



Nuovo Patto per la salute 2010 – 2012

Dopo lunghi mesi di trattative e di conflitti istituzionali, è stata siglata l'Intesa sul nuovo Patto per la salute

Si tratta di un provvedimento molto dettagliato che si muove in due direzioni: da una parte stabilisce un aumento significativo delle risorse da destinare alla sanità, sia in conto corrente, sia per gli investimenti; dall'altra ridisegna tutte le regole in materia di standard di posti letto, organici del personale, riqualificazione ed appropriatezza dell'assistenza, mantenimento dell'equilibrio dei bilanci regionali e Piani di rientro.

Rispetto alla proposta precedente, in merito alla quale avevamo espresso forti preoccupazioni, il testo approvato incontra il nostro generale consenso.

In particolare apprezziamo la decisione del Governo di incrementare le risorse da destinare al Servizio sanitario nazionale, sia sul versante del Fondo sanitario, siamo infatti convinti che la sanità non ha bisogno di tagli, ma di investimenti e di una diversa e più equa allocazione delle risorse. Siamo ancora di fronte ad una sanità fortemente concentrata sull'ospedale e poco presente nel territorio. E' necessario pertanto accelerare tutti i processi di riorganizzazione avviati, con particolare attenzione alla realizzazione dei servizi sul territorio, dando priorità all'integrazione socio-sanitaria.

Su questi temi la Cisl è impegnata sul territorio per sviluppare una contrattazione adeguata per far fronte alle difficoltà della tenuta del sistema, in direzione di una sua riqualificazione, contro logiche di riduzione delle tutele per tutti i cittadini.

Il Patto per la salute in assenza dei Livelli essenziali di assistenza, rimane un provvedimento parziale.

E' necessario pertanto che il Governo, come la Cisl più volte ha sollecitato, approvi al più presto il provvedimento di definizione dei Livelli di assistenza sanitari, al fine di completare il quadro di aggiornamento delle regole in sanità e di dare certezza di garanzia dei diritti dei cittadini.

di Pietro Cerrito Segretario Confederale Cisl

[per approfondimenti leggi note allegate](#)

Note illustrative dei contenuti del Patto per la salute e della Legge Finanziaria 2010-

(a cura di Imma La Torre)

A) - Patto per la salute 2010-2012

L'Intesa siglata lo scorso dicembre tra Stato e Regioni concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, aggiorna la disciplina in materia sanitaria attraverso un percorso di vincoli e nuovi standard per le Regioni.

Una parte dei contenuti del Patto per la Salute (le questioni inerenti gli aspetti economici) è stato inserito nella legge Finanziaria, di cui alleghiamo una nota esplicativa.

La nota che segue, invece, affronta le disposizioni del Patto per la Salute che non sono transitate nella Legge Finanziaria 2010.

1. Monitoraggio dei fattori di spesa

Introduzione di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa al fine di consentire anche un'autovalutazione regionale su indicatori di efficienza e appropriatezza allocativa delle risorse e correlati a valutazioni sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

I **settori strategici in cui operare** al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini sono:

- a. riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b. assistenza farmaceutica;
- c. governo del personale;
- d. qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e. meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f. accordi sulla mobilità interregionale;
- g. assistenza territoriale e post acuta;
- h. potenziamento dei procedimenti amministrativo contabile, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i. rilancio delle attività di prevenzione.

Gli **indicatori di efficienza ed appropriatezza** di riferimento sono:

- a. indicatori del rispetto della programmazione nazionale (vedi allegato 1. del provvedimento);
- b. indicatori sui costi medi (vedi allegato 2);
- c. standard dei posti letto ospedalieri come da normativa vigente;
- d. standard del tasso di ospedalizzazione;
- e. standard del costo del personale;
- f. standard della numerosità del personale riferito a:
 - ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta);
 - aziende sanitarie.
- g. standard di struttura;
- h. standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (vedi allegato 3).

Si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei Lea con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base ai criteri da definire in sede di Conferenza Stato/Regioni.

Organismi di monitoraggio: sono confermate le funzioni, previste dalle disposizioni vigenti, del *Tavolo di verifica degli adempimenti* e del *Comitato permanente per la verifica dei Lea*.

E' istituita una nuova struttura tecnica di controllo denominata *Struttura tecnica di monitoraggio paritetica*, composta da:

- sei rappresentanti dei Ministeri, economia, salute e del Dipartimento per gli Affari regionali;
- sei rappresentanti delle regioni di cui tre di competenza di tipo economico e tre di competenza sanitaria;
- un rappresentante della Segreteria della Conferenza delle Regioni e Province autonome ed un rappresentante della segreteria della Conferenza Stato/Regioni.

La Struttura tecnica di monitoraggio è presieduta da un ulteriore componente, scelto d'intesa fra lo Stato e le Regioni.

2. Accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale

Ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale (Ssn), costituiscono adempimento regionale:

- gli adempimenti regionali previsti dalla normativa vigente;
- gli adempimenti derivanti dagli Accordi e dalle Intese Stato/Regioni (compresa la presente Intesa), ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei Lea indicati annualmente dal Comitato permanente per la verifica dei Lea (Comitato Lea) e dal Tavolo di verifica degli adempimenti (Tavolo di verifica);
- le Regioni e le Province autonome si impegnano ad inviare, con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, relativo alle prestazioni aggiuntive ai Lea con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Ssn, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto.

3. Rimodulazione tariffaria e Ticket

Ai fini del mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci regionali, nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al 2° trimestre proiettati su base annua, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5% (il livello si abbassa in presenza di scarse entrate fiscali) le Regioni si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20% dello squilibrio stimato, i seguenti interventi:

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

- misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione della attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni erogate;
- ulteriori ticket.

4. Rete ospedaliera e appropriatezza nei ricoveri ospedalieri

Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati, non superiore a 4 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza (attualmente lo standard è di 4,5 compresa la lungodegenza). Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza ambulatoriale, nonché a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. Le Regioni impegnate nei Piani di rientro provvedono a tale adempimento entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

Rispetto agli standard di cui sopra è prevista una variazione in aumento non superiore al 5% in presenza di condizioni demografiche con presenza di numerosi anziani ultra75enni.

Gli standard sopra descritti non comprendono la quota dei posti letto dedicati ai pazienti provenienti da altre Regioni (con riferimento al 2008). A tale proposito, entro il 30 giugno 2010, in sede di Conferenza Stato/Regioni, va definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti provenienti da altre Regioni.

5. Accreditemento

Il completamento del processo per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie private operanti per conto del Ssn è prorogato al 31 dicembre 2010.

6. Assistenza farmaceutica e dispositivi medici

Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA) ed uno dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) che formuli un'organica proposta sulla base dei seguenti principi:

- definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;
- garantire da parte dell'AIFA alle Regioni i dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni stesse un reale monitoraggio della spesa;
- revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci *off label* (sono i medicinali utilizzati per indicazioni non autorizzate e quindi sottoposti ad alcune regole specifiche);
- monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati.

In materia di prontuario dei dispositivi medici si conviene di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi (Ministero della salute, AIFA, AGENAS,

Istituto Superiore di Sanità) valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA.

E' istituito a livello nazionale apposito tavolo di lavoro con la partecipazione delle Regioni, del Ministero della salute e delle Agenzie nazionali (AIFA, AGENAS, e Istituto Superiore di Sanità) con il compito di:

- definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
- individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto.

7. Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e ai soggetti non autosufficienti

Al fine di favorire e promuovere l'assistenza domiciliare e residenziale rivolta ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

- per agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di definizione dei Lea;
- l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una *valutazione multidimensionale* effettuata con gli strumenti valutativi già concordati con il Ministero della salute. La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato Lea, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati;
- con le modalità concordate con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA (modello utilizzato dalle aziende sanitarie ed ospedaliere per la rilevazione dei costi per livelli di assistenza) relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

7. Monitoraggio e verifica dei Lea

Si conviene di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Lea.

Nella fase transitoria si utilizza l'apposito *set* di indicatori vigente.

Si conviene inoltre di monitorare l'andamento dei Lea in relazione alla definizione dei costi *standard* in attuazione del federalismo fiscale.

8. Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività

Le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

- le Regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008. Le

Regioni con Piano di rientro provvedono a tale adempimento entro il 31 ottobre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

- le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei Piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;
- le Regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono utilizzare le risorse di cui all'art.20 della legge n. 67/88 (edilizia sanitaria, vedi punto 3. della nota sulla Legge Finanziaria).

I criteri e le modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, saranno oggetto di un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, d'intesa con la Conferenza Stato/Regioni, da emanarsi entro il 31 marzo 2010.

Quanto previsto al **punto 8.** costituisce adempimento delle Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo del Ssn.

9. Piano nazionale della prevenzione

Si conviene di pervenire entro il 30 giugno 2010 all'approvazione del Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012.

Le Regioni e le Province autonome confermano per gli anni 2010-2012, la destinazione di 200 milioni di euro, per la completa attuazione del Piano.

B) - Legge finanziaria 2010 – Disposizioni in materia sanitaria

Le disposizioni in materia sanitaria contenute nella legge finanziaria 2010, sono parte integrante del nuovo Patto per la Salute (vedi nota sul Patto per la salute). Le norme riguardano, principalmente, il finanziamento del Fondo sanitario, interventi sul personale, il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dei bilanci regionali ed i piani di rientro.

1. Fondo sanitario nazionale

Le risorse finanziarie per la sanità, per il prossimo triennio ammontano a:

* **106.200** milioni di euro per l'anno 2010;

* **108.650** milioni per l'anno 2011;

* **111.544** milioni per l'anno 2012 (un incremento, rispetto al finanziamento per il 2011 del 2,8%).

2. Assegnazione delle risorse

a. Il Ministro dell'economia può concedere alle Regioni anticipazione di quote del finanziamento del Fondo sanitario in misura pari al **97%** delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e, per la Regione Sicilia, della compartecipazione regionale. Per le Regioni più virtuose e quindi in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa, la quota di anticipazione è fissata al **98%**; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica. L'erogazione dell'ulteriore **3%** nel primo caso e del **2%** nel secondo, è subordinata alla positività della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

b. Sono autorizzati, in sede di conguaglio eventuali recuperi necessari, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle Regioni per gli esercizi successivi, compresi gli importi, a credito e a debito di ciascuna Regione, relativi alla mobilità sanitaria interregionale ed internazionale.

3. Investimenti - Edilizia sanitaria

L'importo fissato per il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazioni edilizia e di ammodernamento tecnologico (art. 20 legge n.67/88) passa dagli **attuali 23 miliardi di euro a 24 miliardi**. L'incremento di risorse è destinato prioritariamente alle Regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro.

4. Interventi sul personale del Ssn.

a. Gli enti del Ssn concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica. A tal fine adottano misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell' 1,4%. Ciò si applica anche alle spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzionato. Le spese del personale di cui sopra sono considerate al netto delle spese relative ai rinnovi contrattuali. Sono anche escluse le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel campo della ricerca.

b. Nell'ambito fissato dalle Regioni, gli enti del Ssn predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale e al ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa.

Inoltre definiscono i parametri *standard* per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Ssn, nel rispetto delle disponibilità dei fondi per la contrattazione integrativa.

c. Blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del *turn over* e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli.

d. L'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al punto 4. **lettere a, b, c**, sarà verificato dal *Tavolo di verifica*. In caso di risultato negativo la Regione verrà dichiarata inadempiente. Fanno eccezione le Regioni che, pur non avendo raggiunto gli obiettivi, hanno comunque garantito l'equilibrio economico.

5. Disavanzi e Piani di rientro

a. Lo *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, è definito al livello del **5%**. Tale livello si abbassa in presenza di entrate fiscali insufficienti e di scarse risorse di bilancio della Regione.

Nel caso di raggiungimento o superamento del suddetto *standard* dimensionale, la Regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un Piano di rientro triennale, elaborato con il sostegno dell' AIFA e dell'AGENAS. Il Piano deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel Piano stesso.

b. Il Piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio e dalla Conferenza Stato/Regioni **nei termini perentori di 45 giorni** dalla data di approvazione da parte della Regione.

In caso di mancato parere della Struttura tecnica e della Conferenza, decorsi i termini di cui sopra, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, accerta l'adeguatezza del Piano presentato.

In presenza di riscontro positivo, il Piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la Regione.

In caso di riscontro negativo ovvero in presenza di mancata presentazione del Piano, il Consiglio dei ministri (art. 120 della Costituzione) nomina il presidente della Regione commissario ad acta, il quale deve predisporre, entro i successivi 30 giorni, il Piano di rientro e attuarlo per l'intera durata del Piano stesso.

A seguito della nomina del commissario *ad acta*:

c. sono sospesi, automaticamente, i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in automatico, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;

d. sono incrementati, automaticamente, rispetto al livello delle aliquote vigenti, l' Irap di 0,15 punti percentuali, e l'Irpef di 0,30 punti percentuali. Tali maggiorazioni delle aliquote restano in vigore per l'intera durata del Piano.

e. Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere gli eventuali provvedimenti, anche legislativi, e a non

adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro.

f. Resta ferma la possibilità per la Regione, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato raggiunto con risultati quantitativamente migliori, di ridurre le aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Analoga riduzione si può applicare anche al blocco del *turn over* e al divieto di effettuare spese non obbligatorie.

g. La verifica dell'attuazione del Piano di rientro è trimestrale ed annuale, fermo restando la possibilità di verifiche intermedie previste dal Piano stesso o ritenute necessarie da una delle parti.

I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute.

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia, per la parte di affiancamento di propria competenza nei confronti delle Regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano.

h. L'approvazione del Piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione sono il presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano stesso.

L'erogazione del maggior finanziamento (quote premiali ed eventuali ulteriori risorse non erogate per inadempienze pregresse) avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del Piano. Le restanti quote sono erogate in base ai risultati delle successive verifiche.

i. Nel caso in cui dall'esito delle verifiche risultasse l'inadempienza della Regione nella gestione del Piano (***in questo caso la Regione non è commissariata e gestisce direttamente il Piano come descritto al punto 5 lettera b)***) su proposta del Ministro dell'economia, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, il Consiglio dei ministri, sentita la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato/Regioni, diffida la Regione interessata ad attuare il Piano. In caso di perdurante inadempienza il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, nomina il presidente della Regione quale commissario *ad acta* per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate, compresi gli ulteriori atti necessari alla sua attuazione.

A seguito della nomina del commissario *ad acta* si applicano le stesse misure descritte alle lettere **c, d**, del punto 5.

m. Qualora il commissario *ad acta* risulti inadempiente, indipendentemente dalle motivazioni, il Consiglio dei ministri, sentita la Regione interessata, nomina uno o più commissari *ad acta* di qualificate e comprovate

professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel Piano e non realizzati.

6. Regioni impegnate con i Piani di rientro

Le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, possono presentare un nuovo Piano di rientro ai sensi delle norme della presente legge. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano cessa il commissariamento, e dalla gestione straordinaria commissariale si passa alla gestione ordinaria regionale. Comunque, anche in questo caso, si applicano tutte le procedure previste per le Regioni con Piani di rientro e descritte nei precedenti punti della presente nota.

7. Divieto di pignoramenti

Per un periodo di 12 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere. I pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesorieri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti.

I relativi debiti insoluti producono, nello stesso periodo di cui sopra, gli interessi legali stabiliti dal codice civile vigente, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedono tassi di interesse inferiori.

8. Utilizzi del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS)

Le Regioni impegnate nei Piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari le risorse del FAS.

9. Copertura dei disavanzi con risorse proprie

Le Regioni che non hanno raggiunto gli obiettivi programmati di risanamento e di riequilibrio economico-finanziario previsti nello specifico Piano di rientro, limitatamente ai risultati di esercizio 2009, possono provvedere alla copertura del disavanzo sanitario con risorse del proprio bilancio a condizione che le relative misure, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009.

10. Altre situazioni di disavanzi regionali

Le Regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario possono chiedere la sottoscrizione di un accordo, con il relativo Piano di rientro, approvato dalla Regione. Ai fini della sottoscrizione dell'accordo, il Piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio e dalla Conferenza Stato/Regioni nei termini perentori, rispettivamente, di 15 e di 30 giorni dall'invio.

La sottoscrizione dell'accordo e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano di rientro.

L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80%; la restante quota è collegata ai risultati delle verifiche dell'attuazione del Piano di rientro.

Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere gli eventuali provvedimenti, anche legislativi, e a non

adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro.

La verifica dell'attuazione del Piano è semestrale ed annuale, fermo restando la possibilità di effettuare verifiche intermedie.

I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute.

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia, per la parte di affiancamento di propria competenza nei confronti delle Regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano.

Le Regioni che, entro il 31 dicembre 2009, non hanno sottoscritto l'accordo di cui al **punto 10.** per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere lo stesso accordo corredando la richiesta di un adeguato Piano di rientro, entro il 30 aprile 2010

In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi 90 giorni, la **Regione perde la quota di maggior finanziamento.**

11. Prestito da parte dello Stato alle Regioni

Lo Stato è autorizzato ad anticipare alle Regioni interessate dai Piani di Rientro dai disavanzi sanitari, fino ad un massimo di **1 miliardo di euro**, per l'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati fino al 31 dicembre 2005.

All'erogazione si provvede a seguito dell'accertamento definitivo e completo del debito sanitario non coperto da parte della Regione, con il supporto dell'*advisor* contabile, e della predisposizione, da parte della Regione, di misure legislative di copertura dell'ammortamento del prestito erogato, idonee e congrue.

La Regione interessata è tenuta, in funzione delle risorse trasferite dallo Stato, alla relativa restituzione, comprensiva di interessi, in un periodo non superiore a 30 anni.