



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Codice sito 4.10/2009/76

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0003745 P-2.17.4.10
del 08/09/2009



4174041

Ai Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO

All'Assessore della Regione Toscana
Coordinatore Commissione salute

All'Assessore della Regione Molise
Coordinatore Vicario Commissione salute

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano

e. p.c.

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto

Al Ministero del lavoro, della salute e delle
politiche sociali
- Gabinetto

LORO SEDI

Oggetto: Schema di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2011.

Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il Ministero dell'economia e delle finanze, con lettera pervenuta in data odierna, ha inviato la proposta di intesa indicata in oggetto segnalando l'urgenza del suo esame in sede di Conferenza Stato - Regioni.

Si comunica che la suddetta documentazione è disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice: 4.10/2009/76.

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

SCHEMA DI INTESA STATO REGIONI - Bicennio 2010-2011



VISTI gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht e le conseguenti norme che, in attuazione dei predetti obblighi, stabiliscono la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

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

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la procedura del commissario *ad acta* e qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, 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;

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

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

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1, commi 173 e 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

VISTO l'articolo 8 della richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con la quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;

VISTO l'articolo 8, comma 5 della suddetta intesa che individua il valore soglia strutturale di carattere economico-finanziario del disavanzo, nella misura pari o superiore al 7 per cento, in base ai risultati del Tavolo tecnico degli adempimenti, prevedendo l'obbligatorietà, per le Regioni nelle

quali si verifica, della stipula dell'accordo di cui al comma 3 del medesimo articolo 8, e quindi l'inclusione della stipula dell'accordo stesso fra gli adempimenti oggetto di verifica previsti dall'articolo 2 della suddetta intesa;

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

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

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

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

VISTO l'articolo 1, comma 275 della medesima legge 266/2005, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;

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

VISTO l'articolo 1, comma 796, e successive integrazioni della legge 27 dicembre 2006, n.296, il quale, in attuazione del predetto Patto per la salute del 28 settembre 2006, prevede, tra l'altro, che:

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», preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso ospedale dallo Stato;

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.

CONSIDERATO che il livello del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale stabilito dal richiamato l'articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n.296, corrisponde al 6,36% del Pil nominale programmatico previsto nel Documento di Programmazione economica finanziaria (DPEF) 2007/2011;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, cd in particolare l'articolo 4 in materia di commissari *ad acta* per le regioni sottoposte ai Piani di rientro che siano risultate inadempienti;

VISTO l'articolo 8, comma 1, lettera b) e comma 2 del decreto legge 31 dicembre 2007, n.248, convertito, con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2008, n.31, i quali prevedono la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni e che gli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni per conto del Servizio Sanitario nazionale, eventualmente sottoscritti per l'anno 2008 e seguenti, sono adeguati alla previsione normativa stabilita dal medesimo decreto legge entro trenta giorni dalla data della sua entrata in vigore ;

VISTO l'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 e successive modificazioni, che prevede:

- al comma 1 che, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, e all'articolo 3, comma 139, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ed è determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011, 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 pediatrico Bambino Gesù, preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso Ospedale, secondo le modalità di cui alla legge 18 maggio 1995, n. 187, che ha reso esecutivo l'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede, fatto nella Città del Vaticano il 15 febbraio 1995. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonché quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- al comma 1-bis, che, per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da sottoscrivere entro il 15 settembre 2009, che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 e dell'intesa Stato-regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, di cui al provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006, contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi, nonché al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale:
 - a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;

- b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:
1. la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
 2. la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1;
- c) l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa;
- al comma 1-ter, che qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 15 settembre 2009, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b), del presente articolo.

VISTO l'articolo 79, comma 2, del suddetto decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, il quale dispone che, al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006- 2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, lettera a), è incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50, della legge 24 novembre 2003, n. 326.

VISTO l'articolo 61, comma 20, del richiamato decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, che dispone, ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato, di cui al all'articolo 79, comma 1, del medesimo decreto- legge 25 giugno 2008 n.112, di 400 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011;

CONSIDERATO che il Governo e le Regioni hanno sottoscritto un documento il 1° ottobre 2008 con il quale, tra l'altro, hanno concordato di definire il nuovo Patto per la salute con il quale

stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli previsti dal Patto Europeo di stabilità e Crescita;

CONSIDERATO che la legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, prevede l'adozione, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dei decreti legislativi attuativi della stessa, di cui almeno uno entro dodici mesi; che prevede, tra l'altro, che il Governo nell'ambito del disegno di legge finanziaria, previo confronto nella sede della Conferenza Unificata, proponga con il *Patto di convergenza*, norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo, per i quali, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza";

VISTO l'articolo 22 del decreto legge 1 luglio 2009, n.78, che introduce disposizioni in materia sanitaria concernenti, tra l'altro: l'istituzione di un fondo destinato ad interventi nel settore sanitario; la rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale; le modalità e le procedure per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché il risanamento economico-finanziario nella Regione Calabria; le modalità di erogazione delle risorse alla struttura sanitaria indicata dall'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n.311;

SANCISCE INTESA

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

Articolo 1

(Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali)

1. Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia e per tenere conto delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica, il livello standard complessivo del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato è definito in percentuale del Prodotto interno lordo.
2. Il livello complessivo del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato risulta pari rispettivamente a 103.998 e 106.318 milioni di euro per gli anni 2010 e 2011, ancorché il medesimo livello di finanziamento risulti superiore alla percentuale del Prodotto interno lordo stabilita con il Patto per la salute del 28 settembre 2006. Il predetto livello discende:
 - dal livello del finanziamento stabilito dagli articoli 61 e 79 del decreto-legge 112/2008;
 - dalla riduzione del medesimo livello di 850 milioni di euro, come previsto dall'articolo 22 del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, in conseguenza: (a) dell'abbassamento del tetto di spesa farmaceutica territoriale di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

(b) della destinazione ad un fondo specifico dell'importo di 50 milioni di euro di cui all'articolo 79, comma 1, del citato DL 112/2009, a decorrere dall'anno 2009;

- dall'incremento del medesimo livello, per gli anni 2010 e 2011, dell'importo di 434 milioni di euro, al fine di provvedere alla copertura, a carico del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, degli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

3. Nel procedimento di determinazione dei fabbisogni standard regionali, compatibili nel loro complesso con il fabbisogno standard nazionale, come definito al ~~comma 2~~, fermi restando i criteri di standardizzazione stabiliti dalla vigente legislazione, le regioni sono chiamate a confrontarsi su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, come specificati nel ~~comma 4~~.
4. Costituiscono indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse le seguenti grandezze:
 - a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale (allegato 1);
 - b) indicatori sui costi medi (allegato 2);
 - c) standard dei posti letto, come definito dalla vigente legislazione e dalla presente Intesa;
 - d) standard del tasso di ospedalizzazione;
 - e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale) superiore al valore della regione (o al valore medio delle regioni) in equilibrio economico, e con il miglior risultato;
 - f) standard della numerosità del personale:
 - con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalla regione (o al valore medio delle regioni) in equilibrio economico e con il miglior risultato e che garantiscono l'erogazione de LEA;
 - con riferimento alle aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio registrato dalla regione (o al valore medio delle regioni) in equilibrio economico e con il miglior risultato e che garantiscano l'erogazione de LEA;
 - g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato nella regione (o al valore medio delle regioni) in equilibrio economico e con il miglior risultato;
 - h) standard di appropriatezza.
5. Ai fini del calcolo degli indicatori di cui al ~~comma 4~~ si considerano in equilibrio economico le regioni che hanno garantito nell'ultimo triennio l'equilibrio di bilancio attraverso le seguenti fonti di finanziamento:
 - a) finanziamento ordinario del servizio sanitario nazionale, ivi comprese le entrate proprie degli enti del servizio sanitario nazionale, cristallizzate nel livello complessivo di 1.982 milioni di euro, corrispondente all'importo considerato per la determinazione del

fabbisogno finanziario dell'anno 2001, e le quote di finanziamento vincolato al raggiungimento di obiettivi di piano nazionale;



b) entrate proprie degli enti del servizio sanitario nazionale, nella maggiore quota effettivamente riscossa rispetto al livello di cui al **punto a)**

6. Tra le regioni in equilibrio economico ai sensi del **comma 5**, si individua quella con il miglior risultato, che costituisce, con riferimento agli indicatori di cui al **comma 4**, la regione standard.

Articolo 2

(Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale)

In funzione della necessità di garantire il coordinamento dei livelli di governo della spesa, per il biennio 2010 - 2011, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, costituiscono adempimento regionale i seguenti:

1. gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente;
2. gli adempimenti derivanti dagli Accordi e dalle Intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza indicati annualmente dal Comitato permanente per la verifica dei LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui rispettivamente agli articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (d'ora in poi rispettivamente Comitato LEA e Tavolo di verifica);
3. le regioni e le province autonome si impegnano ad inviare al Comitato LEA **entro il 30 settembre 2009**, e comunque con **cadenza annuale**, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto.
4. le regioni e le province autonome assolvono agli altri adempimenti previsti dalla presente Intesa.

Articolo 3

(Partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 in materia di copertura del disavanzo sanitario, le Regioni e le Province autonome, nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare adeguate forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, per un importo di manovra pari ad almeno il 75 per cento dello squilibrio rilevato, prevedendo altresì l'incremento automatico delle quote di partecipazione alla spesa deliberate ovvero l'attivazione automatica di nuove forme di partecipazione alla spesa, in caso di superamento di una soglia di scostamento dall'andamento programmatico della spesa pari al 5 per cento, rilevato nel singolo monitoraggio trimestrale, e al 3 per cento rilevato alla verifica del IV trimestre. Le Regioni attivano:

- ▲
- a) una o più delle seguenti misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie:
- contributo minimo o quota fissa su ricette relative all'assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, anche con la rimodulazione della compartecipazione massima per ricetta;
 - quote di partecipazione per prestazioni mediche-chirurgiche in day hospital;
 - contributo spese alberghiere per ricoveri ospedalieri;
- b) misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);
- c) misure per incrementare le tariffe delle prestazioni rese in attività libero-professionale intramuraria.
2. Le misure di cui al ~~presente articolo~~ sono oggetto di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

Articolo 4

(Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare, entro il **15 settembre 2009**, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, di cui non più di 0,035 per riabilitazione con codice 75, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale.
2. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che in ogni caso non può superare il 3 % in aumento, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2009 e 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei Piani di rientro.
3. I medesimi standard sono comprensivi dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, salvo quanto eventualmente disposto da:
 - a) accordi tra due o più regioni in base ai quali l'eccesso di posti letto in una regione per mobilità attiva è compensato da una corrispondente diminuzione in altra regione caratterizzata da una prevalente mobilità passiva, prevedendo che detti accordi siano comunicati al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005;
 - b) accordi stipulati in sede di Conferenza Stato-Regioni promossi dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e

delle finanze, ovvero, in sede di autocoordinamento, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, definiti comunque nel rispetto di una dotazione complessiva nazionale corrispondente allo standard di cui al ~~comma 1~~

4. In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati (MANCANO GLI ALLEGATI) alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.

Articolo 5

(Accreditamento e remunerazione)

1. Si conviene di promuovere una revisione normativa in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie

Articolo 6

(Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti)

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

- a) nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità per anziani non autosufficienti con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale non superi il parametro di 1 posto letto per 100 anziani >65 anni e 3 posti letto per 100 anziani >75 anni. Gli oneri a carico delle aziende sanitarie eccedenti i limiti di cui al DPCM 29 novembre 2001, ovvero relativi a posti letto eccedenti la dotazione massima sopra riportata, restano a carico dei bilanci regionali e sono richiamati nel provvedimento ricognitivo di cui all'articolo 2, comma 3;
- b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata esclusivamente in base agli strumenti valutativi ritenuti equivalenti dal Progetto Mattoni relativo. La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati.
- c) a decorrere dal 1 gennaio 2010 sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La

valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

Articolo 7

(monitoraggio e verifica dei LEA)

1. Si conviene, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.
2. Si conviene di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito *set* di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la *verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005*, che, annualmente aggiornato dallo stesso Comitato, incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti.
3. Si conviene di monitorare l'andamento dei Livelli Essenziali di Assistenza in relazione alla definizione dei costi *standard* in attuazione del federalismo fiscale.

Articolo 8

(Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività)

1. In funzione della necessità di garantire il coordinamento dei livelli di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei dati di spesa pubblica e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione contabile, anche in funzione dell'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:
 - le regioni effettuano, entro il 31 dicembre 2009, una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale relativi all'anno 2008;
 - le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;
 - le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.
2. L'accertamento di cui al ~~comma 1~~ è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi

▲

compresi i policlinici universitari, fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanarsi entro il 31 ottobre 2009, in attuazione dell'articolo 1, comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, concernente i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle predette aziende del servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.
4. Quanto previsto dai commi 1 e 2 del ~~presente articolo~~ costituisce adempimento delle regioni ai sensi ~~dell'articolo 2~~.

Articolo 9

(Personale del servizio sanitario regionale)

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, entro il **31 ottobre 2009**, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:
 - a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
 - b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto al ~~punto a)~~. Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato **entro il 30 settembre 2009**.
2. I protocolli di intesa Università - Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con parametri di cui ai commi 1 e 2 sono adeguati entro il **30 novembre 2009**. Eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 10

(Piani rientro)

1. Per gli anni 2010, 2011 e 2012 sono confermate le disposizioni di cui all'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005, nonché le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), con le conseguenti modifiche coerenti con quanto disposto dal ~~presente articolo~~.
2. Per le finalità di coordinamento della finanza pubblica resta fermo lo standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate

proprie sanitarie, nella misura del 7% già individuata dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005, quale dimensione strutturale per l'obbligatorietà della sottoscrizione del Piano di rientro, ovvero per la sua prosecuzione con corrispondente proroga del commissariamento in atto o sottoposizione a commissariamento, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222. La predetta obbligatorietà sussiste anche in caso di insufficienza dell'effettiva capacità fiscale regionale libera su IRAP e addizionale regionale all'IRPEF di fronteggiare il disavanzo sanitario corrente, anche se di dimensione inferiore rispetto al predetto standard, e in caso di persistenza di inadempienza regionale.

- 3. Nelle ipotesi di prosecuzione dei piani di rientro di cui al ~~articolo 2~~, il commissario per l'attuazione del piano:
 - a) completa l'attuazione degli interventi del piano di rientro vigente, qualora il piano non risulti integralmente attuato, nei suoi obiettivi strutturali, alla fine del periodo;
 - b) presenta un piano integrativo di quello vigente che individui un percorso di rientro dal disavanzo, rispetto al finanziamento ordinario, tale da ricondurlo al di sotto della soglia del 7%, ovvero ricondurlo, qualora inferiore al predetto valore soglia, ma non finanziabile mediante risorse rivenienti dalla leva fiscale regionale disponibile su IRAP e addizionale regionale all'IRPEF, nel limite della capienza dei gettiti fiscali regionali disponibili su IRAP e addizionale regionale all'IRPEF.
- 4. Ai fini della sottoscrizione di nuovi piani di rientro, ovvero per l'eventuale prosecuzione dei piani già in essere per un ulteriore periodo non superiore a 3 anni, è determinato un fondo transitorio di accompagnamento per gli anni 2010, 2011 e 2012 pari rispettivamente a XXX milioni di euro, YYY milioni di euro e ZZZ milioni di euro diretto a sostenere finanziariamente il percorso di riequilibrio delle regioni.
- 5. Le regioni obbligate alla prosecuzione dei piani di rientro di cui ai commi 2 e 3 hanno accesso al fondo transitorio di accompagnamento, a condizione che provvedano all'abrogazione, ovvero all'adozione di altro atto di annullamento o comunque di definitiva eliminazione dal mondo giuridico delle leggi e degli altri provvedimenti eventualmente assunti dalla regione, in contrasto con gli obiettivi del piano di rientro.
- 6. Le regioni che escono dai piani di rientro si impegnano al mantenimento e al consolidamento dei risultati raggiunti.
- 7. Per i fini di cui al ~~presente articolo~~, per finanziamento ordinario si intende il livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato a cui si aggiungono le maggiori entrate proprie delle aziende sanitarie ed ospedaliere, di cui ~~all'articolo 1, comma 5~~.

Articolo 11

(Piano nazionale della prevenzione)

- 1. In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 relativa al Piano nazionale della prevenzione, si conviene di pervenire entro il 31 dicembre 2009 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2009-2011, coerentemente con gli interventi previsti dal Piano vigente.
- 2. Le Regioni e le Province autonome convengono di confermare per gli anni 2009-2011, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di

destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.



Articolo 12

(Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per salute)

1. Al fine di dare attuazione al punto 4.2 del Patto per la salute, si conviene di stipulare **entro il 31 dicembre 2009**. L'Intesa Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente.
2. Al fine di dare attuazione al punto 4.6 del Patto per la salute si conviene di stipulare **entro il 31 dicembre 2009**. Intesa Stato-Regioni finalizzata a 4 promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di *indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera*, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla base di un documento tecnico redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali entro il 30 novembre 2008.
3. Al fine di dare attuazione al punto 4.9 del Patto per la salute si conviene di stipulare **entro il 31 dicembre 2009** l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa finalizzata
4. Al fine di dare attuazione al punto 4.10 del Patto per la salute si conviene di stipulare **entro il 31 dicembre 2009** l'Intesa Stato-Regioni sul Programma nazionale per la promozione della qualità e della *clinical governance* nel Servizio Sanitario Regionale.

Articolo 13

(Nuovo Sistema informativo sanitario)

Il Patto per la salute del 5 ottobre 2006 al punto 4.2. prevedeva la proroga al 31 dicembre 2006 della precedente scadenza del 30 giugno 2005 per l'adozione di un Accordo quadro Stato-Regioni tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze, per le riforme e l'innovazione della pubblica amministrazione e le Regioni e le Province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Con la presente Intesa si conviene di stipulare **entro il 31 dicembre 2009**, il suddetto Accordo quadro, disponendo una proroga dei compiti e della composizione della Cabina di regia del NSIS fino a entrata in vigore del nuovo Accordo.

Articolo 14

(Livello delle anticipazioni del finanziamento del SSN)

Sono prorogate per il periodo 2010 e 2011 le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera d), punti della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di livello di anticipazione, di premialità per le regioni adempienti, di erogazione della quota premiale e di eventuali recuperi



Articolo 15

(Ricepimento dell'intesa da parte delle regioni e province autonome e impegno del Governo a disporre modifiche normative)

1. Le Regioni e le Province Autonome si impegnano a recepire con proprio provvedimento formale la presente intesa entro 30 giorni dalla data di stipula della stessa, salve le diverse scadenze indicate dagli articoli precedenti o dalla normativa vigente relativamente agli adempimenti specifici, e a darne comunicazione al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed al Ministero dell'economia e finanze.
2. Fermo restando quanto previsto dalle norme vigenti che regolano il concorso delle Regioni a statuto speciale al finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i contenuti della presente Intesa si applicano alla Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.
3. Il Governo si impegna ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e amministrativo in attuazione della presente Intesa anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme.
4. Si conviene che il contenuto degli Accordi e delle Intese previste dai singoli articoli della presente Intesa costituisce indispensabile integrazione per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 79, comma 1, lettera b) del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133. Conseguentemente la mancata stipula in sede di Conferenza Stato Regioni dei medesimi Accordi ed Intese, decorsi 60 giorni dall'iscrizione all'ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni della corrispondente proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, comporta, in applicazione della citata disposizione normativa il mancato configurarsi delle condizioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dalla lettera a) del medesimo articolo del decreto legge n. 112/2008.

Indicatori del rispetto della programmazione nazionale	
finanziamento pro capite	
finanziamento pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
finanziamento percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	5% prevenzione 55% distrettuale 45% ospedaliero
risultato di gestione (come definito al <u>comma 5</u> dell'art. 1) per gli ultimi tre anni e relative coperture;	
spesa pro-capite	
spesa pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
spesa percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero).	

Assistenza distrettuale

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	standard
spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa farmaceutica pro-capite (da integrare con altri indicatori Osmed);	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa pro-capite per assistenza specialistica	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa procapite per assistenza specialistica - attività clinica	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa pro-capite per assistenza specialistica-attività di laboratorio	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa per prestazione per assistenza specialistica	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività clinica	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di laboratorio	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni

	ultimi tre anni
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni

Assistenza ospedaliera

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	standard
Costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo medio dei ricoveri per acuti in DH/DS	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo medio dei ricoveri in riabilitazione (ordinari+diurni)	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo medio dei ricoveri in lungodegenza	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in DH/DS	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo pro-capite per i ricoveri per la riabilitazione (ordinari + diurni)	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni
Costo pro-capite per i ricoveri per la lungodegenza	Regione migliore tra quelle che hanno garantito l'equilibrio negli ultimi tre anni o Media delle regioni che hanno garantito l'equilibrio negli

ultimi tre anni