

REPUBBLICA ITALIANA

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 4 MAGGIO 2007 - N. 21

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927

AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

LEGGE 2 maggio 2007, n. 12.

Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata.

REGIONE SICILIANA
L'ASSEMBLEA REGIONALE HA APPROVATO
IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Innalzamento dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive

1. In coerenza con il patto nazionale per la salute per il triennio 2007-2009 e ai fini dell'accesso al fondo transitorio di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, con decorrenza dall'anno di imposta 2008:

a) l'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di cui all'articolo 50, comma 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 è fissata all'1,4 per cento;

b) le aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) vigenti nella Regione, ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 e successive modifiche e integrazioni, e dell'articolo 7 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2 e all'articolo 60 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, fatti salvi comunque i regimi di esenzione, sono innalzate al limite massimo del 5,25 per cento.

2. Le maggiori entrate derivanti dall'aumento dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'imposta regionale sulle attività produttive di cui al

comma 1, stimate in euro 287 milioni per ciascun anno, sono destinate al finanziamento della maggiore spesa sanitaria 2007-2009.

3. In attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, qualora si verificano le condizioni ivi previste, l'Assessore regionale per la sanità ne dà comunicazione all'Assessore regionale per il bilancio e le finanze, il quale è autorizzato ad adottare, con riferimento all'anno di imposta successivo, il provvedimento di riduzione delle aliquote di cui al comma 1.

Art. 2.

Cancellazione dei debiti delle Aziende sanitarie

1. Le passività delle Aziende sanitarie della Regione derivanti dalla contabilità finanziaria, comprese le esposizioni verso le gestioni liquidatorie, e risultanti ancora in essere al 31 dicembre 2006, sono dichiarate insussistenti ai fini della redazione dei bilanci delle singole Aziende sanitarie relativi all'esercizio 2006. A tal fine il termine di presentazione dei bilanci 2006 previsto dall'articolo 51 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, è prorogato al 30 giugno 2007 ed il termine di trasmissione all'Assessorato regionale della sanità è prorogato al 31 luglio 2007.

2. E' istituito nel bilancio della Regione - dipartimento regionale per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera e la programmazione e la gestione delle risorse correnti del fondo sanitario - un apposito fondo a destinazione vincolata per il pagamento dei debiti pregressi delle Aziende sanitarie, per il rimborso alle stesse degli oneri derivanti da eventuali pagamenti sui debiti cancellati ai sensi del comma 1.

3. Per le finalità di cui al comma 2 è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2007, la spesa di euro 15.000 migliaia, cui si provvede mediante utilizzo di parte delle economie di spesa dei capitoli finanziati con risorse del fondo sanitario regionale di cui all'Elenco "M", allegato alla presente legge. Con circolare del dipartimento regionale per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera e la programmazione e la gestione delle risorse correnti del fondo sanitario, di concerto con la ragioneria generale della Regione, vengono stabilite le modalità di utilizzo del predetto fondo.

Art. 3.

Modifiche alle leggi regionali 28 dicembre 2004, n. 17 ed 8 febbraio 2007, n. 2

1. Al comma 7 dell'articolo 9 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, come sostituito dal comma 1 dell'articolo 25 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, le parole "del patrimonio delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere" sono sostituite con le parole "dei beni immobili di cui al presente articolo".

2. Alla fine del comma 3 dell'articolo 24 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, sono aggiunte le parole "nonché ai centri di eccellenza costituiti in fondazione".

3. Alla fine del comma 5 dell'articolo 25 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, sono aggiunte le parole: "A parziale copertura della prima annualità è destinata la quota, pari a 80.868 migliaia di euro assegnata alla Regione a valere sul contributo per il ripiano dei disavanzi 2002-2004 di cui all'articolo 279 della legge 23 dicembre 2005, n. 266".

Art. 4.

Finanziamento della maggiore spesa sanitaria per l'anno 2006

1. Per il finanziamento del maggior fabbisogno del sistema sanitario regionale per l'anno 2006, quantificato complessivamente in euro 708.342 migliaia, al netto delle variazioni positive derivanti dall'applicazione dell'articolo 2, hanno effetto nella Regione le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modifiche ed integrazioni e allo stesso si provvede:

a) quanto ad euro 153.000 migliaia mediante utilizzo della quota assegnata alla Regione a valere sul finanziamento di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

b) quanto ad euro 80.868 migliaia mediante utilizzo di pari importo del gettito derivante dalle tasse automobilistiche di spettanza regionale;

c) quanto ad euro 187.474 migliaia mediante utilizzo delle economie di spesa dei capitoli finanziati con risorse del fondo sanitario regionale di cui all'Elenco "M", allegato alla presente legge;

d) quanto ad euro 287.000 migliaia mediante utilizzo del gettito derivante dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modifiche ed integrazioni.

2. Alla Tabella "A" di cui all'articolo 59, comma 1, della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, sono aggiunti i seguenti accantonamenti per l'esercizio finanziario 2007:

(Importi in migliaia di euro)

Oggetto	2007	2008	2009
Quota assegnata alla Regione siciliana a valere sul finanziamento di cui all'articolo 1, comma 278, legge 23 dicembre 2005, n. 266, collegata al corrispondente accantonamento negativo	153.000	—	—
Gettito derivante dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modifiche ed integrazioni, collegata al corrispondente accantonamento negativo.	287.000	—	—
<i>Totale accantonamenti positivi . .</i>	440.000		
Quota assegnata alla Regione siciliana a valere sul finanziamento di cui all'articolo 1, comma 278, legge 23 dicembre 2005, n. 266	153.000	—	—
Gettito derivante dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modifiche ed integrazioni	287.000	—	—
<i>Totale accantonamenti negativi . .</i>	440.000		

3. In relazione all'accertamento delle entrate di cui alle lettere a) e d) del comma 1 del presente articolo, per le quali vengono disposti gli specifici accantonamenti negativi previsti dalla tabella "A" di cui al comma 2, il Ragioniere generale della Regione è autorizzato ad iscrivere con proprio provvedimento le relative somme ai pertinenti capitoli dei corrispondenti accantonamenti positivi.

Art. 5.

Variazioni allo stato di previsione dell'entrata del bilancio della Regione

1. Nello stato di previsione dell'entrata del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2007 sono introdotte le variazioni di cui all'annessa Tabella "A".

Art. 6.

Variazioni allo stato di previsione della spesa del bilancio della Regione

1. Nello stato di previsione della spesa del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2007 sono introdotte le variazioni di cui all'annessa Tabella "B".

Art. 7.

Variazioni alla Tabella "H"

1. Alla Tabella "H" di cui all'articolo 59, comma 7, della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, sono apportate, per l'esercizio finanziario 2007, le seguenti modifiche in migliaia di euro:

U.P.B. 9.2.1.3.3	capitolo 373703	-200
------------------	-----------------	------

e sono eliminate le parole "di cui 200 migliaia di euro all'Istituto Annibale di Francia di Palermo".

Nello stato di previsione della spesa del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2007 sono introdotte le variazioni di cui all'annessa Tabella "B"

U.P.B. 9.2.1.3.3	capitolo 373705	+200
------------------	-----------------	------

da destinare all'Istituto Annibale di Francia di Palermo.

Art. 8.

Variazioni al quadro di previsione di cassa del bilancio della Regione

1. Al quadro di previsione di cassa del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2007 sono apportate le seguenti variazioni in migliaia di euro:

Entrate

Bilancio e finanze

Centro di responsabilità:

- bilancio e tesoro interventi regionali	+ 80.868
--	----------

Spesa

Bilancio e finanze

Centro di responsabilità:

- bilancio e tesoro

- fondo per l'integrazione delle dotazioni di cassa

- capitolo 215710 - interventi comunitari, statali e connessi cofinanziamenti	-202.474
---	----------

Sanità

Centro di responsabilità:

- dipartimento regionale per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera e la programmazione e la gestione delle risorse correnti del fondo sanitario

- interventi regionali	+ 80.868
- interventi comunitari statali e connessi cofinanziamenti	+202.474

Art. 9.

Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata

1. Ai fini della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica convenzionata, tutti i medici prescrittori dipendenti dal servizio sanitario nazionale o operanti per conto dello stesso, compresi i medici degli ospedali pubblici e convenzionati accreditati e i medici specialisti convenzionati e accreditati con il SSN, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, devono attenersi, nelle prescrizioni a carico del Servizio sanitario nazionale, all'utilizzo, in via prioritaria, dei principi attivi relativi ai farmaci con brevetto scaduto e riportati nelle liste di trasparenza dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA - c.d. equivalenti), per quelle specialità medicinali che, all'interno della stessa categoria terapeutica e a parità di indicazioni e profilo di sicurezza, presentino il migliore rapporto costo/beneficio. La dichiarazione di non sostituibilità del farmaco potrà essere apposta solo in particolari casi adeguatamente suffragati da documentazione clinica. A decorrere dal 2 maggio 2007 ai farmaci erogati tramite le farmacie aperte al pubblico in regime convenzionale, si applicano le seguenti disposizioni:

- a) applicazione del prezzo di rimborso di riferimento all'interno della categoria terapeutica degli inibitori della pompa acida (ATC 4 A02BC);
- b) conformazione dei comportamenti prescrittivi all'interno di alcune categorie terapeutiche, ivi compresa la categoria degli inibitori della pompa acida di cui alla lettera a) con l'individuazione di parametri di riferimento sul consumo annuo in ambito regionale.

2. Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC4 A02BC - inibitori della pompa protonica - si osservano le modalità di seguito riportate:

- a) Le prescrizioni a carico del SSN dei farmaci compresi nella categoria A02BC devono rientrare nei parametri di consumo medi nazionali relativi alla stessa categoria, nel rispetto della pesatura della popolazione assistita. La prescrizione dei farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto deve raggiungere almeno il 50 per cento per il 2007 e il 60 per cento per il 2008 del totale del gruppo A02BC, in termini di confezioni erogate, su base annua. Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo superiore al 10 per cento in termini di confezioni erogate, rispetto al limite individuato, e/o un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato, presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.
- b) I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta effettuano prescrizioni di farmaci il cui costo per dose definita al giorno (DDD), riferito al prezzo al pubblico, non sia superiore al prezzo minimo di riferimento calcolato in euro 0,90.
- c) Qualora il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, in caso di intolleranza, insufficiente risposta clinica o possibili interazioni farmacologiche, ritenga che sia necessario prescrivere una specialità il cui costo per giorno di terapia riferito al prezzo al pubblico sia superiore al valore di cui alla lettera b) giustifica la diversa scelta terapeutica nell'ambito dell'aggiornamento della scheda sanitaria individuale dell'assistito, come disposto dall'articolo 45, comma 2, lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni. In tal caso il medico appone sulla ricetta la dichiarazione di insostituibilità limitatamente alle condizioni di cui sopra e l'utente non paga alcuna differenza di prezzo.
- d) I medici di cui al comma 1, all'atto della prescrizione su ricettario SSN o anche nella sola proposta di prescrizione, sono tenuti ad indicare i farmaci il cui costo per giorno di terapia

riferito al prezzo al pubblico non sia superiore a quanto indicato alla lettera b); nel caso in cui ritengano necessario prescrivere farmaci di prezzo superiore a quello di riferimento devono predisporre opportuno Piano terapeutico, su modello predisposto dalla Regione in cui sono riportate le motivazioni della diversa scelta terapeutica che, comunque, non può prescindere dai criteri di appropriatezza derivanti dalle evidenze scientifiche in osservanza delle note AIFA 1 o 48. In tal caso l'utente non paga alcuna differenza di prezzo.

e) I medici della continuità assistenziale devono prescrivere unicamente il farmaco alle condizioni di cui alla lettera b).

f) Nella ricetta ove sono prescritti farmaci il cui prezzo supera quello di riferimento, in assenza della dichiarazione di insostituibilità di cui alla lettera c) o di piano terapeutico di cui alla lettera d) i farmacisti devono richiedere all'utente la differenza tra il prezzo di riferimento e quello del farmaco dispensato.

g) Il ricorso alle deroghe di cui alle lettere c) e d) è oggetto di monitoraggio in ambito aziendale con il pieno coinvolgimento dei medici prescrittori.

h) E' fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali, secondo le limitazioni e le indicazioni riportate nelle note AIFA 1 e 48;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

i) I servizi farmaceutici ospedalieri, indipendentemente dal principio attivo presente allo stato attuale nei Prontuari terapeutici ospedalieri - e nelle more dell'aggiornamento degli stessi - e dalla specialità aggiudicata nell'ambito delle gare ospedaliere ed utilizzata all'interno della struttura ospedaliera, in caso di pazienti che all'atto della dimissione da un ricovero o da una visita specialistica ambulatoriale necessitano di terapia con inibitori di pompa protonica, dispensano esclusivamente farmaci il cui costo al pubblico per giorno di terapia non sia superiore a euro 0,90.

3. Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC4 C10AA - inibitori della HMG CoA Reduttasi - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) I medici di cui al comma 1 all'atto della prescrizione di inibitori della HMG CoA Reduttasi (ATC4 C10AA), si attengono alle indicazioni previste dalla nota AIFA 13.

b) I Servizi farmaceutici territoriali analizzano i consumi degli inibitori della HMG CoA Reduttasi collaborando con i medici prescrittori per la verifica dell'aderenza terapeutica.

c) Nell'ambito di tale categoria, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello di ogni singola Azienda unità sanitaria locale, in termini di confezioni erogate, almeno il 50 per cento del totale delle confezioni erogate del gruppo C10AA, privilegiando la copertura degli assistiti in prevenzione secondaria e quelli ad alto rischio in primaria (RCVG-ISS). Sulla base delle analisi dei consumi, le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato, in termini di percentuale di consumi di farmaci a brevetto scaduto, presentano all'Assessorato della sanità, un articolato piano di rientro.

d) Le prescrizioni a carico del SSN dei farmaci compresi nella categoria A02BC devono rientrare nei parametri di consumo medi nazionali relativi alla stessa categoria, nel rispetto della pesatura della popolazione assistita.

e) E' fatto obbligo ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le limitazioni e le indicazioni riportate nella nota AIFA 13;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

4. Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC4 N06AB - antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Nell'ambito di tali categorie, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola Azienda unità sanitaria locale, in termini di confezioni erogate almeno il 60 per cento per il 2007 e il 70 per cento per il 2008 del totale delle confezioni erogate del gruppo N06AB.

b) Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.

c) E' fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende USL, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le condizioni e limitazioni d'uso riportate nelle relative schede tecniche;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

5. Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria N06AX - altri antidepressivi - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Nell'ambito di tali categorie, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, rappresentano, su base annua, a livello regionale e di ogni singola Azienda unità sanitaria locale, in termini di confezioni erogate almeno il 15 per cento del totale delle confezioni erogate del gruppo N06AX.

b) Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.

c) E' fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le condizioni e limitazioni d'uso riportate nelle relative schede tecniche;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

6. Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC4 G04CA - antagonisti dei recettori alfa adrenergici - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Nell'ambito di tali categorie, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, rappresentano, su base annua, a livello regionale e di ogni singola Azienda unità sanitaria locale, in termini di confezioni erogate, almeno il 70 per cento del totale delle confezioni erogate del gruppo G04CA.

b) Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.

c) E' fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le condizioni e limitazioni d'uso riportate nelle relative schede tecniche;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;
- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

7. Per la prescrizione di farmaci compresi nella categoria ATC4 C09AA - Ace-inibitori non associati - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Nell'ambito di tale categoria, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto rappresentano, su base annua, a livello di ogni singola Azienda unità sanitaria locale, in termini di confezioni erogate, almeno il 40 per cento del totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09AA.

b) Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.

c) E' fatto obbligo ai direttori generali delle aziende USL, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto, di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le condizioni e limitazioni d'uso riportate nelle relative schede tecniche;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

8. Per la prescrizione di farmaci compresi nella categoria ATC4 C09CA e C09DA - antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati - si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Nell'ambito di tali categorie, l'utilizzo dei farmaci, a livello regionale ed in ogni singola Azienda unità sanitaria locale, è mantenuto entro il limite del 20 per cento in termini di confezioni, del totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09.

b) Le Aziende unità sanitarie locali che registrano un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato presentano all'Assessorato della sanità un articolato piano di rientro.

c) E' fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali, avvalendosi dei responsabili dei servizi farmaceutici territoriali e di distretto di:

- rafforzare il controllo delle prescrizioni di tali medicinali secondo le condizioni e limitazioni d'uso riportate nelle relative schede tecniche;

- effettuare, mensilmente, la verifica del rispetto dei parametri sopra assegnati;

- trasmettere eventuali segnalazioni di prescrizioni inappropriate entro 30 giorni all'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie istituito con decreto n. 3625 dell'11 giugno 2004.

9. Per la prescrizione dei farmaci a base di morfina compresi nella categoria ATC5 N02AA01 si osservano le modalità di seguito riportate.

a) Il consumo dei farmaci a base di morfina a carico del SSN, a livello regionale ed in ogni Azienda unità sanitaria locale, non deve essere inferiore a 7 milligrammi pro-capite calcolato sulla popolazione assistibile. Sulla base delle analisi dei consumi, le Aziende unità sanitarie locali che registrano consumi inferiori di oltre il 10 per cento rispetto al limite sopra indicato, presentano all'Assessorato della sanità un piano di interventi per la promozione della terapia del dolore.

10. Per la razionalizzazione dei consumi dei farmaci e per il corretto uso degli stessi, la Regione promuove le seguenti iniziative di formazione e informazione rivolte ai medici e agli utenti:

a) campagne d'informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione sull'uso corretto del farmaco;

b) iniziative di formazione per i medici attraverso:

- "formazione a distanza" sull'appropriatezza prescrittiva - maggiore aderenza alle evidenze scientifiche e maggiore attenzione alle interazioni farmacologiche - e sulla conseguente razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra i medici prescrittori sulle patologie a maggiore impatto economico e sociale;
- iniziative di informazione indipendente sul farmaco per i medici prescrittori.

11. A seguito di valutazione periodica degli effetti degli interventi e al fine di contenere la spesa farmaceutica entro i parametri previsti dalla vigente normativa, la Regione adotta ulteriori provvedimenti, che interessino anche altre categorie terapeutiche in relazione all'andamento della spesa ed all'analisi dei consumi, ai sensi dell'articolo 6 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

12. L'Assessore regionale per la sanità provvede con proprio decreto, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, a disciplinare le modalità di attuazione delle disposizioni contenute nella medesima.

13. L'Assessore regionale per la sanità è autorizzato con proprio decreto ad introdurre eventuali integrazioni alle disposizioni contenute nel presente articolo, sentito il parere dell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

14. Ai componenti dell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie è corrisposto, oltre alle spese di missione, ove spettanti, un gettone di presenza pari ad euro 100 lordi per ogni seduta utile dell'Osservatorio stesso. Alla maggiore spesa derivante dal presente comma valutata in 10 migliaia di euro annui si provvede con riduzione di pari importo della spesa iscritta nella U.P.B. 10.2.1.3.2 (capitolo 413314) del bilancio della Regione per il triennio 2007-2009.

15. L'importo relativo alle prescrizioni giudicate inappropriate dall'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie è posto, dall'Azienda unità sanitaria locale di residenza dell'assistito, interamente a carico del medico prescrittore. Nel caso di prescrizioni inappropriate effettuate su indicazioni dello specialista l'importo viene ripartito in egual misura tra i due medici.

Art. 10.

Assegnazioni sedi farmaceutiche

1. Al fine di portare a compimento le procedure concorsuali di assegnazione di sedi farmaceutiche previste dal D.P.C.M. 30 marzo 1994, n. 298, l'Assessorato regionale della sanità - Dipartimento Ispettorato regionale sanitario - è autorizzato a svolgere apposita procedura concorsuale per l'affidamento del servizio di svolgimento della prova attitudinale prevista dall'art. 7 del predetto D.P.C.M. n. 298/1994.

2. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata, per il triennio 2007-2009, la spesa di 20 migliaia di euro annui, cui si provvede mediante riduzione di pari importo della spesa iscritta nella U.P.B. 10.2.1.3.2 (capitolo 413314) del bilancio della Regione per il triennio 2007-2009.

Art. 11.

Acquisto e distribuzione diretta di farmaci da parte delle Aziende

1. Le Aziende sanitarie provvedono all'acquisto dalle case farmaceutiche e alla distribuzione diretta di farmaci le cui molecole, individuate entro trenta giorni con decreto dell'Assessorato della sanità, siano funzionali alla cura di specifiche patologie ad alto rischio di vita.

Art. 12.
Entrata in vigore

1. La presente legge sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.
2. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Palermo, 2 maggio 2007.

Assessore regionale per il bilancio e le finanze
Assessore regionale per la sanità

CUFFARO
LO PORTO
LAGALLA

NOTE

Avvertenza:

Il testo delle note di seguito pubblicate è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi trascritti, secondo le relative fonti. Le modifiche sono evidenziate in corsivo.

Nota all'art. 1, commi 1 e 3:

Il comma 796 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).", così dispone:

"796. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del protocollo di intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella riunione del 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione:

a) il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, è determinato in 96.040 milioni di euro per l'anno 2007, in 99.082 milioni di euro per l'anno 2008 e in 102.285 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". All'articolo 1, comma 278, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le parole: "a decorrere dall'anno 2006" sono sostituite dalle seguenti: "limitatamente all'anno 2006";

b) è istituito per il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1.000 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, la cui ripartizione tra le regioni interessate da elevati disavanzi è disposta con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. L'accesso alle risorse del Fondo di cui alla presente lettera è subordinato alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi. 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i

rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005. Tale accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive. Qualora nel procedimento di verifica annuale del piano si prefigurino 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 dai Ministeri della salute e dell'economia e delle 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. La maggiorazione ha carattere generalizzato e non settoriale e non è suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. 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. Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento delle finalità economiche, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicura l'attività di affiancamento delle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini del monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali 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 di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

c) all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, le parole: "all'anno d'imposta 2006" sono sostituite dalle seguenti: "agli anni di imposta 2006 e successivi". Il procedimento per l'accertamento delle risultanze contabili regionali, ai fini dell'avvio delle procedure di cui al citato articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è svolto dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005;

d) al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento a carico dello Stato:

- 1) in deroga a quanto stabilito dall'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2007, 2008 e 2009, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate alla lettera a) del presente comma da accreditare sulle contabilità speciali di cui al comma 6 dell'articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 97 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per i medesimi anni;

2) per gli anni 2007, 2008 e 2009, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alla Regione siciliana anticipazioni nella misura pari al 97 per cento delle somme dovute a tale regione a titolo di finanziamento della quota indistinta, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per i medesimi anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni della medesima regione;

3) alle regioni che abbiano superato tutti gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005, si riconosce la possibilità di un incremento di detta percentuale compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica;

4) all'erogazione dell'ulteriore 3 per cento nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla vigente normativa e dalla presente legge;

5) nelle more dell'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2006, quale risulta dall'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e incrementato, a decorrere dall'anno 2008, sulla base del tasso di crescita del prodotto interno lordo nominale programmato;

6) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi;

7) sono autorizzate, a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

e) ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dall'incremento automatico delle aliquote, di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, per le regioni che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo, sottoscrivono l'accordo richiamato alla lettera b) del presente comma, risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate, in sede di verifica degli adempimenti del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa 23 marzo 2005;

f) per gli anni 2007 e seguenti sono confermate le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ai fini del rispetto dei tetti stabiliti dall'articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, con le deliberazioni del consiglio di amministrazione n. 34 del 22 dicembre 2005, n. 18 dell'8 giugno 2006, n. 21 del 21 giugno 2006, n. 25 del 20 settembre 2006 e n. 26 del 27 settembre 2006, salvo

rideterminazioni delle medesime da parte dell'AIFA stessa sulla base del monitoraggio degli andamenti effettivi della spesa;

g) in riferimento alla disposizione di cui alla lettera f) del presente comma, per il periodo 1 marzo 2007-29 febbraio 2008 e limitatamente ad un importo di manovra pari a 807 milioni di euro di cui 583,7 milioni a carico delle aziende farmaceutiche, 178,7 milioni a carico dei farmacisti e 44,6 milioni a carico dei grossisti, sulla base di tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il Servizio sanitario nazionale, approvate dall'AIFA e definite per regione e per azienda farmaceutica, le singole aziende farmaceutiche, entro il termine perentorio del 30 gennaio 2007, possono chiedere alla medesima AIFA la sospensione, nei confronti di tutti i propri farmaci, della misura della ulteriore riduzione del 5 per cento dei prezzi di cui alla deliberazione del consiglio di amministrazione dell'AIFA n. 26 del 27 settembre 2006. La richiesta deve essere corredata dalla contestuale dichiarazione di impegno al versamento, a favore delle regioni interessate, degli importi indicati nelle tabelle di equivalenza approvate dall'AIFA, secondo le modalità indicate nella presente disposizione normativa e nei provvedimenti attuativi dell'AIFA, per un importo complessivo equivalente a quello derivante, a livello nazionale, dalla riduzione del 5 per cento dei prezzi dei propri farmaci. L'AIFA delibera, entro il 10 febbraio 2007, l'approvazione della richiesta delle singole aziende farmaceutiche e dispone, con decorrenza 1 marzo 2007, il ripristino dei prezzi dei relativi farmaci in vigore il 30 settembre 2006, subordinando tale ripristino al versamento, da parte dell'azienda farmaceutica, degli importi dovuti alle singole regioni in base alle tabelle di equivalenza, in tre rate di pari importo da corrispondersi entro i termini improrogabili del 20 febbraio 2007, 20 giugno 2007 e 20 settembre 2007. Gli atti che attestano il versamento alle singole regioni devono essere inviati da ciascuna azienda farmaceutica contestualmente all'AIFA, al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute rispettivamente entro il 22 febbraio 2007, 22 giugno 2007 e 22 settembre 2007. La mancata corresponsione, nei termini previsti, a ciascuna regione di una rata comporta, per i farmaci dell'azienda farmaceutica inadempiente, l'automatico ripristino, dal primo giorno del mese successivo, del prezzo dei farmaci in vigore l'1 ottobre 2006;

h) in coerenza con quanto previsto dalla lettera g), l'AIFA ridetermina, in via temporanea, le quote di spettanza dovute al farmacista e al grossista per i farmaci oggetto delle misure indicate nella medesima disposizione, in modo tale da assicurare, attraverso la riduzione delle predette quote e il corrispondente incremento della percentuale di sconto a favore del Servizio sanitario nazionale, una minore spesa dello stesso Servizio di entità pari a 223,3 milioni di euro, di cui 178,7 milioni a carico dei farmacisti e 44,6 milioni a carico dei grossisti;

i) in caso di rideterminazione delle misure di contenimento della spesa farmaceutica ai sensi di quanto stabilito nella parte conclusiva della lettera f), l'AIFA provvede alla conseguente rimodulazione delle disposizioni attuative di quanto previsto dalle norme di cui alle lettere g) e h);

l) 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 30 dicembre 2004, n. 311, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni:

1) con riferimento al superamento del tetto del 13 per cento, 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 all'articolo 5 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l'avvenuta applicazione, entro la data del 28 febbraio 2007, nell'ambito della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dalla lettera c) del presente comma, di una quota fissa per confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento del 40 per cento. Le regioni interessate, in

alternativa alla predetta applicazione di una quota fissa per confezione, possono adottare anche diverse misure regionali di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, purché di importo adeguato a garantire l'integrale contenimento del 40 per cento, la cui adozione e congruità è verificata entro il 28 febbraio 2007 dal Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della citata intesa del 23 marzo 2005, avvalendosi del supporto tecnico dell'AIFA;

2) con riferimento al superamento della soglia del 3 per cento, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, l'avvenuta presentazione, da parte della regione interessata, entro la data del 28 febbraio 2007, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze di 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 deve essere verificata congiuntamente nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui alla citata intesa 23 marzo 2005;

m) all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono apportate le seguenti modificazioni:

1) il secondo periodo è sostituito dal seguente: "I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri";

2) al terzo periodo, le parole: "Il Ministro della sanità" sono sostituite dalle seguenti: "Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze," e dopo le parole: "di Trento e di Bolzano," sono inserite le seguenti: "entro il 31 marzo 2007,";

n) ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, come rideterminato dall'articolo 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è elevato a 20 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. Il maggior importo di cui alla presente lettera è vincolato per 500 milioni di euro alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, per 100 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, per 100 milioni di euro all'implementazione e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e per 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica. Il riparto fra le regioni del maggiore importo di cui alla presente lettera è effettuato con riferimento alla valutazione dei bisogni relativi ai seguenti criteri e linee prioritarie:

1) innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;

2) superamento del divario nord-sud;

- 3) possibilità per le regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;
- 4) messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario n. 37 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997;
- 5) premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti per una quota pari al 10 per cento;
- o) fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate";
- p) a decorrere dall'1 gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro. Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati;
- p-bis) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera p), fermo restando l'importo di manovra pari a 811 milioni di euro per l'anno 2007, 834 milioni di euro per l'anno 2008 e 834 milioni di euro per l'anno 2009, le regioni, sulla base della stima degli effetti della complessiva manovra nelle singole regioni, definita dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:
- 1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza, da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
 - 2) stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza. Le misure individuate dall'accordo si applicano, nella regione interessata, a decorrere dal giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo;
- q) all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, la lettera a) è sostituita

dalla seguente:

"a) con le procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede, entro il 28 febbraio 2007, alla modificazione degli allegati al citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, finalizzata all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno";

r) a decorrere dall'1 gennaio 2007, i cittadini, anche se esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita, con le modalità più idonee al recupero delle somme dovute stabilite dai provvedimenti regionali;

s) a decorrere dall'1 gennaio 2008, cessano 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 modificazioni;

t) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dall'1 gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992;

u) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dall'1 gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il provvedimento di ricognizione è trasmesso al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005. Per le regioni impegnate nei piani di rientro previsti dall'accordo di cui alla lettera b), le date dell'1 gennaio 2008 di cui alla presente lettera e alla lettera s) sono anticipate all'1 luglio 2007 limitatamente alle regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o ad aggiornare, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

v) il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, individua, entro il 31 gennaio 2007, tipologie di dispositivi per il cui acquisto la corrispondente spesa superi il 50 per cento della spesa complessiva dei dispositivi medici registrata per il Servizio sanitario nazionale. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 57 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e dal numero 2) della lettera a) del comma 409 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, entro il 30 aprile 2007, 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, sono stabiliti i prezzi dei dispositivi individuati ai sensi della presente lettera, da assumere, con decorrenza dal 10 maggio 2007, come base d'asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale. I prezzi sono stabiliti tenendo conto dei più bassi prezzi unitari di acquisto da parte del Servizio sanitario nazionale risultanti dalle informazioni in possesso degli osservatori esistenti e di quelle rese disponibili dall'ottemperanza al disposto del successivo periodo della presente lettera. Entro il 15 marzo 2007 le regioni trasmettono al Ministero della salute - Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici, anche per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i prezzi unitari corrisposti dalle aziende

sanitarie nel corso del biennio 2005-2006; entro la stessa data le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici trasmettono alla predetta Direzione generale, sulla base di criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute, i prezzi unitari relativi alle forniture effettuate alle aziende sanitarie nel corso del medesimo biennio. Nelle gare in cui la fornitura di dispositivi medici è parte di una più ampia fornitura di beni e servizi, l'offerente deve indicare in modo specifico il prezzo unitario di ciascun dispositivo e i dati identificativi dello stesso. Il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove la realizzazione, sulla base di una programmazione annuale, di studi sull'appropriatezza dell'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici, anche mediante comparazione dei costi rispetto ad ipotesi alternative. I risultati degli studi sono pubblicati sul sito internet del Ministero della salute;

z) la disposizione di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, non è applicabile al ricorso a terapie farmacologiche a carico del Servizio sanitario nazionale, che, nell'ambito dei presidi ospedalieri o di altre strutture e interventi sanitari, assuma carattere diffuso e sistematico e si configuri, al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio, quale alternativa terapeutica rivolta a pazienti portatori di patologie per le quali risultino autorizzati farmaci recanti specifica indicazione al trattamento. Il ricorso a tali terapie è consentito solo nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali di cui al decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, e successive modificazioni. In caso di ricorso improprio si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, commi 4 e 5, del citato decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94. Le regioni provvedono ad adottare entro il 28 febbraio 2007 disposizioni per le aziende sanitarie locali, per le aziende ospedaliere, per le aziende ospedaliere universitarie e per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico volte alla individuazione dei responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni di cui alla presente lettera, anche sotto il profilo della responsabilità amministrativa per danno erariale. Fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali di cui alla presente lettera, tale responsabilità è attribuita al direttore sanitario delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico."

Nota all'art. 1, comma 1, lett. a) e b):

L'art. 50 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, recante "Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali.", così dispone:

"Istituzione dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche. - 1. E' istituita l'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche. L'addizionale regionale non è deducibile ai fini di alcuna imposta, tassa o contributo.

2. L'addizionale regionale è determinata applicando l'aliquota, fissata dalla regione in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo determinato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, al netto degli oneri deducibili riconosciuti ai fini di tale imposta. L'addizionale regionale è dovuta se per lo stesso anno l'imposta sul reddito delle persone fisiche, al netto delle detrazioni per essa riconosciute e dei crediti di cui agli articoli 14 e 15 del citato testo unico, risulta dovuta.

3. L'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale di cui al comma 1 è fissata allo 0,9 per cento. Ciascuna regione, con proprio provvedimento, da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui l'addizionale si riferisce, può aumentare l'aliquota suddetta fino all'1,4 per cento.

4. Relativamente ai redditi di lavoro dipendente e ai redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente di cui agli articoli 46 e 47 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con

decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, l'addizionale regionale dovuta è determinata dai sostituti d'imposta di cui agli articoli 23 e 29 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, all'atto di effettuazione delle operazioni di conguaglio relative a detti redditi. Il relativo importo è trattenuto in un numero massimo di undici rate, a partire dal periodo di paga successivo a quello in cui le stesse sono effettuate e non oltre quello relativamente al quale le ritenute sono versate nel mese di dicembre. In caso di cessazione del rapporto l'importo è trattenuto in unica soluzione nel periodo di paga in cui sono svolte le predette operazioni di conguaglio. L'importo da trattenere è indicato nella certificazione unica di cui all'articolo 7-bis del citato decreto n. 600 del 1973.

5. L'addizionale regionale è versata, in unica soluzione e con le modalità e nei termini previsti per il versamento delle ritenute e del saldo dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, alla regione in cui il contribuente ha il domicilio fiscale alla data del 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'addizionale stessa, ovvero relativamente ai redditi di lavoro dipendente e a quelli assimilati a questi alla regione in cui il sostituito ha il domicilio fiscale all'atto della effettuazione delle operazioni di conguaglio relative a detti redditi.

6. Per la dichiarazione, la liquidazione, l'accertamento, la riscossione, il contenzioso, le sanzioni e tutti gli aspetti non disciplinati espressamente, si applicano le disposizioni previste per l'imposta sul reddito delle persone fisiche. Le regioni partecipano alle attività di liquidazione e accertamento dell'addizionale regionale segnalando elementi e notizie utili e provvedono agli eventuali rimborsi richiesti dagli interessati dopo aver acquisiti gli elementi necessari presso l'amministrazione finanziaria.

7. All'articolo 17, comma 2, del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, recante norme di semplificazione degli adempimenti dei contribuenti riguardanti la dichiarazione dei redditi e dell'imposta sul valore aggiunto e i relativi versamenti, nonché norme di unificazione degli adempimenti fiscali e previdenziali, di modernizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni dopo la lettera d), è aggiunta la seguente: "d-bis) all'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche".

8. Per gli anni 1998 e 1999 l'aliquota dell'addizionale regionale di cui al comma 1 è fissata nella misura dello 0,5 per cento su tutto il territorio nazionale."

Note all'art. 1, comma 1, lett. b):

- L'art. 7 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2002.", così dispone:

"IRAP. - 1. In attuazione dell'articolo 24 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, a decorrere dall'1 gennaio 2002 l'imposta regionale sulle attività produttive per i soggetti di cui agli articoli 6 e 7 del medesimo decreto legislativo si applica nella misura del 5,25 per cento.

2. Per le piccole e medie imprese operanti in Sicilia nei settori dell'artigianato, del commercio, del turismo e dei servizi, nonché per le cooperative, salvo quanto previsto dal comma 5, a decorrere dall'1 gennaio 2003 l'aliquota dell'IRAP è ridotta dello 0,25 per cento.

3. Per le imprese di raffinazione di prodotti petroliferi operanti in Sicilia, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'aliquota dell'IRAP è applicata nella misura del 5,25 per cento.

4. Alle aziende i cui titolari abbiano sporto denuncia circostanziata nei confronti di atti estorsivi compiuti ai loro danni, come definiti dalla vigente legislazione nazionale e regionale, è applicata per il pagamento dell'IRAP, per tre anni consecutivi dalla data di effettuazione della denuncia, l'aliquota del 3,25 per cento.

5. Le organizzazioni non lucrative di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, le associazioni di promozione sociale di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 383 e le cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 sono esenti dall'imposta sulle attività produttive."

- L'art. 60 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2005.", così dispone:
"Agevolazioni fiscali IRAP. - 1. Al fine di incentivare lo sviluppo dell'economia siciliana, alle società cooperative a mutualità prevalente di cui al titolo VI del libro V del Codice civile, così come modificato dall'articolo 8 del decreto legislativo 17 gennaio 2003, n. 6, che siano regolarmente sottoposte al regime di revisione ordinaria previsto dalla legge regionale 23 maggio 1991, n. 36 e successive modifiche ed integrazioni, l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive di cui al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 e successive modifiche ed integrazioni, limitatamente alla quota di spettanza della Regione e fatti salvi i regimi agevolativi specifici già stabiliti dalla normativa vigente, è ridotta dell'1 per cento per il periodo d'imposta in corso all'1 gennaio 2005. Per i due periodi di imposta successivi, l'aliquota è ridotta, rispettivamente, dello 0,75 e dello 0,50 per cento.
2. Al fine di migliorare gli standard di sicurezza nel territorio della Regione i benefici di cui al comma 1 sono, altresì, estesi agli istituti esercenti attività di vigilanza privata di cui agli articoli 133 e seguenti del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 e successive modifiche ed integrazioni.
3. L'applicazione della presente disposizione è subordinata al rispetto della vigente normativa comunitaria in materia di aiuti di Stato, nonché alla definizione della procedura di cui all'articolo 88, paragrafi 2 e 3, del Trattato istitutivo della Comunità europea.
4. Nelle more, ovvero in caso di definizione negativa delle procedure di cui al comma 3, gli aiuti previsti dal presente articolo sono concessi con modalità conformi ed entro i limiti di cui al regolamento della Commissione delle Comunità europee n. 69 del 12 gennaio 2001, relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato CE agli aiuti di importanza minore."

Nota all'art. 2, comma 1:

L'art. 51 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2005.", così dispone:
"Equilibrio economico aziende sanitarie. - 1. Dopo il comma 5 dell'articolo 28 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, è aggiunto il seguente comma:
"5-bis. I bilanci d'esercizio, adottati dalle aziende sanitarie entro il 30 aprile di ogni anno, devono essere trasmessi, corredati del parere del collegio sindacale, all'Assessorato regionale della sanità, entro il 31 maggio di ogni anno.""

Note all'art. 3, comma 1:

L'art. 9 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2005." per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota, risulta il seguente:
"Valorizzazione di beni immobili di proprietà della Regione e degli enti vigilati e finanziati.
- 1. La Regione promuove, conformemente alla normativa vigente direttamente e/o mediante il ricorso a strumenti di finanza strutturata, la costituzione di un apposito soggetto giuridico di scopo da costituire autonomamente o con partner privato, dotato di specifica e dimostrata competenza ed esperienza, scelto con le procedure ad evidenza pubblica, per la valorizzazione, trasformazione e commercializzazione di beni immobili non destinati ad uso assistenziale, di proprietà della stessa, delle aziende sanitarie ed ospedaliere, delle IPAB e di altri enti vigilati e finanziati nonché degli IACP.
1-bis. I beni immobili strumentali all'attività della Regione e degli enti di cui al comma 1, con esclusione di Palazzo d'Orléans e dei siti presidenziali individuati con delibere di Giunta e dei beni immobili destinati ad attività produttive o commerciali di proprietà delle ASI o a civile abitazione di proprietà degli IACP, anche se costituenti patrimonio indisponibile e sempre che gli stessi non abbiano vincoli di natura storica, ambientale, culturale ai sensi della legislazione vigente, possono essere conferiti in un apposito fondo immobiliare, ferma restando la destinazione di essi a sede di pubblici uffici o di attività di pubblico servizio,

salvo il consenso dell'ente conferente ed a condizione che alla Regione, in qualità di quotista del fondo medesimo, venga assicurato il diritto di esprimere i pareri obbligatori sui principali atti di gestione ed i pareri vincolanti per le decisioni gestionali di particolare rilievo.

1-ter. I beni immobili del fondo immobiliare devono essere individuati con delibera della Giunta regionale sulla base di una relazione presentata dall'Assessore regionale per il bilancio e le finanze da cui si evince:

- a) il censimento informatizzato del patrimonio immobiliare;
- b) l'elenco dei beni immobili conferiti al fondo immobiliare e la ragione della scelta;
- c) la descrizione dell'attività di valorizzazione, di trasformazione e commercializzazione relativamente a ciascun bene immobile scelto;
- d) il valore complessivo ed il valore a metro quadro di ciascun bene immobile.

1-quater. La Giunta regionale trasmette la delibera di cui al comma 1-ter, con gli atti allegati, alle competenti Commissioni legislative dell'Assemblea regionale siciliana per l'acquisizione del parere obbligatorio.

1-quinquies. L'Assessore regionale per il bilancio e le finanze riferisce, semestralmente, alla Commissione legislativa "Bilancio" dell'Assemblea regionale siciliana sull'attività svolta dal soggetto giuridico di scopo di cui al comma 1 e per le finalità di cui allo stesso comma 1, sullo stato di attuazione del presente articolo.

2. Per l'avvio del percorso di cui al comma 1, la Regione si avvale della consulenza di un advisor in possesso dei requisiti di provata affidabilità e capacità, incaricato in conformità alla normativa vigente in materia di servizi.

3. Con decreto del Presidente della Regione, previa delibera di Giunta e su proposta dell'Assessore competente, di concerto con l'Assessore per il bilancio e le finanze, sono fissati i criteri, le modalità ed i termini per l'espletamento delle attività di cui ai commi precedenti.

4. Agli eventuali oneri discendenti dall'applicazione dei precedenti commi si provvede con parte delle disponibilità previste nel bilancio della Regione per le finalità di cui all'art. 88, comma 2, della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2.

5. Con le modalità previste dall'art. 15 della legge regionale 30 aprile 1991, n. 10 e successive modifiche ed integrazioni, la Regione, i comuni, le aziende sanitarie ed ospedaliere o gli altri enti interessati stabiliscono gli eventuali cambi di destinazione d'uso e/o varianti degli strumenti urbanistici, funzionali all'ottimizzazione del patrimonio immobiliare proveniente dagli enti di cui al comma 1 o dallo Stato.

6. La destinazione delle risorse derivanti dalla valorizzazione degli immobili è stabilita da appositi accordi di programma quadro tra la Regione e gli enti interessati.

7. Le risorse derivanti dalla valorizzazione *dei beni immobili di cui al presente articolo* sono destinate, nell'esercizio finanziario 2007, fino all'importo massimo di 250 milioni di euro, al finanziamento del maggior fabbisogno del sistema sanitario regionale rispetto a quello complessivamente quantificato per la Regione siciliana per l'anno medesimo, di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19. Le ulteriori risorse sono destinate alla compensazione, fino all'intero importo trasferito, delle perdite e dei disavanzi ripianati dalla Regione negli esercizi precedenti.

8. (Abrogato).

9. E' abrogato l'art. 31 della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4."

Nota all'art. 3, comma 2:

L'art. 24 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2007." per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota, risulta il seguente:

"Razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria. - 1. L'Assessore regionale per la sanità determina e attribuisce, entro il mese di marzo, alle aziende unità sanitarie locali, alle

aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie, al Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e all'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia, le risorse per l'anno 2007, necessarie per rispettare le strategie e gli obiettivi previsti nel piano di risanamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2007-2009, previa negoziazione con i rispettivi direttori generali, nell'ambito delle risorse destinate al Fondo sanitario regionale derivanti dal riparto annuale del Fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché delle integrazioni di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19.

2. Con le medesime procedure e nel rispetto delle scadenze di cui al comma 1, l'Assessore regionale per la sanità provvede all'assegnazione delle risorse per gli anni 2008 e 2009.

3. La negoziazione di cui al comma 1 per la determinazione dei rispettivi budget è estesa anche all'Ospedale classificato Buccheri La Ferla di Palermo, all'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (IsMeTT), alla Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro neurolesi "Bonino Pulejo" di Messina, Associazione Oasi Maria SS. ed alla Fondazione Oasi Salute - da essa derivata - entrambe con sede in Troina *nonché ai centri di eccellenza costituiti in fondazioni.*

4. Nel caso in cui, entro il termine previsto dal comma 1, non sia stata ancora adottata la delibera di riparto del Fondo sanitario nazionale, il limite delle risorse destinate al sistema sanitario regionale viene commisurato provvisoriamente e, salvo conguaglio, sulla base delle sole risorse del fondo sanitario regionale assegnate nell'anno precedente.

5. La spesa per l'acquisizione di beni e servizi nel triennio 2007-2009 deve essere ridotta del 3 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005. La spesa complessiva regionale per le consulenze, escluse quelle a carattere assistenziale e sanitario, assunta dalle aziende di cui al comma 1 deve essere ridotta nel triennio 2007-2009 del 50 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005.

6. La spesa complessiva per le consulenze di carattere assistenziale e sanitario è ridotta del 10 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005.

7. La quota di fondo sanitario regionale disponibile destinata alla assistenza ospedaliera non può superare il 46 per cento per l'anno 2007, il 45 per cento per l'anno 2008 ed il 44 per cento per l'anno 2009.

8. L'importo dell'aggregato di spesa relativo all'assistenza ospedaliera preaccreditata, già fissato con Dec.Ass. 13 luglio 2004, n. 3787, così come ripartito a livello provinciale per l'anno 2005, è ridotto, rispettivamente, del 2 per cento per l'anno 2007, di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2008 e di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2009; sono nulle le autorizzazioni di spesa in eccedenza rispetto ai valori complessivi provinciali rideterminati con la presente norma. L'Assessore regionale per la sanità, con proprio decreto, determina, per il triennio 2007-2009, i criteri di remunerazione delle prestazioni effettuate in extra budget nell'ottica di ottenere risparmi di spesa. Le eventuali economie, derivanti dalla differenza tra l'aggregato di spesa per l'assistenza ospedaliera preaccreditata per singola provincia e quello realmente utilizzato, possono essere destinate, sulla base delle direttive emanate dall'Assessorato regionale della sanità e in ambito provinciale, all'abbattimento delle liste di attesa, con particolare riferimento a quelle riguardanti prestazioni di elevata specializzazione carenti sul territorio.

9. L'importo dell'aggregato di spesa relativo all'assistenza specialistica preaccreditata, già fissato con Dec.Ass. 13 luglio 2004, n. 3787, così come ripartito a livello provinciale per l'anno 2005, è ridotto, rispettivamente, del 2 per cento per l'anno 2007, di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2008 e di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2009; sono nulle le autorizzazioni di spesa in eccedenza rispetto ai valori complessivi provinciali rideterminati con la presente norma. L'Assessore regionale per la sanità, con proprio decreto, determina,

per il triennio 2007-2009, i criteri di remunerazione delle prestazioni effettuate in extra budget nell'ottica di ottenere risparmi di spesa. Le eventuali economie derivanti dalla differenza tra l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica preaccreditata per singola provincia e quello realmente utilizzato, possono essere destinate, sulla base delle direttive emanate dall'Assessorato regionale della sanità, all'attuazione di piani su base provinciale per l'abbattimento delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni di elevata specialità carenti sul territorio e avuta considerazione della tipologia e del livello tecnologico delle attrezzature utilizzate.

10. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, entro trenta giorni dalla definizione della negoziazione di cui al comma 1, provvedono alla contrattazione dei budget delle strutture private preaccreditate ospedaliere e specialistiche, secondo le effettive esigenze della popolazione di riferimento, e dei criteri stabiliti dall'Assessore regionale per la sanità. Sino alla definizione del nuovo piano territoriale di assistenza specialistica ambulatoriale, i direttori generali provvedono alle assegnazioni dei budget previsti, scaturenti dalle effettive esigenze della popolazione di riferimento e a criteri stabiliti dall'Assessorato della sanità negoziati con le organizzazioni sindacali di categoria secondo quanto previsto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, solo ed esclusivamente ai soggetti preaccreditati/accreditati con il Servizio sanitario regionale alla data di pubblicazione della presente legge. L'importo complessivo dei budget assegnati alle singole strutture non può superare i tetti di spesa provinciali fissati annualmente con decreto dell'Assessore regionale per la sanità.

11. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali possono autorizzare, entro l'ambito del territorio provinciale e del budget contrattato, il trasferimento di strutture private preaccreditate, purché supportato da adeguata motivazione in riferimento alla carenza di prestazioni sul territorio ovvero al miglioramento dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici, generali e specifici, per l'esercizio delle attività sanitarie di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997.

12. Fermo restando il regime di compartecipazione alla spesa sanitaria fissato dalla normativa nazionale e regionale, per il triennio 2007/2009, per adempiere agli obblighi di cui ai piani di rientro, derivanti dal Nuovo Patto per la salute Stato-Regioni, l'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale di Governo e previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, può provvedere, con proprio decreto, a fissare l'importo di eventuali ulteriori quote di compartecipazione e le modalità di applicazione a carico di tutti gli assistiti per le prestazioni sanitarie o farmaceutiche.

13. Nell'attribuzione delle risorse agli enti di cui ai commi 1 e 3 l'Assessorato regionale della sanità determina un accantonamento da destinare al finanziamento della quota di parte regionale degli interventi per la riqualificazione della assistenza sanitaria previsti ai sensi dell'articolo 71, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

14. In coerenza con il patto di stabilità regionale e secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 e successive modifiche e integrazioni, nonché con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e l'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia, sono tenuti a garantire l'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate, nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro derivante dal nuovo Patto per la salute Stato-Regioni.

15. Qualora il bilancio di esercizio delle aziende di cui al comma 1 registri un risultato economico positivo, questo è iscritto in apposita voce del patrimonio netto con indicazione dell'anno in cui si è prodotto. Il risparmio di esercizio è destinato in via prioritaria alla

copertura delle perdite eventualmente registrate negli esercizi precedenti. Il direttore generale in sede di adozione del bilancio di esercizio formula proposte per l'utilizzazione del risparmio conseguito. L'Assessore regionale per la sanità valuta le proposte dei direttori generali e decide, nel rispetto delle linee programmatiche regionali, la destinazione dei risparmi di esercizio.

16. L'Assessore regionale per la sanità, entro quarantacinque giorni dalla chiusura della negoziazione di cui al comma 1, assegna a ciascun direttore generale specifici obiettivi, fissando le scadenze delle verifiche periodiche; il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro di cui al comma 12, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e della normativa vigente di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comporta la decadenza automatica del direttore generale delle aziende di cui al comma 1.

17. L'Assessorato regionale della sanità, ai fini dell'espletamento dell'attività di vigilanza e di controllo della gestione, finalizzata alla salvaguardia dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità, esercita il controllo sui seguenti atti delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia:

- a) il bilancio di esercizio;
- b) l'atto aziendale;
- c) le dotazioni organiche complessive.

18. L'attività di controllo sugli atti di cui al comma 17 deve espletarsi entro 90 giorni dal ricevimento e può essere interrotta una sola volta con la richiesta di chiarimenti, integrazioni o verifiche in luogo; in tal caso i termini del controllo sono sospesi. Si applica altresì quanto previsto dall'articolo 53, comma 13, della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17.

19. L'esercizio del controllo deve fare riferimento, oltre alla verifica contabile, ai risultati di gestione e alla coerenza dei medesimi con gli atti di programmazione nazionale e regionale e con ogni altra disposizione in merito. Sono abrogati il comma 5 dell'articolo 28 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2; il comma 8 dell'articolo 32 della legge regionale 7 marzo 1997, n. 6; l'articolo 27 della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4.

20. Il divieto di cui all'articolo 1, comma 6, della legge regionale 5 novembre 2004, n. 15 è prorogato fino al 31 dicembre 2007.

21. Le gestioni liquidatorie costituite presso le aziende unità sanitarie locali cessano a decorrere dal 1º gennaio 2007; l'Assessorato regionale della sanità determina, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità di chiusura delle predette contabilità con il trasferimento delle situazioni debitorie residue sulle contabilità ordinarie delle aziende.

22. La Giunta regionale, definito il processo di condivisione con il Governo della Repubblica, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, approva gli obiettivi e le misure di contenimento del piano di risanamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2007/2009; gli obiettivi e le misure deliberate, nonché i conseguenti provvedimenti di attuazione che saranno adottati dall'Assessorato regionale della sanità, impegnano tutte le strutture del sistema sanitario regionale agli adempimenti necessari per il raggiungimento delle finalità contenute dal piano stesso.

23. La Giunta regionale procede, entro il 31 dicembre 2007, alla predisposizione del piano sanitario regionale e di quello socio-sanitario.

24. All'articolo 66, comma 9, primo periodo, della legge regionale 1º settembre 1993, n.

25, dopo le parole "alle attività a destinazione vincolata individuate nel piano sanitario regionale" sono aggiunte le seguenti parole: "ed al finanziamento dei progetti elaborati dai dipartimenti dell'Assessorato regionale della sanità, finalizzati al monitoraggio della spesa

sanitaria ed alla verifica delle iniziative di razionalizzazione dei servizi aziendali e delle misure di contenimento della spesa.".

25. Al fine di ridurre i tempi di intervento sul contenimento della spesa sanitaria, in aggiunta alle misure già individuate nei precedenti commi:

a) è sospesa l'efficacia, sino alla approvazione delle misure di contenimento del piano di risanamento regionale, di tutti gli accordi intervenuti e le convenzioni stipulate con i soggetti di cui al comma 3, che abbiano determinato incrementi aggiuntivi di budget per il sistema sanitario regionale rispetto al 2005; gli accordi e le convenzioni sono rinegoziati tenendo come tetto massimo di spesa i valori di budget dell'anno 2005, maggiorati dell'incremento dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati;

b) è sospesa l'efficacia, sino alla approvazione delle misure di contenimento del piano di risanamento regionale, di tutti gli atti deliberativi delle aziende unità sanitarie locali adottati nel 2006 che prevedono il conferimento di nuovi incarichi di direzione di strutture complesse autorizzate e non ancora attivate.

26. Al comma 17 dell'articolo 25 della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19, le parole "in misura non inferiore al 3 per mille" sono sostituite dalle seguenti: "in misura non inferiore al 2,3 per mille". (Periodo omesso in quanto impugnato dal Commissario dello Stato ai sensi dell'art. 28 dello Statuto).

27. La spesa per le borse di studio ulteriori di cui all'articolo 1 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33, non può superare l'importo complessivo dell'anno 2006. Il 60 per cento delle risorse disponibili deve essere assegnato nell'ambito delle discipline carenti individuate con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, tenuto conto anche degli indirizzi formulati dall'Osservatorio regionale per le scuole di specializzazione delle facoltà di medicina e chirurgia. Il decreto di individuazione delle discipline carenti è adottato entro il 30 giugno di ogni anno.

28. Al comma 1 dell'articolo 16 della legge regionale 30 marzo 1998, n. 5, le parole "tre dodicesimi" sono sostituite dalle parole "quattro dodicesimi".

29. Al fine di pervenire a sensibili economie di scala nella fornitura e gestione di beni e servizi, le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie sono tenute a procedere all'acquisizione di beni e servizi in forma consorziata, in ambito provinciale o extraprovinciale, nel rispetto delle direttive impartite dall'Assessorato regionale della sanità entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. A tale scopo l'Assessorato avvia il monitoraggio delle procedure espletate in forma consorziata per la verifica delle economie di scala conseguite. L'ottemperanza alle disposizioni di cui al presente comma, unitamente a quelle di cui all'articolo 42 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, è condizione necessaria per l'ammissione alla valutazione dei risultati di gestione ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502.

30. Al fine del contenimento e della razionalizzazione della spesa sanitaria per il triennio 2007-2009 è fatto divieto alle aziende unità sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie di corrispondere al personale dipendente somme per prestazioni lavorative aggiuntive, al di fuori dei fondi determinati ai sensi dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti. I fondi relativi agli istituti contrattuali connessi alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi ed alla retribuzione di risultato devono essere prioritariamente finalizzati alla remunerazione di prestazioni orarie aggiuntive del personale svolte per garantire la copertura delle attività assistenziali, o a supporto delle stesse, nel rispetto delle modalità che verranno definite in sede di contrattazione aziendale.

31. Per le finalità connesse alla programmazione, al monitoraggio dello stato di salute della popolazione ed alla sorveglianza delle malattie, il dipartimento Osservatorio epidemiologico

dell'Assessorato regionale della sanità è autorizzato al trattamento dei dati anagrafici e dei dati sullo stato di salute dei residenti in Sicilia e dei soggetti assistiti nel territorio della Regione siciliana, raccolti dal Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM), dai registri di patologia, dalle aziende unità sanitarie locali, dai soggetti convenzionati con il Servizio sanitario regionale e dai soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie, oltre che dai dati veicolati dal Sistema informativo sanitario ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30. Il dipartimento Osservatorio epidemiologico è individuato quale struttura tecnica per l'assegnazione del codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati, ad eccezione dei casi strettamente indispensabili e secondo procedure formalmente definite.

32. Il ReNCaM della Regione siciliana, contenente l'elenco nominativo dei deceduti nel corso dell'anno nell'ambito del territorio regionale e la relativa causa di morte, i registri di patologia regionali di talassemia, delle malformazioni, dei tumori tiroidei, già istituiti ed operanti presso il dipartimento Osservatorio epidemiologico della Regione siciliana, sono individuati quali strumenti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale e riconosciuti parte integrante del Sistema informativo sanitario regionale.

33. I Registri tumori delle province di Catania, Messina, Palermo, Ragusa, e Trapani, il Registro provinciale di patologia di Siracusa, già istituiti ed operanti nel territorio regionale sono individuati quali strumenti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale e riconosciuti parte integrante del Sistema informativo sanitario regionale.

34. Per le finalità connesse alla sorveglianza delle malattie ed al monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale, il ReNCaM ed i registri di cui ai precedenti commi, sono autorizzati al trattamento dei dati individuali nominativi dei residenti in Sicilia, e alla interconnessione di tali dati con quelli veicolati dal Sistema informativo sanitario di cui all'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30.

35. Per le finalità di cui al comma 31, il dipartimento Osservatorio epidemiologico dell'Assessorato regionale della sanità è autorizzato all'interconnessione dei dati anagrafici e di quelli relativi allo stato di salute dei residenti in Sicilia raccolti dal ReNCaM, dai registri di patologia, dalle aziende unità sanitarie locali, dai soggetti convenzionati con il Servizio sanitario regionale e dai soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie, oltre che dei dati veicolati dal Sistema informativo sanitario ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30."

Nota all'art. 3, comma 3:

L'art. 25 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2007." per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota, risulta il seguente:

"Finanziamento integrativo della spesa sanitaria. - 1. Il comma 7 dell'articolo 9 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17 è sostituito dal seguente:

*** ("7. Le risorse derivanti dalla valorizzazione del patrimonio delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere sono destinate, nell'esercizio finanziario 2007, fino all'importo massimo di 250 milioni di euro, al finanziamento del maggior fabbisogno del sistema sanitario regionale rispetto a quello complessivamente quantificato per la Regione siciliana per l'anno medesimo, di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19. Le ulteriori risorse sono destinate alla compensazione, fino all'intero importo trasferito, delle perdite e dei disavanzi ripianati dalla Regione negli esercizi precedenti.")

2. Il comma 8 dell'articolo 9 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17 è abrogato.

3. Nella tabella "A" dell'articolo 13 della legge regionale 30 gennaio 2006, n. 1, sono soppressi l'accantonamento positivo e l'accantonamento negativo relativi alle dismissioni del patrimonio disponibile delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere.

4. Per la copertura delle perdite delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere cumulativamente registrate fino all'anno 2005, è autorizzato, a decorrere dall'esercizio finanziario 2007, il limite di impegno ventennale di 84 milioni di euro annui. Le somme di cui al presente comma è subordinata alla verifica della situazione creditoria e debitoria delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere.

5. Alla copertura della spesa di cui al comma 4 è destinata una quota di pari importo del gettito derivante dalle tasse automobilistiche di spettanza regionale. *A parziale copertura della prima annualità è destinata la quota, pari a 80.868 migliaia di euro assegnata alla Regione a valere sul contributo per il ripiano dei disavanzi 2002-2004 di cui all'articolo 279 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.*

6. A seguito del raggiungimento dell'intesa di cui all'articolo 1, comma 831, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, preliminare all'emanazione delle nuove norme di attuazione dello Statuto della Regione siciliana in materia sanitaria, il Ragioniere generale della Regione è autorizzato ad iscrivere, con proprio provvedimento, al pertinente capitolo del corrispondente accantonamento positivo, le somme derivanti dal gettito delle accise sui prodotti petroliferi immessi in consumo nel territorio regionale da destinare al concorso della Regione alla spesa sanitaria di cui all'articolo 1, comma 830, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per il quale viene disposto, nel bilancio di previsione della Regione per l'anno 2007, lo specifico accantonamento negativo previsto dalla Tabella "A" allegata alla presente legge."

Nota all'art. 4, comma 1 e comma 1, lett. d):

Il comma 174 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005).", così dispone:

"174. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzino un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti. Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario ad acta entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, 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; scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte."

Nota all'art. 4, comma 1, lett. a):

Il comma 278 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).", così

dispone:

"278. Al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, 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 limitatamente all'anno 2006. L'incremento di cui al primo periodo è 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."

Nota all'art. 4, commi 2 e 3:

La Tabella A di cui al comma 1 dell'art. 59 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, recante "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2007." riguarda gli "Importi da iscrivere nel Fondo Globale di parte corrente (capitolo n. 215704 - ex capitolo n. 21257)".

Nota all'art. 7, comma 1:

La Tabella H di cui al comma 7 dell'art. 59 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, recante: "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2007." riguarda la "Determinazione dei contributi ad enti ed associazioni derivanti da precedenti autorizzazioni legislative di spesa."

Note all'art. 9, comma 2, lett. c):

- L'art. 45 dell'Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale di cui all'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, così dispone:

"*Compiti del medico* - 1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:

a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute;

b) gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";

c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 53, comma 1, lett. c);

2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con: le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico:

a) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi;

b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal comma 9 art. 52 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326;

c) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del medico e dei cittadini;

d) la partecipazione alle forme organizzative territoriali, con le modalità e secondo quanto disposto dal successivo comma 3;

e) l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per

specifici obiettivi del Distretto;

- f) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- g) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
- h) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
- i) le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell. 2, comma 1, della legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;
- j) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;
- k) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali;
- l) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- m) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
- n) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
- o) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;
- p) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
- q) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali ed al fondo di cui all'art. 59;
- r) le visite occasionali, secondo l'art. 57, comma 4.

3. In merito a quanto previsto dal precedente comma 2, lettera e) sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: funzionali e strutturali. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi équipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali. La seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.

4. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

- a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
 - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;

- la donazione di sangue, plasma e organi;
- la cultura dei trapianti;
- il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
- la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;

c) l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;

d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.".

- L'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.", così dispone:

"Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali. - 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione (128).

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di

mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa

fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma (132).

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (Abrogato).

6. (Abrogato).

7. (Abrogato).

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con

incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità (140). In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.

9. (Abrogato)."

Nota all'art. 9, comma 11:

L'art. 6 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 16 novembre 2001, n. 405, così dispone:

"*Livelli di assistenza.* - 1. Nell'ambito della ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la Commissione unica del farmaco, con proprio provvedimento, individua i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, alla presenza fra i medicinali concedibili di prodotti aventi attività terapeutica sovrapponibile secondo il criterio delle categorie terapeutiche omogenee, possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

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

Nota all'art. 10, comma 1:

L'art. 7 del D.P.C.M. 30 marzo 1994, n. 298, recante "Regolamento di attuazione dell'art. 4, comma 9, della legge 8 novembre 1991, n. 362, concernente norme di riordino del settore farmaceutico.", così dispone:

"*Prova attitudinale.* - 1. La prova attitudinale si articola in cento domande, riguardanti le seguenti materie: farmacologia, tecnica farmaceutica - anche con riferimenti alla chimica farmaceutica - e legislazione farmaceutica. Il candidato deve indicare la risposta esatta fra le cinque già predisposte.

2. Le domande, con le relative risposte, sono estratte a sorte dalla commissione

esaminatrice fra le tremila predisposte ogni due anni dal Ministero della sanità, su proposta di una commissione nominata dal Ministro e pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*, unitamente alle relative risposte.

2-bis. La commissione esaminatrice adotta le misure necessarie ad impedire che i candidati possano risalire al numero d'ordine con il quale le domande sorteggiate sono state pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale*.

3. Finché il Ministero della sanità non provveda all'adempimento di cui al comma 2, le domande della prova attitudinale sono predisposte dalla commissione esaminatrice con modalità che assicurino la segretezza e la casualità della scelta.

4. Per la prova è concesso un tempo non superiore a un'ora e trenta minuti.

5. A ciascuna risposta esatta sono attribuiti 0,1 punti per commissario. Sono considerate sufficienti, ai fini della idoneità, le prove, dei candidati che conseguono almeno 37,5 punti.".

LAVORI PREPARATORI

D.D.L. n. 546

"Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale".

Iniziativa governativa: presentato dal Presidente della Regione (Cuffaro) su proposta dell'Assessore per la sanità (Lagalla) il 5 marzo 2007.

Trasmesso per l'esame alla Commissione "Bilancio" (II) e per il parere alla Commissione "Sanità" (VI) il 20 marzo 2007.

Esaminato dalla Commissione nella seduta n. 54 del 3 aprile e n. 55 del 4 aprile 2007.

Esitato per l'Aula nella seduta n. 55 del 4 aprile 2007.

Relatore: Savona.

Discusso dall'Assemblea nelle sedute n. 61 dell'11 aprile 2007 e n. 62 del 18 aprile 2007.

Approvato dall'Assemblea nella seduta n. 63 del 19 aprile 2007.

(2007.17.1186)