozione di regole generali sulla determinazione di volumi programmati di attività per gli erogatori.

Obiettivi /Elementi strategici

Il nuovo patto per la Salute dovrebbe contenere le seguenti formulazioni di principio:

- La formazione professionale deve essere di competenza del SSR e dell'Università e non solo appannaggio degli Atenei.
- La programmazione della formazione professionale deve essere attuata congiuntamente dall'Università e dalle Regioni, insieme ad altri interlocutori istituzionali, abbandonando criteri di autoreferenzialità o scelte che non trovano sostenibilità nell'assunzione del personale o nell'assorbimento da parte del mercato;
- la programmazione congiunta del fabbisogno e la disciplina comune delle forme di utilizzazione interessa anche il settore della formazione specialistica, una leva sulla quale è possibile incidere per garantire un più celere accesso degli operatori ai servizi e per garantire la copertura di risorse da parte del sistema;
- l'attuazione di alcune forme di razionalizzazione/efficientamento/federazione previste anche dalla recente riforma Gelmini (l. 240/2010) possono garantire la sostenibilità dei corsi di laurea e delle attuali aziende integrate, individuando strumenti più flessibili e meno rigidi di quelli oggi previsti, che non appaiono più coerenti con la forte e progressiva riduzione del personale universitario e la riserva in loro favore della direzione di strutture.

Azioni /Eventuali revisioni normative

Contratti di formazione specialistica – finanziamento nazionale

Profili delle professioni sanitarie

Promuovere l'innovazione, la valorizzazione e la ridefinizione delle competenze di talune professioni sanitarie al fine di migliorare il funzionamento del sistema

TITOLO: Riorganizzazione della rete ospedaliera

La riconversione della rete ospedaliera è in stretta relazione alla capacità del sistema di trovare forme alternative e più funzionali di risposta ai bisogni di salute della popolazione. Ciò può essere attuato per mezzo del riordino delle cure primarie.

Le reti ospedaliere devono caratterizzarsi per la presenza di nodi principali, di carattere regionale, nelle patologie a maggior complessità e di nodi secondari, per il trattamento delle acuzie, nonché di nodi di cure intermedie, prevalentemente destinati alla riabilitazione ed alla post acuzie;

L'obiettivo generale è quello di ridurre lo standard di posti letto ospedalieri accreditati entro i 3,5 posti letto/1000 abitanti comprensivi di 0,5 posti letto per la riabilitazione (standard riferibile alla popolazione residente); nell'ambito della programmazione regionale possono essere previsti posti letto per post acuti.

Tale obiettivo potrà essere perseguito con gradualità ed in coerenza con la disponibilità dei seguenti fattori:

- l'integrazione delle attività, da quelle di maggiore complessità ed intensità assistenziale sino a forme di assistenza extraospedaliera più orientate al territorio (strutture tipo Ospedali di comunità, Case della Salute, Centri di Assistenza Primaria e presidi H24);
- la disponibilità delle corrispondenti risorse professionali;
- la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse per aree omogenee secondo una logica organizzativa dipartimentale;
- il governo della produzione del settore privato secondo una logica non competitiva ma di sinergia complementare e integrativa;
- l'equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza con il superamento della duplicazione delle unità operative e l'integrazione delle funzioni tipiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia nel Servizio Sanitario Regionale.

TITOLO: Investimenti

Argomenti:

L'IMPEGNO A SBLOCCARE LE RISORSE PER L'EDILIZIA SANITARIA

IL FABBISOGNO TRIENNALE PER INVESTIMENTI IN SANITA'

SBLOCCO DEI FONDI FAS IN ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI

**MESSA IN SICUREZZA DELLE STRUTTURE SANITARIE, IN PARTICOLARE SOTTO IL PROFILO DELLA
PREVENZIONE ANTINCENDIO**

TITOLO: Piani di rientro

TITOLO - FINANZIAMENTI E MODALITA' DI EROGAZIONE

TITOLO – Procedure di validazione degli atti e sistema di monitoraggio

TITOLO – Sblocco percentuale del divieto di assunzione

TEMI SPECIFICI

- 1. Modifiche del blocco del turn-over.**
- 2. Gradualità delle sanzioni e dei premi**
- 3. Finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati**
- 4. Tempi di ripartizione ed erogazione dei fondi**
- 5 . Modifiche delle procedure di validazione degli atti e del sistema di monitoraggio**
- 6. Commissari e sub commissari precisazione ruoli.**

TITOLO: Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera

OBIETTIVO:

Assicurare, nel rispetto delle scelte organizzative di ogni Regione, un sistema a rete di tutti gli interventi ed azioni per la popolazione non autosufficiente, legato ad un ambito territoriale omogeneo (l'ambito del distretto) e capace di promuovere e sostenere la diffusione di nuove forme di assistenza e cura per la non autosufficienza, in particolare sui seguenti ambiti:

- a. Migliore definizione dei contenuti degli interventi sociosanitari considerati nei Lea al fine di assicurare maggiore omogeneità, appropriatezza ed equità, nel rispetto delle scelte organizzative e di contesto territoriale di ogni singolo sistema regionale, definendo anche criteri guida per la definizione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune là dove prevista.
- b. Sviluppo e qualificazione della rete dei servizi territoriali e domiciliari integrati, garantendo livelli minimi omogenei, con identificazione di criteri generali e standard di risultato, che assicurino l'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, organizzativo e professionale, nel rispetto delle scelte organizzative delle Regioni.
- c. Programma nazionale di qualificazione e innovazione delle soluzioni residenziali, sia per la lunga permanenza che per il sollievo e la post acuzie, assicurando una migliore definizione e standard di risultato, che dovranno essere garantiti dalle Regioni, nel rispetto delle scelte organizzative e di contesto locale di ogni Regione.
- d. Formulazione di Piani di Salute sociosanitari in ambito regionale e locale, condivisi tra Servizio Sanitario e Organismi intercomunali, secondo gli assetti stabiliti dalla normativa regionale, individuando budget integrati con apporti finanziari derivati dai LEA e dai fondi sociali per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.
- e. Piani personalizzati e percorsi di cura integrati fra ospedale e territorio in cui siano evidenziate le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali.
- f. Programma per il sostegno e la valorizzazione dell'attività di cura informale e familiare al fine di mettere in relazione con la rete dei servizi le migliaia di assistenti familiari ed i familiari che assistono anziani e disabili e di strutturare un'attività di sostegno, accompagnamento ed assistenza per coloro che assistono.

TITOLO: Strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere

Il nuovo Patto per la Salute dovrà prevedere un impegno alla revisione della nomenclatura di tutte le Strutture sanitarie extraospedaliere per Cure Intermedie: definizione del fabbisogno, del target assistenziale, dei requisiti organizzativi e strutturali, dei flussi informativi e del sistema di tariffazione

Obiettivi/elementi strategici

Per molte Regioni, la necessità di riorganizzare/ridimensionare la rete ospedaliera deve coniugarsi ad una adeguata preparazione della rete territoriale per soddisfare in modo appropriato le domande di salute cui l'ospedale non potrà né dovrà più rispondere. E' necessario quindi che il Patto per la Salute contenga indicazioni cogenti per avviare un tavolo che produca una definizione condivisa del fabbisogno di posti letto, delle caratteristiche, degli standard e dei requisiti di strutture per le Cure Intermedie come Ospedali di Comunità, Hospices e RSA riabilitative.

Azioni

Il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome dovranno impegnarsi a produrre un documento di consenso nazionale sulle caratteristiche organizzative e strutturali di queste strutture, oltre che la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari che potrebbe creare una rete nazionale di realtà territoriali omogenee. Non esiste normativa nazionale, né esiste un livello assistenziale (LEA) esplicitamente riferito alle cure intermedie. Questo livello viene riferito alternativamente a LEA territoriali (con compartecipazione alla spesa in alcune Regioni) o a LEA ospedalieri (senza compartecipazione in altre Regioni). Dovranno essere valutate e discusse anche diverse opzioni di tariffazione, quali remunerazione a caso trattato (come il DRG) o a tariffa giornaliera (come nella residenzialità definitiva) così come diverse opzioni di flussi informativi che siano simili a quelli generati dalle SDO ospedaliere o più vicini ai classici flussi della residenzialità (giornate di presenza).

Benefici

Un consenso sugli aspetti relativi alla tariffa e alla compartecipazione potrebbe ridurre iniquità e differenze, soprattutto tra regioni limitrofe mentre la riduzione dell'eterogeneità degli standard assistenziali può essere letta a tutela dei pazienti che, nell'inevitabile mobilità sanitaria, dovessero trovarsi a usufruire di questo livello di assistenza fuori dalla loro regione di residenza.

Punti del Patto della salute non ancora attuati o in corso di definizione tecnica

Art. 2: Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa. comma 3 (Intesa da sancire)

Art. 6: Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. Comma 4. (Accordo ancora da siglare).

Art. 7: Accredimento e remunerazioni. (L'intesa è in corso di costruzione).

Art. 8: Assistenza farmaceutica e dispositivi medici.

Commi 1 e 2 (I tavoli sono stati costituiti e sono stati riattivati da poco)

Art. 9: Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti. (Un apposito gruppo di lavoro prevalentemente del Sociale – Banchemo, Trabucchi, etc. - è stato costituito per attuare una ricognizione: si prevedono tempi lunghi, andrebbero accorciati).

Art. 10: Monitoraggio e verifica dei LEA.

(L'aggiornamento è ancora da attuare e vi sono problemi sulla coerenza del questionario elaborato dal Ministero: forse non è un male, visto che probabilmente i LEA andrebbero rivisti).

Art. 16: Completamento attuazione intesa Stato-Regioni del 05/10/2006 sul Patto per la Salute.

Comma 1: Indirizzi per la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente. (Intesa da sancire)

Comma 2: Promozione adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera. (Intesa da sancire).

Comma 3: Applicazione principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private. (Intesa da sancire).

Comma 4: promozione della qualità e della Clinical Governance nel SS. (Intesa da sancire).

Art. 17, Comma 1: Nuovo sistema informativo sanitario. (Accordo quadro da siglare).

E' ormai del tutto evidente che l'attuazione di tali punti, pur rappresentando un momento importante di razionalizzazione del SSN, non risolve che parzialmente il nodo politico e strutturale rappresentato dalla significativa riduzione delle risorse. Ciò impone la revisione di alcuni aspetti di sistema da attuarsi con diversi strumenti, primo fra i quali un nuovo ed innovativo Patto per la salute.

Premessa normativa all'accordo in Conferenza Stato/Regioni

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - Articolo 17, comma 1, del decreto-legge 06 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, - , tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2013-2015.

PREMESSA

VISTO l'articolo 8, comma 6, della **legge 5 giugno 2003 n. 131**, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005**, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

VISTO il **Patto per la salute**, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'**Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006**;

VISTO l'articolo 1 commi da 796 a 808 della **legge 27 dicembre 2006, n. 296** che recepisce quanto previsto dal Patto per la Salute di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

VISTO il **Patto per la salute**, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, il 3 dicembre 2009, di cui all'**Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009**;

VISTO l'articolo 2 commi da 66 a 101 della **legge 23 dicembre 2009, n. 191** che recepisce quanto previsto dal Patto per la Salute di cui all'intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009;

VISTI l'art.1 commi 23-septiesdecies, 23 vicies, l'art. 6 della **legge 26 febbraio 2010 n. 25; (c.d. Milleproroghe)**;

VISTO l'articolo 11 del **decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122 - Controllo della spesa sanitaria – (Prosecuzione Piani di rientro; Blocco dei pignoramenti; tagli al finanziamento del servizio sanitario nazionale spesa farmaceutica e decurtazione per il 2011 e 2012 a fronte del blocco dei contratti e delle convenzioni)**;

VISTO l'art. 2 comma 2 bis della **legge n. 163 del 1° ottobre 2010** (deroga 10% blocco turn over – Regioni in piano di rientro);

VISTO l'art. 1 commi 5 (edilizia sanitaria) – 49-50-51 e 52 (Regioni in piano di rientro) della **legge 13 dicembre 2010, n. 220 (c.d. legge di stabilità 2011)**;

VISTI l'art. 1 comma 1 e 2, l'art. 2 commi 1, 1quinquies, 1 sexies; 2 duodecies, 12 septies, 12 octies, 16 sexies, 35, 36 38, 46, 47 e 48 della **legge n.10 del 26 febbraio 2011 (c.d. Milleproroghe)**;

VISTI l'art. 16 – *Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico* - e il successivo art.17 – *Razionalizzazione della spesa sanitaria* - del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge 15 luglio

2011 n.111 che al comma 1 stabilisce che *il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato per il 2013 è incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed è ulteriormente incrementato dell'1,4% per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 16, determinate disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria, quali: **beni e servizi; spesa farmaceutica; dispositivi medici; nuovi ticket; spesa sul personale; piani di rientro.***

VISTO l'art. 1 comma 23 bis della **legge 14 settembre 2011, n. 148** in materia di deroga al blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro;

VISTI l'art. 4 commi da 86 a 89 e 101, gli articoli 32 e 33 della **legge 12 novembre 2011, n. 183 (c.d. Legge di stabilità 2012)**;

VISTI gli articoli 18 – 28, 32 e 33 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201 convertito in **legge 22 dicembre 2011 n. 214**;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta e come risulta dal verbale della seduta medesima, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sul testo della presente intesa;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati:

