



# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 4269

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati

**D'ANNA, ANTONIO MARTINO, CAZZOLA, ABELLI, GIOACCHINO ALFANO, BARANI, BECCALOSSI, CALEARO CIMAN, CATONE, COSENTINO, CRISTALDI, DE GIROLAMO, DE LUCA, DI CATERINA, DI VIRGILIO, GIANNI, GIRLANDA, GRASSANO, LANDOLFI, LEHNER, MILO, MOFFA, NOLA, PAOLINI, PAPA, MARIO PEPE (IR), PIONATI, PISACANE, POLIDORI, PORFIDIA, RAZZI, RONDINI, PAOLO RUSSO, RUVOLO, SARDELLI, SILIQUINI, SISTO, SOGLIA, STAGNO D'ALCONTRES, STASI, TADDEI, TOGNI, ZINZI**

Modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private

*Presentata il 7 aprile 2011*

Onorevoli Colleghi! — Il periodo intercorrente tra la riforma sanitaria del 1992 (decreto legislativo n. 502 del 1992) e quella del 1999 (decreto legislativo n. 229 del 1999) è stato connotato da interventi legislativi di segno non univoco, se non per la caratterizzazione come norme di emergenza finanziaria, finalizzate all'obiettivo precipuo del contenimento della spesa sanitaria.

In tale ottica possono essere letti l'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549; l'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662; l'articolo 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonché l'articolo 28 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, istitutivo del cosiddetto «patto di stabilità interno», in relazione al quale risulta espressamente affermato che gli obiettivi della riduzione

del disavanzo annuo e dell'ammontare del debito si applicano al complesso dell'attività regionale inclusiva di entrate e di spese per l'assistenza sanitaria.

La disciplina normativa di settore – orientata, nell'impostazione originaria del decreto legislativo n. 502 del 1992, verso un modello di erogazione delle prestazioni sanitarie tendenzialmente aperto, caratterizzato da una sostanziale parità e concorrenzialità fra strutture pubbliche e strutture private accreditate, in cui l'amministrazione non solo non ha il potere di programmare il numero delle strutture di gestione del servizio (di qui l'iniziale configurazione dell'accreditamento come atto vincolato), ma neppure di indicare quali e quante prestazioni debbano essere erogate da ciascuna di esse (dipendendo ciò dalla libera scelta degli utenti) – si è progressivamente orientata, dal 1994 in poi, verso un modello maggiormente dirigitico, ristabilendo strumenti di programmazione sia del numero dei soggetti erogatori (con la configurazione dell'accreditamento come atto almeno in parte discrezionale) che della loro attività, cioè delle quantità di prestazioni che i gestori del servizio sono abilitati a erogare.

La prima tappa della revisione legislativa dell'originario modello è rappresentata dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724 (articolo 6, comma 5), che ha novellato l'articolo 4 del decreto legislativo n.

502 del 1992 che aveva introdotto in via transitoria, per un periodo triennale, un sistema di contrattazione tra aziende e presidi ospedalieri sanitari pubblici da un lato e regione e aziende sanitarie locali (ASL) dall'altro per la definizione di piani annuali meramente «preventivi», aventi a oggetto le quantità presunte e la tipologia delle prestazioni da erogare (il sistema è di tipo aperto, perché la previsione di congruagli finali in positivo o in negativo rende non obbligatoria, ma meramente indicativa, la previsione di tetti di spesa).

L'impostazione è appena ritoccata l'anno successivo dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549 (articolo 2, comma 8), che, ancora in via provvisoria, ha esteso la contrattazione, avente sempre carattere meramente previsionale e indicativo, a tutte le strutture pubbliche e private e ai professionisti.

Un'autentica svolta si determina, invece, con la legge 23 dicembre 1996, n. 662 (articolo 1, comma 32), che, sia pure limitatamente al solo esercizio 1997, ha introdotto due importanti innovazioni: *a)* prima della contrattazione dei preventivi di spesa, già transitoriamente introdotta dalle leggi finanziarie precedenti e confermata in tale sede, è previsto un atto programmatico unilaterale della regione, per individuare complessivamente «le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private»; *b)* la contrattazione dei piani annuali preventivi deve essere realizzata in conformità all'atto programmatico regionale e, soprattutto, deve fissare il «limite massimo di spesa sostenibile».

Per la prima volta, dunque, prende corpo la fissazione di un tetto obbligatorio di prestazioni erogabili da ciascun gestore del servizio sanitario.

La svolta, da transitoria, diviene definitiva con la legge n. 449 del 1997 (articolo 32, comma 8), che non individua alcun limite temporale alle relative previsioni, istituzionalizzando il nuovo sistema, che viene poi ulteriormente confermato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, intervenuto, al riguardo, sul decreto legislativo n. 502 del 1992 attraverso l'introduzione degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies*.

È questa la genesi dei cosiddetti «tetti di spesa», che consistono, in buona sostanza, in un limite imposto dalla regione alla spesa sanitaria per un determinato anno.

Le ASL, a loro volta, attraverso atti applicativi delle indicazioni regionali, comunicano alle singole strutture provvisoriamente accreditate il limite massimo di fatturato che sarà loro remunerato.

L'articolo 79, comma 1-*quinquies*, del decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008, è intervenuto sul decreto legislativo n. 502 del 1992, operando alcune importanti modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies*.

Quest'ultima norma, in particolare (articolo 8-*sexies*), è stata modificata nella parte in cui (comma 5) disciplina le modalità attraverso cui il Ministro della salute, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, deve procedere a determinare le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate.

Più nel dettaglio, è stato tra l'altro previsto che le tariffe dovranno essere determinate in base ai costi *standard* di produzione e di quote *standard* di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: *a)* costi *standard*, delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; *b)* costi *standard* delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; *c)* tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

Ancorché la direzione verso la quale la norma si muove (il coinvolgimento, cioè, delle strutture private nel calcolo delle tariffe) sia del tutto condivisibile, tuttavia non sono stati predeterminati i criteri per la scelta del campione di strutture da utilizzare per la base della determinazione delle

tariffe.

La norma, inoltre, non tiene conto dell'insopprimibile esigenza, comune a strutture accreditate e professionisti, che le tariffe siano idonee a remunerare le prestazioni garantendo un margine di utile.

Le modifiche apportate, invece, all'articolo 8-*quater*, riguardano l'accreditamento delle strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale. Più in particolare, quale criterio di valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, viene aggiunto quello della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie.

La norma trascura, tuttavia, di considerare che la peculiarità di ciascuna tipologia organizzativa e le diverse realtà territoriali in cui le strutture insistono incidono in maniera rilevante sulla determinazione del livello minimo di efficienza.

L'articolo 8-*quinquies*, infine, è modificato attraverso l'introduzione, in particolare, di una norma (comma 2-*quinquies*) che, ancorché nata dall'esigenza di salvaguardare i delicati equilibri di bilancio delle regioni, rischia di comprimere in maniera ingiustificata i diritti dei privati accreditati se non inserita in un contesto di regole certe che diano adeguate garanzie alle strutture sanitarie e ai professionisti sulle modalità di programmazione del fabbisogno di prestazioni e, soprattutto, sugli *itinerari* da seguire per pervenire alla stipula dei contratti.

Manca, inoltre, un valido criterio che conduca alla reale equiparazione (ancorché temperata da peculiari caratteristiche di singole realtà territoriali) tra strutture private e strutture pubbliche e alla conseguenziale responsabilizzazione di queste ultime nell'utilizzo delle risorse.

La presente proposta di legge prospetta alcune modifiche al testo vigente dei citati articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, con cui, da un lato si intende sopperire alle aporie normative lasciate insolute dal decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008; dall'altro – e soprattutto – si vuole introdurre un meccanismo di enorme responsabilizzazione delle regioni e delle ASL nell'utilizzo delle risorse pubbliche, attraverso la sostanziale parificazione tra strutture pubbliche e private nel meccanismo dei tetti di spesa.

Più specificamente, con la presente proposta di legge si stabilisce che gli strumenti di contingentamento saranno applicati a ciascun soggetto erogatore, sia esso una struttura pubblica, equiparata alle strutture pubbliche, privata o un professionista accreditato.

Ciò avviene prevedendo che, una volta superato il *budget* preventivato per l'erogazione di un determinato tipo di prestazioni (ovvero il tetto di spesa), saranno applicate delle regressioni tariffarie in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato da ciascun soggetto, pubblico o privato, che ha erogato le prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Tale principio di carattere generale è dettato, in particolare, attraverso una modifica al comma 8 dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Si prevede, poi, che il calcolo del *budget* avvenga in base al valore delle tariffe delle singole prestazioni, da applicare non solo alle strutture private ma anche a quelle pubbliche: è evidente, infatti, che un reale meccanismo di concorrenzialità non può prescindere da un siffatto criterio. Naturalmente si prevedono alcune «zone franche», in relazione alle quali il SSN non può recedere e non può far mancare all'utenza un adeguato servizio, ancorché non concorrenziale.

Sempre da un punto di vista generale, si opera una precisa distinzione tra accordi che la regione deve stipulare con le strutture pubbliche ed equiparate, e contratti che, invece, saranno sottoscritti dalle ASL con le strutture private e con i professionisti accreditati.

Le modalità attraverso cui si perviene alla sottoscrizione di accordi e di contratti sono dettagliatamente delineate attraverso un incisivo intervento di modifica dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

In primo luogo, al comma 2, si prevede che le regioni e le ASL debbano (e non possano) concordare con le organizzazioni rappresentative a livello regionale di strutture e professionisti

schemi tipo di accordi da sottoscrivere con questi ultimi.

Allo stesso modo, si prevede che le regioni debbano sottoscrivere accordi con tutte le strutture pubbliche ed equiparate che siano coerenti con le previsioni dei contratti da stipulare con le strutture private.

Sono, pertanto, delineate le procedure attraverso cui giungere agli accordi e ai contratti.

Relativamente a questi ultimi, il punto fermo è che le intese con le organizzazioni si debbano svolgere in tempo utile per consentire di pervenire alla stipula dei contratti entro il 31 dicembre dell'anno finanziario precedente a quello di riferimento, onde consentire alle strutture e ai professionisti di programmare adeguatamente i propri investimenti da un lato (così recependo le istanze della giurisprudenza del Consiglio di Stato sui sistemi di contingentamento della spesa sanitaria) e alle ASL di avere piena contezza della spesa da programmare per l'anno successivo.

Analogamente, si prevede un sistema obbligatorio di definizione degli accordi con le strutture pubbliche da concludere entro il 31 dicembre di ogni anno; in caso di mancato accordo entro il 31 gennaio si prevede che la regione possa imporne i contenuti autoritativamente entro il 15 febbraio successivo.

Nel solco delle riforme in senso federalistico dello Stato si è poi scelta la via della responsabilizzazione delle regioni e delle ASL poiché il mancato rispetto delle tappe previste dalla proposta di legge per il confezionamento degli schemi tipo di contratto e per la definizione degli accordi impedisce di attivare il meccanismo di sospensione dell'accreditamento introdotto dal comma 2-*quinquies* dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e, conseguentemente, l'applicazione delle regressioni tariffarie.

Con una norma di chiusura, in ogni caso, si prevede che, qualora dopo il primo semestre dell'anno finanziario di riferimento si prefiguri un fabbisogno di prestazioni superiore del 15 per cento rispetto a quello sulla scorta del quale sono stati calcolati i volumi di spesa, sarà possibile prevedere la sottoscrizione di accordi e contratti integrativi con modalità semplificate individuate dalla regione che salvaguardino, comunque, la fase di concertazione con le associazioni maggiormente rappresentative delle strutture private e dei professionisti accreditati.

Sempre nel solco della responsabilizzazione degli amministratori locali, coerente – come detto – con l'afflato federalistico che ha ispirato la legislazione degli ultimi anni, si prevede una norma indispensabile a garantire l'equilibrio del sistema, funzionale a scongiurare le enormi criticità che hanno caratterizzato il rapporto con i soggetti erogatori: viene, infatti, aggiunto un comma all'articolo 8-*quater*, con cui si prevede che i costi di produzione delle prestazioni non potranno essere intaccati dalle regressioni tariffarie che, pertanto, potranno incidere esclusivamente sul margine di remuneratività garantito dalle tariffe. Non è pensabile, infatti, che i soggetti erogatori, colpiti da regressioni tariffarie che non consentono nemmeno di coprire i costi, finiscano per finanziare il SSN.

Viene anche individuato un meccanismo per individuare il margine di remuneratività delle prestazioni, attraverso la scomposizione dei fattori che hanno determinato l'individuazione delle tariffe (fattori dettagliatamente indicati all'articolo 8-*sexies*, comma 5).

Si prevede, infine, una misura *lato sensu* sanzionatoria a carico degli amministratori locali che, attraverso errate previsioni, abbiano determinato il disequilibrio del sistema: l'eventuale differenza necessaria al rispetto dei volumi di spesa, infatti, non potrà essere posta a carico del SSN e dovrà essere coperta con fondi delle regioni.

Attraverso, poi, una modifica apportata al comma 1 dell'articolo 8-*sexies*, infine, si chiarisce che i soggetti che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN, siano essi strutture pubbliche ed equiparate, strutture private o professionisti accreditati, sono finanziati secondo un ammontare globale predefinito indicato sia negli accordi che nei contratti di cui all'articolo 8-*quinquies*.

La proposta di legge, poi, affronta – come detto – anche gli altri aspetti lasciati irrisolti dal citato decreto-legge n. 112 del 2008, apportando delle modifiche al comma 3, lettera *b*), dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, laddove viene specificato che, in funzione della

valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, la soglia minima di efficienza che esse, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, devono conseguire, debba essere valutata anche avuto riguardo alla peculiarità di ciascuna tipologia organizzativa e alle diverse realtà territoriali in cui insistono.

Ciò in quanto, come si è detto, le anzidette caratteristiche incidono in maniera rilevante sulla valutazione della soglia minima di efficienza di ogni struttura.

Di tale criterio ulteriore di valutazione, dunque, dovrà farsi espressamente (e motivatamente) menzione negli atti di valutazione del fabbisogno.

L'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, infine, è modificato prevedendo che il campione di strutture da utilizzare per la base della determinazione delle tariffe sia individuato anche sulla scorta di criteri concordati con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

Si prevede, inoltre, che nella determinazione delle tariffe debbano essere contemplati anche i criteri della soglia minima di efficienza nonché del giusto utile delle strutture e dei professionisti.

La proposta di legge, infine, interviene sul versante della domanda delle prestazioni, prevedendo che il Ministro della salute individui criteri *standard* di appropriatezza non solo clinica ma anche organizzativa delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative: l'obiettivo è quello di individuare percorsi che tendano a garantire un utilizzo non solo efficace delle risorse a disposizione ma anche efficiente.

## PROPOSTA DI LEGGE

### Art. 1.

*(Modifiche agli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).*

1. All'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2:

1) al primo periodo, la parola: «contrattuali» è sostituita dalle seguenti: «e dei contratti»;

2) dopo il primo periodo è inserito il seguente: «I soggetti accreditati non sono vincolati a erogare prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale al di fuori degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-*quinquies*»;

b) al comma 3, lettera b), dopo le parole: «delle singole strutture sanitarie» sono inserite le seguenti: «avuto riguardo alla peculiarità di ciascuna tipologia organizzativa e alle diverse realtà territoriali in cui insistono»;

c) al comma 8:

1) al primo periodo, la parola: «contrattuali» è sostituita dalle seguenti: «e dei contratti»;

2) al secondo periodo:

2.1) dopo le parole: «In caso di superamento di tale limite,» sono inserite le seguenti: «individuato dalle regioni per ciascuna branca e non in relazione ai singoli soggetti erogatori,»;

2.2) le parole: «, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448,» sono soppresse;

2.3) le parole: «alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso» sono sostituite dalle seguenti: «all'applicazione di regressioni tariffarie»;

2.4) le parole: «dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative» sono sostituite dalle seguenti: «da ciascun soggetto erogatore, sia esso una struttura pubblica, equiparata alle strutture pubbliche, privata o un professionista accreditato»;

d) dopo il comma 8 è aggiunto il seguente:

«8-bis. I costi di produzione delle prestazioni non possono essere intaccati dalle regressioni di cui al comma 8; le regressioni, pertanto, possono incidere esclusivamente sul margine di remuneratività garantito dalle tariffe. La remuneratività delle prestazioni viene individuata scomponendo i fattori di cui all'articolo 8-sexies, comma 5. L'eventuale differenza necessaria al rispetto dei volumi di spesa non può essere posta a carico del Servizio sanitario nazionale e deve essere coperta con fondi delle regioni in cui si è verificato lo scostamento rispetto alle previsioni».

2. All'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Accordi e contratti»;

b) al comma 1:

1) all'alinea:

1.1) le parole: «sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2011»;

1.2) la parola: «contrattuali» è sostituita dalle seguenti: «e dei contratti»;

2) alla lettera a) la parola: «contrattuali» è sostituita dalle seguenti: «e dei contratti»;

c) al comma 2:

1) all'alinea:

1.1) al primo periodo, dopo le parole: «definiscono accordi con» è inserita la seguente: «tutte»;

1.2) le parole: «anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale» sono sostituite dalle seguenti: «secondo schemi tipo da concordare all'esito di apposite intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale»;

2) alla lettera d):

2.1) dopo le parole: «il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate» sono inserite le seguenti: «anche con le strutture pubbliche ed equiparate»;

2.2) dopo le parole: «secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera *d*)» sono inserite le seguenti: «le regioni individuano, entro il 31 dicembre di ogni anno, i soggetti erogatori, pubblici e privati, in relazione ai quali, per particolari ragioni legate all'indispensabilità o alla peculiarità dei servizi sanitari resi ovvero all'eccessiva lontananza o alla disagiata raggiungibilità di altri presidi sanitari, i corrispettivi preventivati a fronte delle attività concordate non tengono conto dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo»;

*d*) il comma 2-*quater* è sostituito dal seguente:

«2-*quater*. Le regioni, per i fini di cui al comma 1, entro il 31 dicembre dell'anno finanziario precedente a quello di riferimento, definiscono accordi con tutte le strutture pubbliche ed equiparate che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale, sulla base di schemi tipo predisposti in modo da risultare coerenti con i contratti di cui al comma 2 da stipulare con le strutture private e con i professionisti accreditati. Nel caso delle strutture pubbliche, gli accordi di cui al primo periodo sono sottoscritti con i

direttori generali delle aziende sanitarie locali in cui tali strutture insistono ovvero con i direttori generali delle singole aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, fondazioni degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici. Qualora non si pervenga all'accordo entro il 31 gennaio dell'anno finanziario di riferimento per causa imputabile alle strutture pubbliche ed equiparate, le regioni impongono il contenuto degli accordi con provvedimento della giunta da adottare entro il 15 febbraio successivo. I volumi di spesa dovuta al costo delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate contribuiscono al raggiungimento della soglia oltre la quale sono applicate le regressioni tariffarie di cui all'articolo 8-*quater*, comma 8. Le regressioni tariffarie sono applicate alle strutture pubbliche ed equiparate alle stesse condizioni previste per le strutture private e per i professionisti accreditati. La mancata definizione degli accordi ovvero la mancata adozione del provvedimento di cui al terzo periodo del presente comma determinano l'inapplicabilità delle regressioni tariffarie di cui all'articolo 8-*quater*, comma 8»;

*e*) al comma 2-*quinquies*:

1) le parole: «degli accordi» sono sostituite dalle seguenti: «dei contratti»;

2) dopo le parole: «delle strutture» è inserita la seguente: «private»;

3) dopo le parole: «del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso» sono aggiunte le seguenti: «, a condizione che si sia perfezionato il procedimento di cui al comma 2-*quater* e che la regione e le aziende sanitarie locali, nel rispetto delle procedure di cui ai commi 2-*sexies* e 2-*septies*, abbiano raggiunto le intese di cui ai commi 2 e 2-*septies* con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, ovvero che queste ultime si siano rifiutate ingiustificatamente di pervenire alle predette intese, e a condizione che le aziende sanitarie locali abbiano invitato le strutture

e i professionisti a sottoscrivere i contratti entro il 31 dicembre dell'anno finanziario precedente a quello di riferimento»;

*f*) dopo il comma 2-*quinquies* sono aggiunti i seguenti:

«2-*sexies*. La regione, al fine di predisporre gli schemi tipo dei contratti di cui al comma 2 da

sottoscrivere con strutture e con professionisti, convoca le loro associazioni rappresentative a livello regionale entro il 30 giugno dell'anno finanziario precedente a quello di riferimento e comunque in modo da consentire il rispetto del termine di cui al comma 2-*quinquies*. L'intesa di cui al comma 2 deve essere raggiunta anche in merito ai criteri da dettare alle aziende sanitarie locali per la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie.

*2-septies*. Le aziende sanitarie locali, sulla base dei provvedimenti adottati dalla regione ai sensi dei commi 2 e 2-*sexies*, convocano le associazioni rappresentative a livello regionale delle strutture e dei professionisti, in tempo utile per il rispetto del termine di cui al comma 2-*quinquies*, al fine di pervenire a un'intesa sugli elementi di cui al comma 2 da inserire negli schemi tipo di contratto, nel rispetto delle linee di indirizzo dettate dalla regione. Raggiunta l'intesa, ovvero nel caso in cui le predette associazioni si rifiutino ingiustificatamente di pervenirvi, le aziende sanitarie locali invitano le strutture e i professionisti alla stipula dei contratti di cui al comma 2, entro il termine di cui al comma 2-*quinquies*.

*2-octies*. Qualora dopo il primo semestre dell'anno finanziario di riferimento si prefiguri un fabbisogno di prestazioni superiore del 15 per cento rispetto a quello sulla base del quale sono stati calcolati i volumi di spesa, è possibile prevedere la sottoscrizione di accordi e contratti integrativi da definire, entro il 1° settembre 2011, con modalità semplificate individuate dalla regione che salvaguardino, comunque, la fase di concertazione con le associazioni maggiormente rappresentative

delle strutture private e dei professionisti accreditati».

3. All'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

*a)* il primo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: «I soggetti che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale, siano essi strutture pubbliche ed equiparate, strutture private o professionisti accreditati, sono finanziati secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi e nei contratti di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento»;

*b)* al comma 5:

1) al primo periodo, dopo le parole: «nell'uso delle risorse» sono inserite le seguenti: «e del giusto utile delle strutture e dei professionisti»;

2) alla lettera *a)*, dopo le parole: «del Sistema informativo sanitario» sono aggiunte le seguenti: «, del criterio di soglia minima di efficienza di cui all'articolo 8-*quater*, comma 3, lettera *b)*, e sulla base dei criteri individuati d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative»;

*c)* dopo il comma 8 è aggiunto il seguente:

«8-*bis*. Le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative garantiscono un adeguato livello di assistenza al cittadino attraverso un utilizzo razionale delle risorse a disposizione. A tal fine, il Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera *g)*, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i parametri di appropriatezza clinica e organizzativa



delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative la cui ricorrenza è funzionale alla remunerazione delle relative prestazioni erogate in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale».

Art. 2.

*(Clausola d'invarianza finanziaria).*

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

---

[Frontespizio](#) [Relazione](#) [Progetto di Legge](#)